



# DESASTRES



## Preparativos y Mitigación en las Américas

Enfoque 2

Perspectiva 4

Países Miembros 6

Recursos de Información 11

Próximos Eventos 12

Marzo 2017 Número 123



Visita de la misión de verificación al EMT de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Foto: Luis de la Fuente OPS/OMS

## Matthew, una perspectiva de acción integral durante y después de la emergencia

El huracán Matthew puso a prueba los niveles de preparación de los servicios y personal de salud en los países del Caribe, así como la capacidad técnica de movilización y repuesta de la OPS/OMS.

Este huracán, de categoría 5, puso en riesgo a miles de habitantes en Cuba, las Islas Turcas y Caicos, República Dominicana, Haití, Estados Unidos, y Colombia.

La OPS/OMS monitoreó permanentemente la situación y coordinó acciones de apoyo, preparación, respuesta, y recuperación durante la emergencia en el

Caribe con autoridades y contrapartes regionales. Se desplegaron expertos en logística, coordinación de Equipos Médicos de Emergencia (EMT), análisis de daños, y agua, saneamiento e higiene (WASH). La OPS apoyó la coordinación de la respuesta en salud garantizando la disponibilidad de agua potable y la operación ininterrumpida de los servicios médicos—incluida la distribución de equipos e insumos esenciales—en las zonas damnificadas.

(continúa en la página 2) >>

### Editorial

## La iniciativa EMT avanza en las Américas

El continente americano es el segundo más afectado por los desastres después de Asia. Alrededor del 20,6 % de todos los desastres que se produjeron en el mundo, entre 2007 y 2016, tuvieron lugar en la Región de las Américas. Estos causaron 255.033 muertes, 898.816 heridos y daños por US\$ 470 mil millones. El 88% de esas muertes se produjeron en los terremotos de Perú (2007), Haití (2010), Chile

(continúa en la página 3) >>

(viene de la pág. 1)

## Matthew, una perspectiva de acción integral durante y después de la emergencia

### De tormenta tropical a huracán

El 28 de setiembre de 2016 una fuerte tormenta tropical localizada cerca de Barbados, con vientos de 40-45 millas por hora (mph), avanzó hacia las Antillas Menores. Medidas de preparación y respuesta fueron puestas en marcha: en Barbados se activó el Centro Nacional de Operaciones de Emergencia (COE) y se abrió 20 refugios; en San Vicente y las Granadinas el hospital Milton Cato Memorial estuvo en modo de operación de emergencia; en Santa Lucía se reforzó los vínculos de comunicación con la población. El 29 de setiembre se reportó sobre evacuados, cortes de energía, e inundaciones.

El 4 de octubre, el fenómeno fue considerado huracán de categoría 4 al llegar cerca de Les Anglais, Haití, con vientos de 145 mph. En consecuencia, se activó la alerta para Haití, Cuba, las Bahamas, y las Islas Turcas y Caicos. Se alojó, en refugios, a 601.241 habitantes de las zonas afectadas. En Bahamas, la OPS apoyó al Ministerio de Salud

en la evaluación de necesidades del Centro de Rehabilitación Sandilands, el Hospital Princess Margaret, el Centro de Salud South Beach, y la Clínica Anne's Town.

En Cuba, 365.602 personas fueron evacuadas y se reportó daños en 44 instituciones de salud. En respuesta, 30 EMT se desplazaron a zonas de riesgo, se aseguró la continuidad de la vigilancia epidemiológica y el suministro de insumos para los servicios de salud y la calidad del agua, así como la rehabilitación de los centros de salud, incluido el reabastecimiento de equipos y suministros esenciales. Jamaica reportó 900 personas refugiadas, y priorizó la atención médica de emergencias. El Ministerio de Salud Pública enfatizó la vigilancia de la calidad del agua, saneamiento, seguridad alimentaria y enfermedades transmisibles. República Dominicana declaró alerta roja para las 31 provincias que bordean Haití. Se activó 366 refugios oficiales y se reportó que 35.000 familias fueron afectadas. Colombia reportó 15.000 familias afectadas en los departamentos de La Guajira, Magdalena, César, Bolívar y Atlántico.

