

Desastres

Preparativos y Mitigación en las Américas



Número 114

Noticias e información para la comunidad internacional

Octubre 2010

Lecciones aprendidas sobre hospitales de campaña y equipos médicos después de los terremotos

Editorial



costoso hospital militar de campaña con una capacidad de 100 camas para atender a heridos por el terremoto que sacudió a Guatemala ese año. Sin embargo, el hospital llegó demasiado tarde para tener un impacto significativo. En la década siguiente parecía que la lección había sido aprendida, pero se olvidó muy pronto. Recientemente son pocos los países y agencias que no han enviado hospitales de campaña o equipos médicos como parte de sus acciones de respuesta a sitios de desastres.

Los terremotos, como otros desastres repentinos, dejan una gran cantidad de heridos e interrumpen la prestación de servicios médicos a nivel local. Los servicios de atención médica a menudo suelen saturarse provocando demoras en la prestación de atención primaria a las víctimas, una situación que es ampliamente difundida por los medios de comunicación.

Ante esa situación, ¿se justifica el envío inmediato de hospitales de campaña extranjeros y equipos técnicos como una solución adecuada para atender a las víctimas de un desastre, o es una respuesta empujada por la presión de los medios de comunicación? En la región, el debate comenzó en 1976, cuando Estados Unidos movilizó, por vía aérea, un

Mundial de la Salud, en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud convocó una reunión de expertos para revisar la situación y preparar lineamientos sobre el uso de hospitales de campaña extranjeros. El objetivo era transformar una oferta impulsada por automatismo a una respuesta que obedeciera a una demanda.

Como quedó demostrado en los terremotos de Haití y Pakistán, las pautas para el uso de hospitales de campaña son usualmente ignoradas. Ni las recomendaciones técnicas ni los resultados de la evaluación de daños son considerados en la carrera internacional por proporcionar atención médica de emergencia.

En 2003, la Organización

(continúa en la pág. 11)

La Entrevista

Jeremy Collymore, director ejecutivo de la Agencia Caribeña de Manejo de Emergencias en Desastres (CDEMA), responde preguntas sobre el nuevo enfoque estratégico de la agencia, la respuesta del Caribe al terremoto de Haití, el rol de la cooperación internacional relacionado al manejo de desastres y las acciones que deben tomarse para incrementar la cooperación entre CDEMA y el sector salud.

1. Ha pasado un año desde que CDERA se convirtió formalmente en la Agencia Caribeña de Manejo de Emergencias en Desastres con un enfoque más estratégico en la gestión integral de los desastres. ¿Qué progresos se han logrado y cuáles son los retos del futuro?

El cambio, como saben, es un proceso continuo y sin embargo se puede decir con confianza que hemos hecho algunos ajustes importantes a nuestro mecanismo de gobernanza. La creación del Comité de Gestión del Consejo establece un mecanismo para la participación política más directa y la supervisión tanto de la organización como del proceso para mejorar la reducción del riesgo de los desastres.

Hemos establecido subgrupos técnicos, compuestos por los directores de los sistemas nacionales de desastres, esto ha permitido una participación más oportuna y directa en el diseño y desarrollo de nuestros programas, en su revisión y la de otras iniciativas relacionadas.

Como resultado ya estamos viendo los beneficios de una mayor participación y una respuesta

(continúa en la pág. 3)



Organización Panamericana de la Salud



Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Contenido

Editorial.....	1	Países miembros.....	6
Noticias de la OPS/OMS.....	2	Hospitales seguros.....	8
La entrevista.....	3	Perspectiva.....	9
Otros organismos.....	4	Publicaciones y multimedia.....	10
Nuevas herramientas.....	5	Lo nuevo del CRID.....	12

Ayutando los servicios de salud para las poblaciones desplazadas en Colombia

Desde hace varios años la OPS/OMS en Colombia cuenta con un programa especial para apoyar y reducir las emergencias en la salud pública que genera el desplazamiento forzado de más de 3 millones de personas (reconocidas por la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional), a causa del conflicto interno armado que vive el país desde hace más de 40 años.

Los esfuerzos de la Organización se han concentrado principalmente en los departamentos de Nariño, Chocó, Cauca, Valle del Cauca, Arauca y Norte de Santander, la mayoría ubicados en zonas de frontera, con difíciles condiciones de acceso, agudización del conflicto e infracciones permanentes a la misión médica. Todos estos elementos constituyen una barrera para llegar a las poblaciones afectadas por el desplazamiento masivo, que afecta principalmente a mujeres, niños, adultos

mayores, indígenas y afro-colombianos. A su vez, estos grupos se enfrentan a procesos de desadaptación social, enfermedades, desnutrición, desconocimiento y vulneración de sus derechos en salud.

La población desplazada se caracteriza por mostrar indicadores de salud propios del subdesarrollo social y exclusión sanitaria, como alta mortalidad infantil en los niños menores de cinco años. Causas generalmente asociadas a malnutrición, a enfermedades diarreicas agudas, poco acceso a cuidados prenatales, alta morbi-mortalidad en mujeres y adolescentes embarazadas, baja cobertura de vacunación y baja calidad y acceso a los servicios de salud. Y todo esto ocurre en un país cuyos servicios de salud son prestados por empresas privadas, a las cuales no les resulta rentable trabajar en regiones tan apartadas.

En este escenario, la OPS/OMS diseña, conjuntamente con las autoridades nacionales y regionales, planes dirigidos a formar o fortalecer las capacidades del recurso humano local para responder a la gestión del riesgo en salud ante una emergencia compleja, que puede agravarse por amenazas de origen natural. Por ello centra la cooperación técnica en áreas como: gestión de la información, coordinación interinstitucional, intersectorial e interagencial, preparativos y respuesta en salud para

la atención de la fase aguda del desplazamiento masivo y de las brechas en salud.

Se trabaja teniendo como base un plan de intervenciones que consiste en la caracterización de la población desplazada, desarrollo de herramientas que permiten analizar la información, acciones de abogacía ante las autoridades nacionales, departamentales y municipales para garantizar el aseguramiento y acceso a los servicios de salud de la población afectada. Para esto se han elaborado materiales didácticos con un enfoque intercultural, que presentan cuáles son los derechos en salud de la población y la forma de acceder a ellos.

La cooperación técnica también está encaminada a brindar apoyo psicosocial a la población afectada, generar modelos de atención en salud acordes a las realidades que se vive en el país, implementar acciones saludables que les permita tener ambientes sanos,

agua segura para consumo humano y cuidado de las fuentes primarias a fin de prevenir enfermedades y garantizar una mejor calidad de vida.

Otra de las actividades es la formulación de planes de contingencia para la mitigación y respuesta en salud durante la fase aguda de la emergencia. Se trabaja con el apoyo de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI), situados en varios de los lugares en los que está presente la OPS. Mantener estos equipos constituye un verdadero reto, debido a que hay que enfrentar problemas como la alta movilidad del personal, inseguridad, las dificultades administrativas, económicas y, en ocasiones, escasa voluntad política. Todos estos factores obligan a crear estrategias para generar procesos sostenibles.

Finalmente, otro de los retos del programa de desplazados es el establecimiento de procesos de sistematización más rigurosos que faciliten la compilación de experiencias y del trabajo de campo a fin de extrapolarlos en lugares o comunidades con necesidades y problemática similares a las vividas en Colombia.

Para mayor información escribir a Piedad Sánchez, sanchezp@col.ops-oms.org o consultar la página web de la OPS sobre desplazados en Colombia: <http://www.disaster-info.net/desplazados/>.

Formación de profesionales de salud para evaluar el impacto económico de los desastres

Los últimos desastres ocurridos en la Región han reiterado la vulnerabilidad de América Latina y el Caribe y las grandes pérdidas para la economía, en general y en el sector salud, en particular. Por ejemplo, en Haití, el impacto total del terremoto fue de US\$ 7,8 billones, lo que representa 121% del PIB anual. En lo que respecta al sector salud, los daños y pérdidas para el sector sumaron un total de US\$ 525 millones.