### Haití

En Haití más de 750.000 personas fueron identificadas con necesidades de atención humanitaria tras el paso de Matthew, y más de 2 millones se vieron afectadas directa o indirectamente. Alrededor del 50% de la infraestructura de salud se vio afectada. De 15 hospitales disponibles, uno fue completamente evacuado y 5 quedaron inaccesibles. Asimismo, el 75% (34) de los Centros de

### Haití en cifras tras el paso de Matthew

	1.410.744	personas tenían necesidad urgente de asistencia humanitaria
	175.509	personas en refugios
	2.271	casos sospechosos de cólera
	128	personas desaparecidas
	546	personas fallecidas
	65	instalaciones de salud afectadas

Tratamiento de la Diarrea Aguda (CDTA) sufrieron daños en su infraestructura.

La Representación de la OPS en Haití activó su Plan de Respuesta para Emergencias y Desastres. Se estableció la sala de situación y se desplegó 3 expertos en logística y coordinación en salud.

Las prioridades de la OPS/OMS en el campo consistieron en brindar apoyo al Ministerio de Salud Pública para garantizar el acceso a la atención médica, al agua potable y a condiciones higiénicas y sanitarias adecuadas. Igualmente, se concentraron esfuerzos para la recuperación y fortalecimiento de los servicios de salud.

Durante la respuesta en Haití se estableció 2 oficinas técnicas en Jérémie y en Les Cayes para apoyar la entrega de equipos e insumos médicos y facilitar el traslado de expertos al campo. Más de 1.500.000 dosis de la vacuna contra el cólera fueron distribuidas, beneficiando a aproximadamente 800.000 personas. La OPS/OMS, en diciembre de 2016, estimó que las necesidades del sector de la salud para las medidas de rehabilitación y resiliencia requerirán US\$ 230 millones. 



Centro de Operaciones de Emergencia en Puerto Príncipe, Haití.

## La iniciativa EMT avanza en las Américas

(2010) y Ecuador (2016), que dejaron, además, 541.787 personas heridas (60%).<sup>1</sup>

En el terremoto de Haití, 30 de 49 hospitales fueron dañados o destruidos. El impacto inmediato a los servicios de salud, en relación a sus profesionales y en términos de infraestructura, fue devastador; más todavía, si el número de camas hospitalarias (1,3 por 1.000 habitantes) y el personal de salud (3 por 10.000 habitantes) ya era deficiente.<sup>2</sup> En el terremoto de Chile se perdió el 21,9% (4.249) de las camas hospitalarias que se encontraban en la zona afectada.<sup>3</sup> En Ecuador se perdió el 29% (517) de las camas disponibles, el 86% de esas camas pertenecían a la red pública de salud.<sup>4</sup>

El análisis de la respuesta de salud al terremoto de Haití en 2010 demostró la necesidad de desarrollar principios, criterios y estándares para la respuesta de los equipos médicos en casos de emergencias y desastres. Sobre la base de este análisis, la Organización Panamericana de la Salud reunió en diciembre de 2010, en Cuba, a un grupo de expertos para establecer la base de la iniciativa global de la OMS que hoy se conoce como Equipos Médicos de Emergencia (EMT por sus siglas en inglés).

Doce países de las Américas ya están adoptando la iniciativa EMT dentro de sus mecanismos nacionales para asegurar la solitud y el envío de equipos médicos en el menor



Foto: Luis de la Fuente, OPS/OMS

*Verificación de capacidades de agua y saneamiento del EMT de la Caja Costarricense del Seguro Social.*

tiempo posible, así como el desarrollo de equipos médicos de emergencia nacionales que además puedan estar listos para ser desplegados a países vecinos o a nivel internacional.

Uno de los países que ha desarrollado equipos médicos nacionales en línea con los estándares EMT ha sido Costa Rica, quien está en camino de convertirse en el primer país de las Américas en tener un EMT internacional.

En febrero de este año, una misión de expertos internacionales, tras un riguroso proceso de verificación, confirmó que el EMT de la Caja Costarricense del Seguro Social cumple con los principios y estándares establecidos por la OMS y está listo para su despliegue internacional a emergencias y desastres.

El objetivo de esta clasificación es contar con un roster global de equipos médicos que cumplan los requisitos mínimos de los estándares EMT definidos por la OMS y puedan ser desplegados a emer-

gencias en el menor tiempo posible.

El EMT tipo 1 de Costa Rica tiene capacidad para atender de forma ambulatoria al menos a 100 personas diarias, además de estabilizar pacientes que necesitan una transferencia a servicios de mayor nivel. Este EMT debe ser autosuficiente, al menos, durante dos semanas, que es el tiempo mínimo que se espera puedan estar movilizados.

Hasta el momento, se han clasificado equipos EMT de Rusia, China, Japón, Australia, Israel y Reino Unido. Costa Rica será el séptimo país a nivel internacional y primero de la Región en sumarse al roster de la OMS. Un tercio de los países inscritos para el proceso de verificación provienen de las Américas.

La implementación de la iniciativa EMT en las Américas ha contado desde sus inicios con el apoyo financiero de la Cooperación Española, quien también ha compartido las experiencias en el desarrollo y despliegue de sus EMT.

1 The OFDA/CRED International Disaster Database. EM-DAT. Reviewed: 16 March 2017.

2 OPS. Respuesta de salud al terremoto de Haití - enero 2010.

3 Información del Ministerio de Desarrollo Social de Chile al 27 de agosto de 2010.

4 Reporte preliminar terremoto de Ecuador. DALA SALUD. 2016.



Participantes de la Sesión paralela: Intersecciones de salud y reducción del riesgo de desastres.

## Plataforma Regional para la Reducción del Riesgo de Desastres en las Américas

La Quinta Plataforma Regional para la Reducción del Riesgo de Desastres en las Américas se realizó en Montreal (Canadá) del 7 al 9 de marzo de 2017. Delegados de todas las Américas se reunieron para discutir los esfuerzos encaminados a reducir el riesgo de desastres. Entre los resultados clave estuvo la aprobación de la Declaración de Montreal y el Plan de Acción Regional, ambos destinados a cumplir con los compromisos del Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030.

### Sesión paralela: Intersecciones de salud y reducción del riesgo de desastres

En reconocimiento al importante papel del sector de la salud en el Marco de Sendai, la Agencia de Salud Pública de Canadá (PHAC) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) coauspiciaron una sesión paralela interactiva para explorar las intersecciones clave de la salud y la reducción del riesgo de desastres. Se abordó temas relacionados con la implementación del Plan de Acción para la Reducción del Riesgo de Desastres 2016-2021, aprobado

por los ministros de salud de las Américas en setiembre de 2016.

La sesión tuvo seis oradores y fue codirigida por la Sra. Elaine Chatigny, Viceministra Adjunta de la Subdivisión de Infraestructura de Seguridad de PHAC y el Dr. Ciro Ugarte, Director del Departamento de Emergencias en Salud de la OPS.

La primera parte se centró en la reducción del riesgo de desastres, herramientas y enfoques para comprender y reducir el riesgo. El Dr. Celso Bambaren, de Perú, dirigió una presentación y discusión sobre la comprensión mutua de los roles y res-

La Declaración de Montreal resaltó la aprobación en el sector de la salud del Plan de Acción para la Reducción del Riesgo de Desastres 2016-2021 por los ministros de salud de las Américas en septiembre de 2016, y de la contribución que podría aportar en la implementación del Marco de Sendai. Léa mas en <http://eird.org/pr17/docs/declaracion-de-montreal.pdf>.

pensabilidades del sector de la salud en la gestión del riesgo con enfoque multiame- naza, y compartió una metodología para la evaluación del riesgo, la vulnerabilidad y la capacidad sistémica para enfrentar desastres.

El Dr. José Luis Cruz, de República Dominicana, presentó cómo las amenazas biológicas pueden multiplicar el riesgo de desastres. Tomó como ejemplo el cólera en Haití, y cómo la República Dominicana trabajó con otros sectores de la sociedad para mitigar las consecuencias de la mala gestión del agua y, en última instancia, evitar un brote de cólera como el suscitado en el país vecino.

La Dra. Roberta Andraghetti, de la OPS, cerró la primera hora explicando los principales marcos de salud para la creación de capacidades en el sector, como el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), y cómo, junto con las evaluaciones del riesgo, los esfuerzos de fortalecimiento de la capacidad del RSI pueden proporcionar una base para la inversión que ayuda a reducir el riesgo de desastres.

La segunda parte se centró en las inversiones físicas para la infraestructura de

salud crítica, los desafíos y oportunidades que enfrentan los profesionales de la salud al administrar los programas inherentes, en el contexto de la adaptación al cambio climático y en zonas de conflicto.