La OPS/OMS, en colaboración con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), desarrolló el pasado mes de septiembre en Lima, Perú, un curso para profesionales con experiencia en desastres sobre la metodología de daños y pérdidas (DALA), que permite estimar el impacto socio-económico y ambiental de los desastres. El objetivo principal es poder conformar un grupo evaluador para el sector salud.

La metodología DALA mide el impacto por medio de la adición de los daños y pérdidas en todos los sectores y fue desarrollada por CEPAL; para el análisis en el sector salud, contó con la asistencia y coordinación de la OPS. Las evaluaciones post-desastre se llevan a cabo después de la fase de emergencia, para evitar que las labores de evaluación no interrumpen la respuesta, pero también para asegurar que los evaluadores cuenten con una línea de base. Después de la recolección inicial de información y de entrevistas con las contrapartes del gobierno y sector privado, se realizan visitas de campo para la estimación de daños. Finalmente, gracias a las cuentas nacionales, se establecen las pérdidas de cada sector. La información obtenida sirve de base para la formulación de llamamientos de ayuda a la comunidad internacional y la identificación de proyectos claves para la reconstrucción.

El Banco Mundial, las agencias del sistema de ONU y la Comisión Europea han desarrollado un proceso para la evaluación de necesidades post-desastre y el Marco de Recuperación (PDNA/RF), basada en el DALA y en la evaluación de necesidades para la recuperación humana (HRNA), la cual tiene como objetivo una correcta formulación de llamados de ayuda y financiamiento y el desarrollo de proyectos y planes de acción a corto, mediano y largo plazo. Esta nueva metodología busca combinar la estimación del impacto socio-económico con el impacto al desarrollo humano, integrando las metodologías del DALA y el HRNA.

Para mayor información sobre el DALA contactar a garzonc@pan.ops-oms.org o visite www.eclac.org.



El nuevo enfoque estratégico de la Agencia Caribeña de Manejo de Emergencias en Desastres

(viene de la pág. 1)

más concreta a las peticiones formuladas a nuestros Estados Participantes.

Internamente, hemos hecho avances importantes en la mejora de nuestros sistemas administrativos y financieros. Hemos reforzado algunos de nuestros mecanismos financieros y de contrataciones para permitir más transparencia en los servicios que deseamos brindar y solicitar.

2. El terremoto en Haití se produjo pocos meses después de que este país firmara el acuerdo con la Agencia Caribeña de Manejo de Emergencias en Desastres. En ese sentido, ¿cómo califica la respuesta del Caribe a la catástrofe en Haití y qué se debe mejorar para el futuro? ¿Cuáles fueron los principales retos?

En el contexto de los recursos disponibles y las disposiciones institucionales en apoyo de Haití, nuestra respuesta fue oportuna, ya que llegamos en menos de 48 horas. La respuesta respetó las disposiciones y el mecanismo de protección civil nacional. Esto era importante para Haití debido a la incursión a su territorio de ayuda externa masiva.

Nuestra intervención en Haití nos permitió poner a prueba el principio funcional del sistema de puntos subregionales de coordinación, en este caso Jamaica fue el punto focal. Haití se benefició de la verdadera acogida de este principio por el gobierno de Jamaica y facilitó la intervención de primera línea, que fue fundamental durante la etapa inicial y posterior.

Sin embargo, la ausencia y las limitaciones de acuerdos existentes para la coordinación y la respuesta en Haití fue un gran desafío.

Nuestro papel fue realmente facilitar la información e inteligencia necesarios para que Haití pudiera extraer, utilizar y aprovechar al máximo el apoyo que se estaba prestando. En relación a los principales retos, en primer lugar, creo que es necesario volver a examinar la idea de los *clusters* (ONU) para garantizar que la ayuda que prestan sea beneficiosa para los estados afectados por los desastres. Esta es una observación general que también es apoyada por el Coordinador Humanitario de la ONU.

En segundo lugar, es importante que los actores humanitarios centren su apoyo en las necesidades de los estados afectados y de las víctimas y no en las posibilidades de visibilidad que se derivan de su presencia. En mi opinión, mucho del apoyo que recibió Haití fue determinado por las prio-



Sr. Jeremy Collymore

riedades de los actores humanitarios, en lugar de las generadas por el Estado o el departamento de Protección Civil.

3. ¿Cómo ve el papel de la cooperación internacional en este tema de la gestión del riesgo? ¿Cómo podemos crear sinergias y un mayor impacto en la reducción de la vulnerabilidad, la creación de capacidad, y, sobre todo, la reducción del riesgo de desastres?

La cooperación internacional en la reducción del riesgo de desastres en general, y en coordinación de la respuesta, en particular, deben ser impulsados por los principios de “subsidiariedad”. ¿Qué significa esto? Significa que la comunidad internacional sólo se debe desplazar a lugares donde hay evidencia demostrada de que el país, sus vecinos y su subregión no pueden apoyar debido a cualquier tipo de déficit de recursos.

Este entusiasmo de las entidades internacionales debe ser suavizado por el reconocimiento de que los países sí tienen capacidades y su apoyo no debe centrarse en “programas externos definidos institucionalmente” sino que debe apoyar la aplicación de prioridades y programas definidos a nivel nacional. Esto en mi opinión es el mayor desafío de la cooperación internacional en el ámbito de la gestión de riesgos.

A pesar de que las iniciativas mundiales en la reducción del riesgo de desastres identifican grandes

áreas temáticas en las que hay un acuerdo global para la acción, hay que tener en cuenta, sin embargo, que la definición global de un problema no es lo mismo que la articulación local de la solución. La dinámica de generar soluciones locales en un marco de programación global necesita ser manejado de modo que haya más conectividad entre los mandatos de las organizaciones y las prioridades del beneficiario (país).

4. El sector salud ha sido uno de los más activos en temas de gestión de riesgos y desastres, pero se necesita más coordinación y colaboración entre CDEMA y actores en este sector. ¿Qué acciones concretas se deben tomar para aumentar la cooperación y tener un mayor impacto compartido en la región del Caribe?

El programa de reducción del riesgo de los desastres ‘Manejo Integral de Desastres’ ha identificado claramente el papel de la OPS con otras instituciones en el sector de la salud y creo que se han logrado algunos avances significativos en esa dirección. En el marco de la cooperación con CDEMA, la OPS ha sido identificada como el socio principal en esta área con la responsabilidad de coordinar las intervenciones relacionadas a la salud. El diálogo creado, no solo con la OPS sino que también con otros socios, en torno a cómo hacer frente a la pandemia de la gripe H1N1 y otros nuevos tipos de amenazas, fueron clave en este proceso.

Yo opino que el sector salud es un buen ejemplo de los esfuerzos en la incorporación de las cuestiones de riesgo en la programación del sector y también en la interconexión con la mayor programación del Manejo Integral de Desastres.

También hay una necesidad de desarrollar programas que incluyan las realidades en el terreno y que no sean regidas por los calendarios de ejecución de programas de nuestras instituciones y organismos. Actualmente nuestros recursos están determinados por la duración de los proyectos y, la mayoría de las veces, la duración de los proyectos no refleja la realidad de la aplicación. Por consiguiente, siempre hay una brecha entre hacia dónde se dirige el proyecto y lo que realmente se puede lograr.

Lea la entrevista completa en www.paho.org/desastres/boletin.

Curso HELP ofrece herramientas útiles en situaciones de desastres

El curso HELP (Health Emergency in Large Populations) fue creado en 1986 por el Comité Internacional de la Cruz Roja con el fin de mejorar profesionalmente los programas de asistencia humanitaria en situaciones de emergencia.

Desde 1986 ha sido dictado en varios lugares de América, Asia y Europa y cerca de 2.700 profesionales de la salud y trabajadores de ayuda humanitaria de la Cruz Roja, agencias de Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales, ministerios de salud, servicios médicos de las fuerzas armadas e instituciones académicas han sido capacitados.

Es organizado en colaboración con instituciones académicas, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, la Asociación Médica Mundial y las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja.

El curso consta de 2 módulos: el primero ofrece las herramientas de salud pública necesarias para tomar decisiones adecuadas en situaciones de emergencia que involucran grandes poblaciones. Prepara el terreno para tener un enfoque común en los temas de salud pública entre las organizaciones humanitarias, contribuyendo así a una mejor coordinación en las operaciones de emergencia. Cubre áreas específicas como planificación, nutrición y seguridad económica, salud ambiental, control de enfermedades transmisibles, servicios de salud, salud mental, epidemiología, entre otros.

El segundo módulo examina las cuestiones éticas relacionadas con la salud que surgen en las actividades humanitarias. Proporciona una visión general de los principales instrumentos jurídicos, el derecho humanitario internacional y en particular las normas de derechos humanos, los códigos profesionales y declaraciones que son la base para la toma de decisiones en las operaciones humanitarias.

En las Américas el curso en español se impartió en Cuernavaca, México, en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública, en noviembre de 2010. En inglés, será ofrecido del 10 al 21 de enero de 2011 en la Universidad Johns Hopkins, Baltimore, Estados Unidos. Para más información visite el sitio de Internet http://www.icrc.org/web/eng/siteeng0.nsf/html/help_course, o http://www.jhsph.edu/refugee/education_training/help/.

Día Internacional para la Reducción de Desastres, 2010: “Desarrollando ciudades resilientes: Mi ciudad se está preparando”

Centurones de pobreza, aumento de la población, mala calidad de las viviendas, desarrollo no planificado e infraestructuras insuficientes son las características que identifican a muchas ciudades o centros urbanos y que contribuyen a intensificar el impacto de las amenazas naturales. A estas condiciones de vulnerabilidad de los habitantes urbanos se unen los efectos del cambio climático y la débil gobernabilidad local para abordar el riesgo a desastres.

El Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015: **Aumento de la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres** ofrece recomendaciones para que los gobiernos locales gestionen y reduzcan el riesgo urbano. Y la reducción de riesgo ofrece oportunidades para la inversión de capital a través del mejoramiento y modernización de la infraestructura, el reacondicionamiento de los edificios, para lograr una mayor eficiencia energética y seguridad, la renovación y modernización urbana, el uso de energías limpias y el mejoramiento de los barrios marginales.

Precisamente, mediante la campaña 2010-2011: “Desarrollo de ciudades resilientes: Mi ciudad se está preparando”, la Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres (EIRD) y sus socios, intentan aumentar el grado de sensibilización sobre los beneficios que genera la urbanización sostenible. Hay suficientes fundamentos: cuando se aplica con éxito medidas para la reducción del riesgo se reduce la pobreza, hay mayor

crecimiento, puestos de empleos, igualdad social, oportunidades comerciales, ecosistemas equilibrados y una mejor salud y educación.

Debido a que los gobiernos locales son el nivel institucional más cercano a los ciudadanos y comunidades (desempeñan un papel inmediato para responder a las crisis y emergencias, deben atender las necesidades de sus poblaciones) la campaña de la EIRD busca convencerlos para que se comprometan a cumplir con una lista de acciones esenciales para lograr ciudades resilientes y trabajar de forma conjunta con actores locales, redes de base y autoridades nacionales.

Las acciones abarcan aspectos como: organización y coordinación para reducir el riesgo, asignación de presupuesto, actualización de información sobre amenazas y vulnerabilidades, inversión en infraestructura, aplicación de normas de construcción, establecimiento de programas educativos y capacitación, protección de ecosistemas y zonas naturales, instalación de alertas tempranas y atender las necesidades de las víctimas de los desastres.

El éxito de la campaña se medirá a través de cuántos alcaldes y gobiernos locales se comprometan con la iniciativa, cuántas sociedades y alianzas se forjen entre grupos de ciudadanos y organizaciones y cuántas ciudades muestren evidencias de nuevos planes para reducir el riesgo.

La EIRD ha publicado una página web para promover las acciones de esta campaña. Consulte la página: <http://eird.org/dia-internacional/index.html>.



El CDC presenta guía para el uso de las redes sociales para potenciar mensajes de salud

El Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) ha puesto a disposición en Internet la guía sobre el uso de redes sociales para mejorar la difusión y el impacto de los mensajes de salud, aumentar el acceso a sus contenidos, lograr una mayor transparencia y participación del público, con el fin de mejorar los esfuerzos de comunicación en el área de la salud.

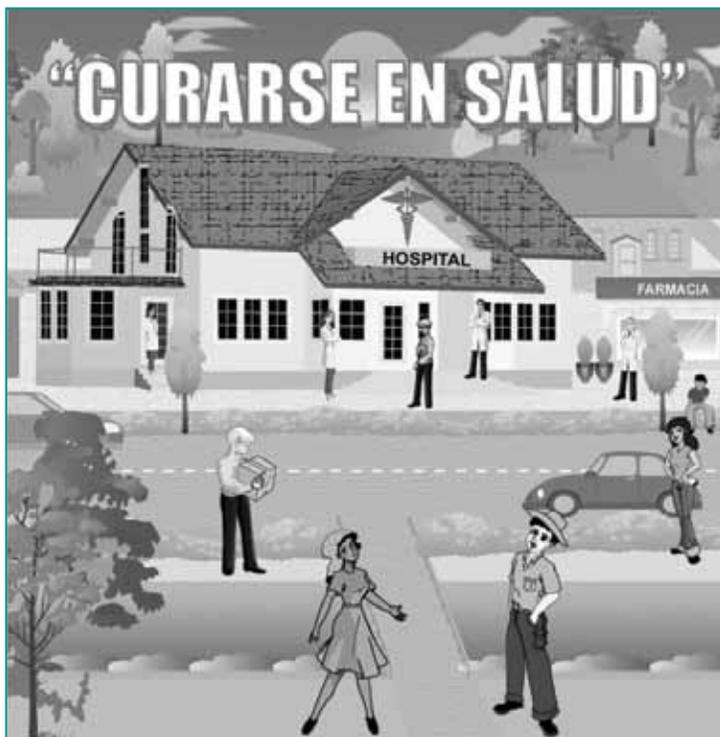
El documento analiza el uso de redes sociales para divulgar mensajes de salud pública, variedad de herramientas disponibles y las normas que deben regirlas, recomendaciones, lecciones aprendi-

das por el CDC con el uso de las redes sociales, pautas para desarrollar estrategias para integrar las redes sociales a los esfuerzos de comunicación de una organización, recursos gráficos y aplicaciones técnicas (audio, actualización de información, vídeo, entre otros).

La guía puede ser consultada en: <http://bit.ly/dpdOOK>.



Nueva radionovela sobre reducción de desastres



Roja, que tiene como objetivo resaltar las capacidades locales en la reducción de riesgo y de la promoción de comunidades más seguras.

La serie está compuesta por cuatro historias independientes: “Cuando el río suena . . .” (plantea el trabajo de autoridades comunales para implementar un sistema de alerta temprana, “Lo que bien se aprende” (hace énfasis en los derechos de los niños/niñas y en la atención que deben recibir durante una emergencia), “Curarse en salud” (narra las peripecias de un ingeniero estructural para que se respeten las normas y se garantice

agricultores y comerciantes).

En la historia “Curarse en salud” se revelan las dificultades que tienen muchas comunidades de nuestra región por construir centros de salud y hospitales que sigan funcionando en toda su capacidad durante y después de una emergencia.

La historia hace referencia a la importancia de desarrollar simulaciones y simulacros en los hospitales y centros de salud y planificar la respuesta de los mismos ante emergencias y desastres.

Cada una de las radionovelas lleva a pensar sobre cuáles son los caminos para lograr vivir en comunidades realmente seguras, qué se puede cambiar y los efectos de los desastres en el desarrollo económico, en los niños y en la salud.