La Lcda. Josefina Arellano, de México, dirigió una presentación sobre el programa avanzado de hospitales seguros de México y su marco legal, así como el programa de gobernabilidad, capacitación, evaluación y certificación/acreditación, que permite a ese país priorizar mejoras a la infraestructura y reducir el riesgo de desastres, de tal forma que esté operativa durante emergencias y desastres.

La Sra. Sharleen DaBreo, de las Islas Vírgenes Británicas, disertó sobre Hospitales Inteligentes (Smart Hospitals), en el marco de los proyectos del Caribe, que reúne conceptos y financiamiento para hospitales seguros con medidas ambientalmente sostenibles y resilientes a desastres. Mediante la aplicación de un kit de herramientas para Hospitales Inteligentes y

medidas de adaptación no estructurales, las instalaciones se convierten en centros de atención de muchas comunidades y muestran el éxito de los enfoques integrados para reducir el riesgo de desastres.

Un hospital es “inteligente” cuando es seguro e incluye medidas de mitigación al cambio climático. Otros sectores, como educación (escuelas), han adoptado el concepto.

La Dra. Jenny Hernández, de Honduras, cerró las presentaciones con una discusión sobre los peligros de realizar intervenciones de salud (como vacunación) en áreas propensas a la violencia. Explicó los retos y las estrategias necesarias para asegurar que las personas ubicadas en zonas propensas a violencia tengan acceso a la atención médica que requieren. Destacó también las mejores prácticas enfocadas a los profesionales de la salud para asegurar que tengan las herramientas de comunicación, y habilidades para proporcionar servicios de salud en entornos hostiles. 🗣️



## El Caribe mejora planes de contingencia en “hospitales inteligentes”

Asegurar que cada instalación que participa en la iniciativa de “Hospitales Inteligentes” desarrolle y mantenga un plan de contingencia integral, fue el objetivo de un taller que ya se ha impartido en San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía y Dominica, en el marco del proyecto “Hospitales Inteligentes” de la OPS/OMS.

Las sesiones se dividieron en dos partes: la primera, abarcó los conceptos y aspectos teóricos de la planificación de contingencia; la segunda, se centró en la aplicación práctica del conocimiento y el intercambio de experiencias.

Personal de salud, que incluyó a servicios de bomberos, coordinadores de desastres sanitarios, representantes de los

departamentos de mantenimiento que prestan servicio a los establecimientos de salud de todo el país, entre otros, pudieron ser readaptados, bajo los parámetros de “Hospitales Inteligentes”, a métodos de planificación de contingencia y métodos utilizados para responder con eficacia a eventos futuros. Con ello, se prevé:

1. Aumentar la comprensión de la necesidad de planificar contingencias en los establecimientos de salud;
2. Identificar los componentes clave del proceso de planificación de contingencia;
3. Compartir y discutir ejemplos de buenas prácticas de la experiencia de campo en respuesta;
4. Proporcionar una orientación profunda

sobre el desarrollo de un documento de planificación de contingencia para mejorar la coordinación y colaboración entre los servicios de salud a nivel nacional; y

5. Proporcionar capacitación práctica en el uso de dispositivos de seguridad en los centros de salud.

Durante el taller se hizo hincapié en la importancia y relevancia de lograr una calificación “A 70+” en la evaluación del Índice de Seguridad Hospitalaria (HSI), considerando aspectos como:

- Entender el contexto de peligros y amenazas;
- Perfil y contexto comunitario y mapeo de recursos;
- Introducción a la planificación para contingencias;
- Creación de asociaciones; y
- Componentes de seguridad contra incendios en centros de salud. 



Práctica de mitigación de incendios.

## “Cuidemos el Agua”, iniciativa en Bolivia frente a la emergencia nacional por sequía

El 21 de noviembre de 2016, el gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia emitió la Declaratoria de Emergencia Nacional por Sequía y Déficit Hídrico. La OPS/OMS, junto al Ministerio de Salud, activó sus mecanismos de apoyo en: vigilancia de la calidad del agua, vigilancia epidemiológica y control de brotes, y comunicación del riesgo.

La sequía crónica, que empezó a finales de 2015 y se agudizó durante el año 2016, provocó una profunda crisis de abastecimiento de agua en, al menos, cinco ciudades capitales

y un área rural. La ciudad de La Paz, capital administrativa del país, fue sin duda la más afectada, dándole un carácter particular de emergencia urbana crítica que ameritaba el tomar medidas urgentes de respuesta.