Además de difundirse en estaciones de radio locales, las radionovelas sirven como herramientas complementarias en talleres relacionados a la reducción de riesgo de desastre y constituyen instrumentos alternativos y novedosos para el sistema educativo y para organismos no gubernamentales, que trabajan con el manejo del riesgo.

La producción de “Vida que te quiero tanto” también contó con la participación de PNUD, OPS/OMS, UNICEF, ONU-HABITAT, y Ayuda en Acción.

Para mayor información sobre esta herramienta contactar a Margarita Villalobos a margarita.villalobos@eird.org.

“Vida que te quiero tanto” es la serie compuesta por cuatro radionovelas producida por la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastre y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y Media Luna

la construcción de un hospital seguro) y “Quien siembra vientos” (se centra en la gestión de una dirigente de una comunidad por establecer un albergue temporal, reubicar la comunidad y por las renegociaciones de las deudas de los pequeños

Portal especializado sobre salud pública y gestión del riesgo

El portal especializado sobre salud pública y gestión de riesgos del Centro Regional de Información sobre Desastres para América Latina y el Caribe (CRID) ya está en línea. El portal cuenta con un total de 800 recursos de información, distribuidos en diferentes secciones que permitirán a los usuarios ubicar más fácilmente la información disponible sobre generalidades sobre gestión del riesgo y salud; organización del sector salud y políticas; preparativos de salud; respuesta del sector salud; hospitales seguros; pandemia y enfermedades emergentes; cooperación y asistencia humanitaria.

Este nuevo recurso de información es el resultado de una estrecha colaboración entre el CRID y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y producto de un largo trabajo de revisión

de materiales, recursos de información y documentos técnicos.

Este trabajo se enmarca en el esfuerzo del CRID para ofrecer al público una información más especializada, mejor organizada y más acorde a sus necesidades e intereses. Asimismo, forma parte de una línea de productos del CRID orientada a cubrir la demanda de información en el ámbito de la salud pública y la gestión del riesgo.

Para visitar este sitio web, puede entrar en la siguiente dirección: <http://saludydesastres.crid.or.cr> o visitar la página web del CRID: www.crid.or.cr.

Para mayor información sobre éste u otros productos, puede escribir a: Isabel López: isabel.lopez@criid.or.cr o Irene Céspedes: irene.cespedes@criid.or.cr.



Haití, un largo camino hacia la recuperación después del terremoto

Cerca de 1.3 millones de personas continúan desplazadas en 1,354 albergues espontáneos ubicados en todo el país

A diez meses del terremoto de Haití las situaciones de vivienda, prestación de servicios de salud, alimentación y control de enfermedades es frágil debido a que la población vive en condiciones de alta vulnerabilidad y a la inadecuada situación de higiene. El actual brote de cólera supone un nuevo reto para las autoridades, la población y los actores humanitarios.

En los próximos meses, los desafíos prioritarios serán el control de la situación epidemiológica, atención adecuada de pacientes, prevención de los riesgos medioambientales (calidad del agua, educación en higiene y sanidad), la seguridad en los campamentos, la reconstrucción, la reubicación de los desplazados y las medidas de preparación para las elecciones presidenciales de finales de noviembre. Se prevé que la operación humanitaria a gran escala se mantendrá, por lo menos, un año o más.

Cerca de 1,3 millones de personas continúan desplazadas en 1.354 albergues espontáneos ubicados en todo el país. Para satisfacer las necesidades de salud de esta población, 21 organizaciones internacionales trabajan en 266 sitios. Se calcula que 661.000 personas han emigrado y viven con familiares. Unos 12.300 albergues de transición han sido construidos y dan techo a 60.000 personas en nuevos espacios desarrollados.



Algunos de los socios del *cluster* de salud, el cual ha sido fundamental en la coordinación y planeación estratégica entre los diferentes actores humanitarios, trabajan con la Organización Internacional para la Migración y otros actores para asegurar que las necesidades de salud sean cubiertas cuando las familias pasen de albergues temporales a albergues de transición.

Las infecciones respiratorias, diarreas y traumas psicológicos son problemas crónicos en los campamentos y no muestran señales de disminución.

El cluster

La OPS/OMS continúa siendo el principal vínculo entre la Comisión Presidencial y los socios internacionales de salud. Debido a la presencia de muchas organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales, el *cluster* de salud en Puerto Príncipe planea continuar hasta inicios de 2011 y probablemente más allá.

Reconociendo que las operaciones de socorro se extendían mucho más allá de Puerto Príncipe, la

El uso del LSS/SUMA en Pakistán va más allá de las emergencias

Las grandes ventajas que ofrece el Sistema de Apoyo Logístico (LSS/SUMA) en el manejo de suministros humanitarios durante una emergencia son ampliamente conocidas; pero hay otra realidad: la distribución de la ayuda humanitaria continúa por un tiempo mayor que el que dura la emergencia en las noticias y el uso del sistema llega a extenderse por meses e incluso años después de ocurrido un desastre.

Precisamente, este es el caso de Pakistán, donde el programa fue instalado después del terremoto de 2005, por el equipo logístico de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el apoyo de personal movilizad desde las Américas. Inicialmente el sistema se instaló en las bodegas de OMS/Ministerio de Salud en Islamabad, y seguidamente en sitios afectados y centros de distribución en Muzaffarabad, Bagh, Rawalakot, Manshehra, Battagram.

Los usuarios, una vez capacitados por el equipo

de OMS/OPS, se convirtieron en instructores en el uso del programa en otras localidades, involucrando al menos 21 organizaciones, que contribuyeron en el manejo de los medicamentos y realizaron sugerencias que concluyeron con el desarrollo de una nueva versión de LSS/SUMA. En esta nueva versión del programa se incluyen aspectos como reportes especiales por diferentes fechas de vencimiento, niveles de inventario y reportes sectorizados o por localización en bodega, así como el mejoramiento de las listas que permiten imprimir subconjuntos de datos de acuerdo a las necesidades de atención que se presenten.

El uso diario del sistema también permitió a las autoridades de salud y a la Representación de la OMS contar con un equipo pakistaní propio que reaccionó rápida y eficientemente en las inundaciones ocurridas en las áreas de Sindh y Baluchistán (2007), en el terremoto de Baluchistán (2008), en los desplazamientos (2009), y más re-

cientemente en las inundaciones que afectan grandes áreas de Pakistán desde agosto de 2010. En este último caso, la instalación del programa en 8 distritos de Punjab ha ayudado a detectar faltantes de medicamentos y suministros médicos y a mantener una apropiada cadena logística aportando reportes actualizados de existencias y distribución.

Entre las ventajas encontradas por el equipo pakistaní en el uso del LSS/SUMA resaltan las siguientes:

- Ayuda a la categorización de las donaciones de acuerdo a su tipo, donante y prioridad. Esto permite la revisión de los niveles de inventarios y examinar los rubros desatendidos, así como la generación de reportes de los diferentes sitios en los que se coordina la distribución y uso de la ayuda.
- La clasificación en 'categorías terapéuticas' de las medicinas ayuda a los expertos a sugerir alternativas de un medicamento.

OPS/OMS, con el apoyo del Ministerio de Salud, abrió una serie de oficinas de campo para establecer *clusters* subnacionales de salud en Leogane, Jacmel, Cap-Haitien/Port-de-Paix, Jimani y la frontera entre Haití y la República Dominicana. Los *clusters* nacionales y subnacionales coordinaron el tratamiento de los heridos y afectados, evaluaron las necesidades a corto y mediano plazo, y proyectaron la capacidad de las actividades del sector salud.

En Puerto Príncipe, el *cluster* está presidido por la Comisión Presidencial para la Salud, con la OPS/OMS en calidad de secretaria. En colaboración con las áreas técnicas del Ministerio de Salud como clínicas móviles, control de vectores, diagnóstico de malaria, el *cluster* continúa desarrollando estrategias para los servicios de salud a nivel nacional y sub-nacional. De acuerdo a las investigaciones, muchos campamentos no tienen todavía los servicios de salud mínimos y en muchos casos, las clínicas son solo una tienda de campaña con una caja de medicinas. Un equipo de expertos en servicios de salud de OPS trabaja para atender estas deficiencias a través de entrenamiento, provisión de suministros y alianzas con las ONG.

Operaciones de campo

En Jacmel, una ciudad en Sud-Est—departamento fronterizo con República Dominicana—27 de sus 47 instalaciones de salud fueron afectadas y el daño más grave lo sufrió el hospital St. Michel,

que servía a 500.000 personas. Se estima que la población aumentó en un 10 % tras el desastre.

En mayo, el hospital fue reparado por Médicos Sin Fronteras de España (MSF), con la construcción de dos edificios semipermanentes que albergan las unidades de pediatría y medicina interna. Además, junto con Save the Children y la International Medical Corp, MSF también contribuye con otros servicios de salud.

En Leogane, a pesar de que el número de organizaciones no gubernamentales presentes en el área está decayendo, instituciones mayores como MSF Suiza, Save the Children, Merlin and The Johanniter continúan activos. MSF Suiza, maneja el único hospital que funciona en Leogane.

La frontera entre Haití y República Dominicana ha estado activa desde poco después del terremoto. En los meses recientes, la OPS/OMS ha trabajado en restablecer la red pública de servicios de salud en las provincias fronterizas de la República Dominicana. Los resultados esperados son una respuesta de salud pública más sólida, la creación de capacidades para los proveedores de servicios de nutrición y el fortalecimiento de la infraestructura de agua y saneamiento. En estos sitios la OPS/OMS mantendrá sus operaciones hasta el próximo año.

Este artículo es un resumen del informe publicado por la OPS/OMS el 4 de octubre del 2010, que puede ser consultado de forma integral en www.paho.org/desastres.

Brote de cólera en Haití



La OPS/OMS está colaborando con socios del sector salud para combatir el brote de cólera que ha aparecido en Haití. La estrategia de trabajo se centra en la prevención a nivel comunitario, el fortalecimiento de los centros de atención primaria de salud para tratar los casos leves y el establecimiento de centros especiales para el tratamiento del cólera a fin de brindar atención a los casos graves.

Al cierre de la edición de este boletín, el Ministerio de Salud de Haití había notificado más de 4.000 casos de cólera y más de 300 defunciones. Además del departamento de Artibonite, donde se notificaron los primeros brotes, la enfermedad se extendía a otros departamentos. La experiencia previa con esta enfermedad hace suponer que ésta seguirá apareciendo en los próximos años en Haití.

Espera en la próxima edición de este boletín un reporte completo sobre el brote de cólera en Haití.

- Mejora el control de los inventarios, revelando existencias de suministros así como faltantes.
- La asignación de puntos de control mínimos y máximos permite regular las demandas de suministros en las fases de rehabilitación.
- El seguimiento y la presentación gráfica de la distribución asegura el cubrimiento de suministros faltantes en áreas prioritarias.
- Los datos de años anteriores ayudaron a la elaboración de planes de contingencia y reposicionamiento de suministros en sitios vulnerables.
- Permite la construcción de una memoria institucional por proveedor en base a las compras y en su comportamiento.
- El uso flexible de calendarios por fecha de expiración y la asignación de niveles asegura que ninguna medicina expire por falta de revisión.



un equipo de OMS/OPS fue llamado a apoyar al Ministerio de Salud en la recepción de los suministros recibidos durante la crisis. Seis meses después un proyecto impulsado por EMRO/OMS desde El Cairo realizó la instalación del sistema en forma permanente en la bodega central del Ministerio de Salud, donde se atendió la distribución periódica de medicamentos a todos los centros de salud del Líbano incluyendo medicinas controladas que son enviadas a hospitales y centros de salud.

Otras experiencias de implementación para el uso diario del LSS/SUMA

Durante la crisis de octubre de 2007 en el Líbano,

El LSS/SUMA también complementa los sistemas institucionales ayudando en el manejo de los rubros que no pueden entrar directamente en los sistemas contables de las instituciones, brindando una herramienta flexible que facilita el manejo de suministros y ayuda a la coordinación mediante la divulgación de la información de existencias y distribución de suministros a todos los entes relacionados.

Este es el caso de Birmex (Biológicos y Reactivos de México) el cual no solo usó el programa para el manejo de la ayuda recibida por la emergencia del A/H1N1, sino que lo instaló para el manejo de donaciones y artículos de los cuales son garantes como los del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

Así mismo, Birmex ha contribuido con la definición de un amplio número de vacunas, las cuales han sido incorporados al LSS/SUMA en instalaciones específicas y que facilitarán el manejo de esta información a otros usuarios.

Para mayor información contactar a Víctor Martínez a martinev@paho.org.

Ministros de salud respaldan nuevo plan de acción sobre hospitales seguros

Los ministros de salud de todo el continente americano hicieron un llamado a realizar nuevos esfuerzos para hacer que los hospitales sean más seguros en caso de desastres, de tal modo que puedan seguir proporcionando servicios de salud en los momentos de urgente necesidad.

Los líderes de salud, reunidos en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington, D.C., respaldaron un nuevo plan regional de acción que incluye planificación, inversiones y sistemas de supervisión para conseguir que los hospitales y otros establecimientos de salud nuevos sean construidos conforme a normas de resiliencia a los desastres y que se modernicen las instalaciones más viejas para que puedan seguir funcionando en estas emergencias.

Según el Consejo Directivo, para alcanzar la meta de hospital seguro propuesta para 2015 se hace necesario implementar un plan de acción regional con amplia participación de los Estados Miembros de la OPS/OMS.

El Consejo solicitó a la OPS/OMS apoyar y promover acciones dirigidas a alcanzar las metas planteadas en el nuevo plan de acción, desarrollar herramientas y guías técnicas que faciliten su avance e implementar y fomentar el fortalecimiento de alianzas a fin de movilizar los recursos humanos y financieros y la tecnología necesaria para mejorar la seguridad de los servicios de salud frente a desastres.

En varios países la responsabilidad de lograr la meta de hospitales seguros es conducida o compartida por los organismos nacionales multisectoriales de reducción de desastres, involucrando a

PLAN DE ACCIÓN SOBRE HOSPITALES SEGUROS

Objetivos	Metas
1. Desarrollar y poner en práctica la política nacional y el programa de hospital seguro.	Al 2011, el 80% de los países deben haber establecido un programa nacional de hospitales seguros.
2. Desarrollar y aplicar sistemas de información para identificar oportunamente las nuevas construcciones, reparaciones o mejoramiento de las infraestructuras de salud con el fin de incorporar medidas que garanticen su funcionamiento en casos de desastres.	Al 2013, el 90% de los países deben contar con un sistema de información sobre la construcción de nuevos hospitales o mejoramiento de los existentes.
3. Establecer e implementar mecanismos de supervisión de las obras de construcción de hospitales y de otras inversiones en establecimientos de salud.	Al 2013, al menos el 80% de los países de la región deben haber establecido mecanismos de supervisión de las obras de construcción de hospitales y otros establecimientos de salud.
4. Garantizar la incorporación de criterios de protección de la vida, de la inversión y de la función en todas las etapas de los nuevos proyectos de inversión en salud.	Al 2015, todos los países deben haber incorporado medidas que aseguren el funcionamiento de los establecimientos de salud en casos de desastres en todos los nuevos proyectos de inversión en salud.
5. Actualizar las normas de diseño, construcción y funcionamiento de establecimientos de salud con el fin de proteger los componentes estructurales, no estructurales y funcionales en casos de desastres.	Al 2015, el 90% de los países deben contar con normas actualizadas de diseño, construcción y operación de nuevos establecimientos de salud seguros.
6. Mejorar la seguridad de los establecimientos de salud existentes, priorizando aquellos, que por su importancia y capacidad de resolución, se constituyen en parte esencial de la red de servicios de salud en emergencias y desastres.	Al 2015, al menos el 90% de los países deberán haber mejorado la seguridad de los establecimientos de salud existentes frente a desastres.

otros sectores dentro y fuera del sector salud. En la mayoría de los países, sin embargo, la participación de otros sectores es aún muy limitada, lo que ha dificultado la incorporación de la iniciativa de hospitales seguros en acciones concretas de mediano o largo plazo. La tarea de lograr la seguridad de los hospitales se dificulta porque tiene que competir con otras prioridades como lo son: el aumento de otras necesidades de salud pública, recursos presupuestarios estrechos, alta rotación laboral y

la falta de recursos humanos en salud. Aunado a esto, el hecho de que la seguridad hospitalaria aún no se considera un valor social.