El Ministerio de Salud, que consideraba riesgo de emergencia sanitaria por posible brote de enfermedades transmitidas por agua y alimentos contaminados, acordó con la OPS/OMS un plan de colaboración, a través de las Unidades de Salud Ambiental y de Epidemiología del Ministerio, en tres líneas de trabajo:

### Vigilancia de la calidad del agua

- Apoyo a la conformación del Comité de Vigilancia y Control de la calidad del agua para consumo humano.
- Análisis de cloro residual y turbidez en 25 establecimientos de salud de la ciudad de La Paz, cinco hidrantes y siete unidades de hemodiálisis del Programa Nacional.
- Capacitación a 25 técnicos de salud ambiental en agua y saneamiento en emergencias (de ocho servicios departamentales de salud – SEDES).
- Instalación de dos bombas centrífugas en el Hospital Obrero para tratamiento del agua para la unidad de hemodiálisis renal.
- Provisión de 25 comparadores de cloro para 25 establecimientos de salud del área afectada.
- Capacitación, a personal de 25 establecimientos de salud, en tratamiento del agua para consumo humano.
- Reanudación de los servicios de salud: entrega de tanques de almacenamiento de agua con capacidad de 3.000 litros y kits de agua (dispenser y botellón), en 25 establecimientos de salud.
- Entrega de 1.500 frascos de pastillas potabilizadoras al Ministerio de Salud.
- Asistencia técnica internacional con el apoyo del equipo regional de agua y saneamiento.

### Vigilancia epidemiológica y control de brotes por consumo de agua contaminada

- Monitoreo permanente del canal endémico.
- Talleres teórico-prácticos en control de brotes para equipos de respuesta rápida y “Mi Salud”, en cinco departamentos del país: Potosí, Chuquisaca, Tarija, Cochabamba y Oruro.

### Comunicación para el riesgo

- Desarrollo de materiales educativos e informativos para diferentes grupos (personal de salud, establecimientos de salud y población en general): spot, afiches, rolers, dípticos y otros.

### Datos relevantes al momento de la Declaratoria de Emergencia Nacional

- Más de 177.000 familias afectadas.
- Cinco ciudades principales con fuerte déficit hídrico.
- 64.000 familias afectadas por racionamiento de agua en la ciudad de La Paz.
- Más de 624.000 hectáreas de cultivo afectadas (VIDECI).
- Cerca de 566.000 cabezas de ganado afectado (VIDECI).



Distribución de agua en un barrio de la Red de Salud 4.



Comité Intersectorial de Vigilancia de la Calidad del Agua para consumo humano. Análisis in situ de cloro residual y turbiedad (hidrante Hospital Obrero).



Educación sanitaria a la población en puntos intermedios de distribución de agua - Alto Obrajes - Ciudad de La Paz.

## SIMEX probó pertinencia de estándares y herramientas de EMTs

Luego de 5 meses de preparación, entre el 26 y 30 de setiembre, se desarrolló en Bogotá el ejercicio de respuesta a terremoto “Simulation Exercises - SIMEX 2016”. Contó con la participación de 779 delegados y representantes de 25 países, entre ellos, equipos nacionales e internacionales de búsqueda y rescate urbano (USAR), equipos médicos de emergencia (EMT), tanto nacionales como internacionales, Equipo de Evaluación de las Naciones Unidas y Coordinación de Desastres (UNDAC), Equipo Humanitario de País (EHP), sector privado, público, observadores y controladores.

El SIMEX, que tuvo dos días de sesiones académicas y un ejercicio de simulación de tres días, probó de manera satisfactoria los estándares y herramientas de coordinación dispuestas para los EMT, tanto en el nivel nacional, como internacional; e

identificó las prioridades y elementos a ser incorporados por el Ministerio de Salud en el programa en construcción de EMT, así como en la estructuración y fortalecimiento del COE Nacional Salud y su articulación con el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y el Sistema de Naciones Unidas, ante una situación de desastre.

El componente de EMT en el SIMEX fue trabajado de manera conjunta entre la OPS/OMS, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Secretaria de Salud de Bogotá (CRUE), y en articulación con la UNGRD y OCHA. En el ejercicio participaron las estructuras de: COE Salud Nacional, COE Salud Distrital, CICOM, EMTs (20 equipos, 14 internacionales y 6 nacionales) y Clúster Salud.