El lado positivo es que ya hay conocimientos técnicos y decisiones políticas que denotan el interés de continuar trabajando hacia la meta de lograr hospitales seguros. El Plan de Acción completo puede ser consultado en http://new.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&task=view&id=989&Itemid=&lang=es.

ECHO continúa apoyando la iniciativa de hospital seguro en Centroamérica

La Oficina de Asuntos Humanitarios de la Unión Europea (ECHO) ha dado una vez más su respaldo a la iniciativa hospital seguro y como parte del VII Plan de Acción DIPECHO para Centroamérica ha aprobado un nuevo proyecto de hospital seguro, que hace énfasis en el fortalecimiento y seguridad de la red de servicios de salud ante situaciones de emergencia y desastres. Las actividades serán ejecutadas en los niveles nacional, departamental y municipal, teniendo como prioridad el fortalecimiento de las capacidades del nivel local debido a su importancia en la respuesta a emergencias.

“Hospitales seguros y riesgo urbano: Ciudades más seguras en Centroamérica con un sistema de salud preparado para responder a desastres” se basa

en lecciones aprendidas en otros proyectos DIPECHO y toma en consideración la campaña de la Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres: “Desarrollo de ciudades resilientes: Mi ciudad está preparada”. Parte de la premisa es que no puede haber ciudades seguras sin instalaciones de salud seguras.

Se dará continuidad a la formación de evaluadores para aplicar el Índice de Seguridad Hospitalaria, se aplicará el índice para evaluar instalaciones de salud en Honduras, Nicaragua, Guatemala y El Salvador y desarrollar planes de intervención y preparación para desastres y se desarrollarán algunas acciones piloto de reducción de vulnerabilidad. El objetivo es alcanzar una inversión sostenible en la reducción del riesgo urbano mediante

la promoción de la protección a la infraestructura, fortaleciendo la capacidad de operación de los establecimientos de salud y la construcción de alianzas con autoridades nacionales y locales.

El plan también incluye el diseño de un sistema piloto de información geográfica, que será desarrollado en colaboración con el Centro del Agua del Trópico Húmedo para América Latina y el Caribe (CATHALAC). Para ello se escogerán varios departamentos en dos países centroamericanos con el fin de mapear y georeferenciar las instalaciones de salud, su nivel de seguridad y las amenazas naturales y antropológicas a las que están expuestas.

Para mayor información sobre el proyecto, escribir a cgarzon@ecu.ops-oms.org.

Evitar la urbanización de los desastres

La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja acaba de publicar el Informe Mundial sobre Desastres 2010: Enfoque en el riesgo en zonas urbanas. Este artículo es un resumen del capítulo 1, escrito por David Satterthwaite, investigador principal del Instituto Internacional para el Medio Ambiente y el Desarrollo (IIMAD). Agradecemos a la FIRC su colaboración para la difusión del mismo. El informe completo puede ser consultado en www.ifrc.org/sp/publicat/wdr2010/summaries.asp.

A principios de 2010 un terremoto de magnitud 8,8 impactó a Chile, país que es parte de la OCDE, el club de las naciones ricas, y causó daños dispersos a la propiedad y cientos de muertos. Unas semanas antes, un terremoto de menor magnitud golpeó a Puerto Príncipe, en Haití, y dejó más de 200.000 muertos y más de un millón de personas sin vivienda. La diferencia del impacto de estos dos terremotos se explica, entre otras cosas, por las diferencias en los preparativos para desastres, en la calidad de la vivienda, infraestructura y los servicios.

Es posible evitar en el futuro que las ciudades sean propensas a los desastres. Una tendencia no es una fatalidad, pero a medida que la población del mundo se concentra en las grandes ciudades, presenciamos una urbanización de los desastres y de los riesgos que se derivan de ella. Habida cuenta de los retos que plantea esta situación, cabe preguntarse ¿cómo abordar la respuesta en casos de desastres en un entorno urbano, particularmente en los países de bajos ingresos, donde la pobreza endémica sustenta la vulnerabilidad a las catástrofes?

Según proyecciones de Naciones Unidas en los próximos decenios casi todo el crecimiento de la población mundial se concentrará en las zonas urbanas de las naciones de bajos y medianos ingresos. Gran parte de este crecimiento demográfico tiene lugar en los asentamientos informales, donde las condiciones de vivienda son, por lo general, muy precarias y donde falta a menudo la infraestructura de protección más elemental. Este crecimiento urbano se produce en gran medida en ciudades expuestas a fenómenos meteorológicos extremos y a marejadas ocasionadas por tormentas cuya frecuencia e intensidad deberían aumentar a causa del cambio climático. Una ciudad puede ser uno de los lugares más seguros del mundo en caso de tormenta, inundación o terremoto. La mayoría de los fenómenos meteorológicos extremos que se producen en los países de elevados ingresos no causan muertes.

Desde el punto de vista del riesgo, las zonas urbanas deben considerarse de manera separada por su naturaleza misma: la concentración de la población, de viviendas y de otros edificios, la infraestructura del transporte y la industria plantean problemas pero también ofrecen oportunidades para reducir los riesgos de desastres y prestar asistencia

humanitaria. También habría que considerar a las poblaciones urbanas dada su magnitud: en 2010, las zonas urbanas de los países de bajos y medianos ingresos tenían 2.500 millones de habitantes; las ciudades más grandes del mundo se encuentran, en su mayoría, en los países de bajos y medianos ingresos.

De acuerdo a las estimaciones de las Naciones Unidas, cerca de 1.000 millones de habitantes urbanos viven en viviendas hacinadas de mala calidad en barrios marginales o asentamientos informales.

La correlación existente entre pobreza urbana y riesgos de desastres puede volverse aún más estrecha a causa del cambio climático. Dada la mayor intensidad de las tormentas, las inundaciones y las olas de calor a causa del cambio climático, decenas de millones de habitantes urbanos se ven o se verán próximamente expuestos a un peligro de muerte y al riesgo de perder los medios de subsistencia, los bienes esenciales (como su vivienda), y ver comprometidas la calidad de su entorno y la prosperidad futura.

La pobreza aguda en el entorno urbano, la expansión rápida de los asentamientos informales y el número creciente de desastres urbanos se deben a que los gobiernos no han sabido o no han logrado adaptar sus instituciones a la urbanización. Este fracaso se relaciona a menudo con los escasos medios financieros, la falta de personal calificado y la negativa de los gobiernos centrales y provinciales a proporcionarles recursos que estén a la altura de sus responsabilidades. Quizás lo esencial de este informe sea que las autoridades municipales y comunales deberían trabajar con las poblaciones de bajos ingresos y otros grupos vulnerables para que la expansión urbana no engendre riesgos de desastres.

Si las bases de datos nacionales e internacionales sobre desastres facilitasen información más precisa y completa de los efectos que entrañan para las ciudades, las tendencias observadas confirmarían la idea de que los riesgos vinculados a los desastres aumentan en las ciudades mal gobernadas y disminuyen en las ciudades bien gobernadas. Asimismo mostrarían que muchas autoridades municipales incrementan los riesgos ligados a los desastres, pues ignoran a la población que vive en los asentamientos informales o arrasan esos barrios destruyendo así la vivienda, los bienes y los me-

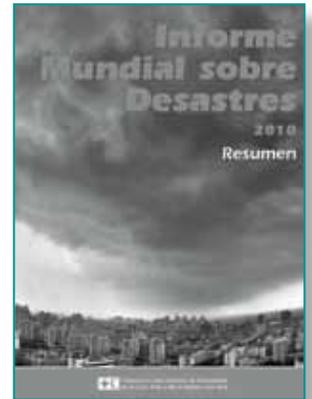
dios de subsistencia de decenas de miles de personas sin ofrecerles siquiera una solución alternativa.

Es necesario considerar más detenidamente la función que desempeña la vivienda en las zonas urbanas para los grupos de bajos ingresos, tales como los cientos de miles de habitantes de tugurios que en Haití se quedaron sin techo tras el terremoto del pasado mes de enero. El valor y la importancia de la vivienda para esos grupos exceden con creces el valor monetario. Lo que para muchos del exterior no es más que una choza construida en gran parte con materiales improvisados es, en realidad, el hogar con todo lo que ello representa en materia de seguridad y privacidad para la familia y la vida social, y es la defensa principal para los que viven allí contra la mayoría de los riesgos sanitarios vinculados al medio ambiente.

Cuando las personas que se han quedado sin techo tras un desastre son reasentadas en un lugar "seguro" pero lejos de donde tienen las oportunidades de empleo, esa opción no hace más que agravar los efectos de los desastres, y la mayoría de ellas no permanecerá allí. Es preferible que las familias de un asentamiento informal se beneficien de un mejoramiento de su vivienda a que sean reasentadas en una nueva vivienda situada en otro lugar donde las condiciones serán casi siempre peores. Y los que tienen un título de propiedad de un terreno o de una vivienda no deberían ser los únicos en obtener ayuda para la reconstrucción.

Cuanto más control tengan los residentes locales, tanto a nivel individual como comunitario, más satisfactorio será el apoyo que se les aporte. El Informe Mundial sobre Desastres de este año pone gran énfasis en el apoyo a las iniciativas comunitarias porque en casi todos los países de bajos y medianos ingresos es la única manera de atender a las necesidades de los que están más expuestos a los desastres y de tener en cuenta sus prioridades.

El presente informe da suficientes ejemplos de buenas prácticas que se utilizan en los países de bajos y medianos ingresos para mostrar que es posible reducir el riesgo de desastres en las zonas urbanas, aunque siguen siendo la excepción.





Nuevas guías de respuesta de la OPS/OMS

Guía de salud mental y apoyo psicosocial



Este documento ha sido producido con un enfoque psicosocial y comunitario, en donde el centro de la intervención permite detectar y anticipar problemas y fortalezas con una perspectiva comunitaria. Se ha diseñado para que sea una herramienta de fácil uso y aplicación para trabajar sobre todo con los equipos de atención primaria de salud y para aquellas personas, instituciones u organizaciones

que participan con estos equipos en las tareas de atención de emergencias y provisión de ayuda humanitaria.

Para la elaboración de la guía se han utilizado como principales referencias la *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*, publicada por la OPS/OMS en 2006 y la *Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes*, publicada por el Comité Permanente Interagencial (IASC, por sus siglas en inglés) en 2007.

Simulaciones y simulacros de emergencias y desastres

En la guía se establecen las pautas para la organización, desarrollo y evaluación de simulaciones y simulacros y se plantean los diferentes usos que se le pueden dar a estos ejercicios, siempre en el contexto de las emergencias y desastres. Esta herramienta busca apoyar principalmente, pero no en forma exclusiva, a las

organizaciones de salud, en sus procesos de revisión y actualización de preparativos y respuesta a emergencias y desastres.



Evaluación de daños y análisis de necesidades de salud en situaciones de desastres



En esta nueva edición de la guía *Evaluación de daños y análisis de necesidades de salud en situaciones de desastre* (EDAN) se analizan las características de la EDAN y se presentan modelos de formatos para la recolección y análisis de la información de salud. El propósito es que la toma de decisiones se fundamente

en información técnica de calidad, que permita diagnosticar, priorizar, planificar la intervención y solicitar recursos para la respuesta a emergencias de forma eficaz.

Además, se hace énfasis en la organización del sector salud, desde la conformación del comité operativo de emergencia hasta la sala de situación de salud, estructura que debe reproducirse en el nivel nacional, regional y local.

Estas tres publicaciones pueden consultarse en: www.paho.org/desastres.

Informe de acción humanitaria 2010



El *Informe de Acción Humanitaria* es el llamamiento anual de UNICEF en favor de los niños, las niñas y las mujeres afectados por situaciones de emergencia en el mundo. El documento presenta un panorama general de las necesidades de financiación e información en situaciones de emergencia e historias de interés humano. Pone de relieve el papel fundamental que desempeñan las asociaciones para resolver las necesidades de la infancia en un entorno humanitario cada vez más complejo.

El informe de este año indica que el mundo está siendo testigo de crisis agravadas por grandes tendencias que superan la capacidad de cualquier organismo para abordarlas, hace énfasis en las situaciones que requieren un apoyo excepcional para salvar vidas y proteger a los niños contra los malos tratos. Está disponible solo en inglés en http://www.unicef.org/spanish/publications/index_52709.html.

Plan interagencial de emergencias radiológicas

Ya está disponible la tercera edición de *Plan de Manejo de Emergencias Radiológicas de Organizaciones Internacionales*, el cual describe el marco interinstitucional para la preparación y la respuesta a una real y potencial emergencia nuclear o radiológica.

El documento describe el régimen de las organizaciones internacionales participantes para responder a cualquier emergencia nuclear o radiológica, incluyendo una emergencia convencional que tiene consecuencias radiológicas y las medidas para el desarrollo de ejercicios, entre otros factores. Contiene aspectos referentes a planificación, respuesta y preparación para emergencia de este tipo.

El documento se puede descargar en inglés del Internet en: http://www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/EPR-JPLAN_2010_web.pdf.



(viene de la pág. 1)

¿Qué aprendimos o debemos aprender de la respuesta médica en Haití?

1. Aunque llegaron más tarde de las ‘doradas’ seis horas para brindar atención de emergencia, los primeros equipos de trauma salvaron vidas y ayudaron a prevenir serias complicaciones. Esto no ha sido lo común en otros desastres. En Haití, el tamaño del país, el número de víctimas y la grave alteración de la pobre capacidad hospitalaria pre-existente, descartó cualquier esperanza de autosuficiencia nacional. En el terremoto de Gujarat, India, (2001) los servicios nacionales de salud fueron más que capaces (aunque no necesariamente estaban preparados) de satisfacer todas las necesidades de atención de la salud. En Irán, los hospitales de campaña extranjeros llegaron mucho después de que los últimos heridos de Bam habían sido evacuados y distribuidos en 13 provincias. Durante el terremoto de Cachemira (Pakistán) en 2005, los problemas logísticos y la dispersión de la población impidieron la llegada oportuna y redujo el impacto de la mayoría de las instalaciones médicas externas.
2. La calidad de los servicios fue variable: desde equipos de desastres bien organizados y experimentados hasta individuos con competencia no comprobada que buscaban publicidad. Desafortunadamente, el ofrecimiento de ayuda médica fue el punto de entrada para alcanzar otros objetivos personales, religiosos o políticos.
3. La velocidad y la flexibilidad local fue más importante que la tecnología y la sofisticación. Pequeños equipos móviles provenientes de Florida o Europa salvaron más vidas que los mejores barcos hospitales que llegaron más tarde.
4. La colaboración con las estructuras locales e integración del personal de salud de Haití a los equipos extranjeros (una condición indispensable para una salida del país poco traumática) fue rara. El espíritu del movimiento de la Cruz Roja de apoyar a la sociedad local no siempre es imitado por otros actores. La progresiva integración de personal haitiano al equipo pediátrico enviado por la Cooperación Suiza y la bien planificada entrega del servicio al Hospital Universitario también fue una excepción, señalada por las autoridades de salud.
5. Si al inicio de la emergencia había una escasez aguda de atención médica, rápidamente la situación se convirtió en una avalancha de iniciativas no siempre coordinadas, e imposibles de ser supervisadas por un Ministerio de Salud seriamente afectado por el terremoto.