Los participantes identificaron la importancia y pertinencia de la articulación USAR-EMT, tanto en este tipo de ejercicios,

como en las situaciones de emergencia, viéndose oportunidades de articulación y aprendizaje mutuo, necesarias para mejorar la coordinación y accionar conjunto en emergencias.

SIMEX fue organizado por el Grupo Asesor Internacional de Búsqueda y Rescate (INSARAG) de las Américas, presidido por Colombia, a través del Director de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), la Secretaria de INSARAG-OCHA, el Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático (IDIGER) y la OPS/OMS. 🌐



Foto: Luis de la Fuente OPS/OMS

Participantes y ejercicio de simulación, SIMEX.

# Huracán Otto: Movilización temprana fortaleció capacidad de respuesta de servicios de salud en Nicaragua y Costa Rica

Entre el 16 y el 22 de noviembre de 2016, un sistema de mal tiempo, que evolucionó hasta convertirse en el huracán Otto, afectó comunidades de Nicaragua y Costa Rica.

En Costa Rica, un total de 461 comunidades a nivel nacional reportaron daños que afectaron a unas 10.831 personas (10 fallecidos y aproximadamente 5.363 personas ubicadas en 42 albergues temporales) y 5 instalaciones de salud (incluidas áreas administrativas).

En Nicaragua no se contabilizaron fallecidos; sin embargo, hubo daños no estructurales y funcionales en al menos 2 instalaciones de salud.

## Respuesta a la emergencia

La respuesta, coordinada desde las instituciones de gestión de riesgos, emergencias y desastres de ambos países (Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias de Costa Rica - CNE, y del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención de Desastres de Nicaragua - SINAPRED) facilitó la evacuación oportuna de aproximadamente 15.700 personas;

4.000 en Costa Rica y 11.678 que se encontraban en la ruta del huracán en Nicaragua.

## Nicaragua, respuesta del sector salud

El posicionamiento temprano de 8 brigadas médicas permitió que, durante la fase de alerta verde, la comisión encargada de refugios y albergues temporales organice y garantice las condiciones higiénicas sanitarias y cree las áreas de atención médica, necesarias, sobre la base del Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitario.

Los servicios de salud locales se enfocaron en su reorganización, a través de los

planes de emergencias sanitarios locales y los planes hospitalarios.

## Costa Rica

El Centro de Coordinación de Operaciones (CCO) definió, con sus regionales afectadas, las acciones a seguir para la respuesta en salud; de la misma forma, se estableció un centro de coordinación en el hospital de Upala para el manejo de información y facilitar la coordinación del sector de la salud en su conjunto: Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguridad Social, la Cruz Roja, y Acueductos y Alcantarillados (AyA).

## Resumen del impacto sobre la población

País	Personas Total	Poblaciones	Viviendas	Fallecidos	Albergues	Albergados
Costa Rica	10.831	461	1.610	10	42	5.363
Nicaragua	4.135	73	827	0	152	11.678

## Resumen del impacto en la infraestructura sanitaria

País	Hospitales*	EBAIS* / Centros de Salud	Áreas Rectoras de Salud	**CEN-CINAI
Costa Rica	2	2	1	8
Nicaragua	0	2	S/D	S/D

\* Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (Costa Rica).

\*\* Centros de Educación y Nutrición – Centros Infantiles de Atención Integral (Costa Rica).



Nicaragua: Brigadas móviles.



Costa Rica: Unidad médica móvil establecida en Upala.



*Dra. Gina Tambini, representante de OPS Ecuador, y participantes del taller.*



## Ecuador

# Lecciones aprendidas para el sector de la salud tras el terremoto en Ecuador

El 24 y 25 de octubre de 2016, se desarrolló, en Quito, Ecuador, la reunión regional “Aprendiendo del terremoto de Ecuador hacia la reducción del riesgo del sector salud”, con el objetivo de fortalecer la gestión del riesgo de desastres en el sector de la salud, a partir de las experiencias del terremoto de abril del año pasado. Se analizaron además las lecciones aprendidas en la respuesta y la identificación de las prioridades de fortalecimiento para mejorar la respuesta integral frente a emergencias y desastres, tanto a nivel nacional como regional.

Este evento contó con una amplia participación de los actores de salud de los niveles local, zonal y nacional del Ministerio de Salud Pública (MSP), las redes pública y complementaria, y profesionales de salud de los ministerios de salud de los países de la Región.