Ni las recomendaciones técnicas ni los resultados de la evaluación de daños son considerados en la carrera internacional por proporcionar atención médica de emergencia.

La comunidad internacional tarda en aprender lecciones. Con todo y sus imperfecciones, las directrices de la OMS y OPS sobre el uso de hospitales de campaña simplemente no se tuvieron en cuenta.

¿Por qué?

El problema principal no es técnico (mejores especificaciones y normas), es político. Ajustar la respuesta médica a las necesidades es similar a vender el concepto de “hospital seguro”. Las normas fueron definidas y adoptadas por expertos en pocos años con poco impacto en la construcción de nuevas instalaciones. La presión se ejerció a través de conferencias, campañas públicas de alta visibilidad y la sensibilización de los tomadores de decisiones, que, en ocasiones, ven el asunto como una preocupación a largo plazo en relación a sus prioridades más urgentes.

Entonces, ¿qué se debe hacer sobre esta respuesta médica disfuncional?

1. Rechazar la falacia de que el terremoto de Haití no tiene precedentes, que “poco” se puede aprender de él. La tragedia de Haití confirmó que el vídeo de mitos y realidades de la OPS/OMS continúa vigente. Valdría la pena recopilar y publicar las fallas y errores que se cometieron en el sector salud. ¡La memoria, especialmente la humanitaria, es corta!
2. Revisar los lineamientos de la OPS/OMS sobre el uso de hospitales de campaña extranjeros publicados en 2003. En el actual documento, algunos aspectos del impacto y la respuesta en Haití no se habían previsto, por lo que necesitan ser considerados en una nueva versión. El ámbito de aplicación debe ampliarse e incluir el tema de equipos médicos. Las grandes capacidades médicas y quirúrgicas desplegadas en Haití no son consideradas como “hospitales de campañas” y, por lo tanto, no están sujetas a las normas de 2003. Esta revisión se iniciará en una reunión de expertos que tendrá lugar en La Habana, Cuba en diciembre de 2010.
3. Ampliar el debate sobre asuntos clave como:

- a. ¿Cuándo es demasiado tarde para la atención inmediata de traumas?
 - b. ¿Dónde está el balance correcto entre sostenibilidad y requisitos mínimos para la asistencia humanitaria? En otras palabras, ¿cuándo proveer mucha y muy corta asistencia médica puede ser perjudicial?
 - c. ¿Cómo facilitar con la ayuda internacional que el personal médico y voluntarios de los países afectados o vecinos jueguen un papel más importante en la respuesta médica? Los voluntarios locales o regionales pueden ser más eficaces y estar más disponibles, pero a menudo son marginados por falta de capacidad logística y recursos básicos.
 - d. ¿Cómo asegurar el control de calidad de la asistencia sanitaria prestada? El decir que “solo se es responsable ante los beneficiarios” no debe ser una licencia para prestar atención de calidad inferior. La inscripción y acreditación (certificación) de equipos médicos extranjeros es una alternativa que está estudiando el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido en conjunto con el gobierno suizo. ¿Cómo hacerlo y quien debería hacer esta acreditación?
4. Movilizar e involucrar a tomadores de decisiones: Este es un problema global que debe tratarse a nivel global. El tema debe ser discutido en las reuniones del Comité Económico y Social y en la asamblea de comités regionales de OMS y en foros nacionales. Esto no puede hacerse sin una cierta participación de los medios de comunicación. Como muchos otros temas, éste es demasiado importante para dejárselo solo a los expertos y ‘profesionales’.

¡Esperemos que la reflexión sobre los errores y las deficiencias en la respuesta al tsunami y a terremotos recientes ayuden a crear la voluntad política indispensable para alcanzar avances de forma colectiva. Es tiempo de trascender de las buenas intenciones, y adaptarlas a una visión más amplia, de corto y mediano plazo, que sirva a los intereses de la población afectadas por los desastres, a las que todos servimos!

Un grupo de expertos de la OPS/OMS y otras agencias revisarán los lineamientos existentes sobre el uso de equipos médicos y hospitales de campaña extranjeros en situaciones de emergencias y desastres en la reunión que se celebrará en La Habana, Cuba entre el 6 y 8 de diciembre de 2010. En el próximo boletín le informaremos sobre los resultados de esta reunión.



La misión del Centro Regional de Información sobre Desastres (CRID) es promover el desarrollo de una cultura de prevención de desastres en los países de América Latina y el Caribe, a través de la recopilación y disseminación de información relacionada a los desastres y la promoción de esfuerzos de cooperación para mejorar el manejo del riesgo en la Región.

Centro Regional de Información sobre Desastres
Apartado Postal 1455-1011 Y Griega
Pavas, San José, Costa Rica,
Tel: (506) 2296.3952 | Fax: (506) 2231.5973
contactenos@crid.or.cr

Biblioteca virtual disponible en DVD

El Ministerio de Salud de El Salvador pone a disposición de sus usuarios la colección en formato digital de la documentación técnica elaborada por su Programa de Preparativos de Salud para Emergencias y Desastres sobre temas de prevención, preparativos, planificación hospitalaria, planes de emergencia y contingencia.

Esta iniciativa ha contado con el apoyo financiero y técnico de la OPS/OMS y del Centro Regional de Información sobre Desastres para América Latina y el Caribe (CRID). Para acceder a la Biblioteca Virtual, visite: www.crid.or.cr.

Segunda edición de la colección de catálogos de herramientas

La segunda edición—revisada y corregida—de los catálogos de herramientas y recursos de información sobre Sistemas de Alerta Temprana (SAT), salud, educación y fortalecimiento de capacidades locales de respuesta está disponible en la página web del CRID: www.crid.or.cr. Estos catálogos fueron elaborados en el marco del VI Plan de Acción DIPECHO.

Otros recursos de información disponibles en el CRID:

- *Ensuring Haitian women's participation and leadership in all stages of national relief and reconstruction. A gender shadow report of the 2010 Haiti PDNA.* 2010.
- *Desplazamiento y cambios en salud. Ayacucho, Perú: 1980-2004.* Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Lima. 2010.
- *Health sector self-assessment tool for disaster risk reduction.* Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 2010.

Desastres: preparativos y mitigación en las

Américas es el boletín del Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Coordinación del Socorro en Casos de Desastre de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. La información sobre acontecimientos, actividades y programas no prejuzga la posición de la OPS/OMS al respecto, y las opiniones manifestadas no reflejan necesariamente la política de la Organización. La publicación de este boletín ha sido posible gracias al apoyo financiero de la División de Ayuda Humanitaria, Paz y Seguridad de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (HAPS/CIDA) y la Oficina de Asistencia al Exterior en Casos de Desastre de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (OFDA/AID).

La correspondencia y las solicitudes de información habrán de ser dirigidas a:

Editor

Desastres: Preparativos y Mitigación
en las Américas

Organización Panamericana
de la Salud

525 Twenty-third Street, N.W.

Washington, D.C. 20037, EUA

Tel: 202-974-3527 • Fax: 202-775-4578

E-mail: disaster-newsletter@paho.org

www.paho.org/disasters/

Octubre 2010

Official Business
Penalty for Private Use \$300

Washington, D. C. 20037-2895

525 Twenty-third Street, N.W.

Pan American Health Organization

Disasters: Preparedness and Mitigation in the Americas

Postage and Fees Paid
PAHO
Permit Number G-61