En el desarrollo del taller se tocaron temas importantes, tales como el impacto del terremoto en el sector de la salud, la coordinación de la respuesta, la respuesta integral, el manejo logístico de la asistencia humanitaria, los equipos médicos de emergencia, la recuperación temprana de los servicios de salud, la rehabilitación y la reconstrucción sin replicar la vulnerabilidad, y la atención en salud a poblaciones desplazadas en albergues.

El evento permitió que los participantes analicen la información compartida en las diferentes ponencias y foros, dejando las siguientes conclusiones macro:

- En la reducción del riesgo de desastres se debe lograr que los servicios de salud sean seguros/resilientes, tanto los hospitales existentes como los nuevos proyectos, a través del cumplimiento de las normati-

vas y los estándares para la acreditación y la creación de planes de emergencia con enfoque multiamenaza.

- La respuesta integral del sector de la salud es clave. Hay que fortalecer la coordinación, el manejo de incidentes, la gestión de la información, así como la elaboración de estándares y requisitos mínimos de equipos médicos de emergencia, y la Célula de Información y Coordinación Médica (CICOM), la formación del talento humano, gestión de donaciones de medicamentos/insumos, y gestión de bodegas estratégicas.
- En la recuperación, los esfuerzos se deben concentrar en el talento humano, las comunicaciones y los servicios básicos, para luego dar paso a la rehabilitación y reconstrucción. 🌐

# Biblioteca Nacional de Medicina de EUA entrena a bibliotecarios sobre información de salud en desastres

La Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (NLM, por sus siglas en inglés) entrena y apoya a los bibliotecarios para prepararse y responder a los desastres con información sobre salud.

A través del programa de entrenamiento “NLM, Disaster Information Specialist” (Especialistas en Información de Desastres), los bibliotecarios y otros profesionales de la información aprenden a apoyar a los planificadores de emergencias, a profesionales de primera respuesta, y trabajadores de la salud, con información crítica en tiempos de desastre.

Dependiendo de los riesgos específicos en sus comunidades, los “profesionales de primera respuesta en información” podrían prepararse para desastres naturales, tales como huracanes o terremotos, o emergencias de salud pública como epidemias de ébola o el virus zika.

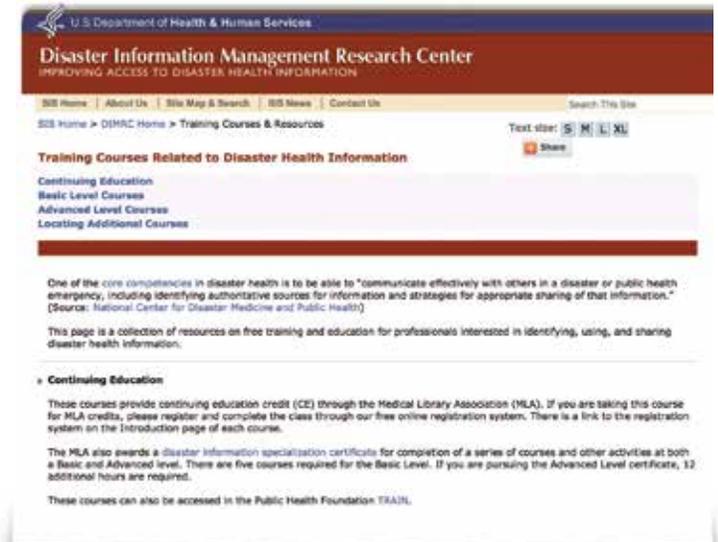
El programa “NLM, Disaster Information Specialist” comprende tres partes:

- Cursos de formación en línea;
- Seminarios mensuales en línea;
- Conexión con pares a través de correo electrónico y medios sociales.

Los cursos en línea, recientemente actualizados y aumentados, son gratis, pueden ser estudiados a su propio ritmo, y están abiertos a todo el mundo. Los cursos incluyen:

- Fuentes de información de salud en desastres (básico);
- Respuesta de los Estados Unidos a desastres y emergencias de salud pública;
- Roles de información en la gestión de desastres;
- “Un asiento en la mesa”: Trabajando con los respondedores locales;
- Salud y desastres: Comprensión del contexto internacional;
- CBRNE (Defensa química, biológica, radiológica, nuclear y de explosivos): Recursos de información de salud.

Los estudiantes disfrutarán del formato interactivo y atractivo en línea, y la flexibilidad de estudiar cuándo y dónde quieran (se requiere



conexión a Internet). El curso también puede ser usado para cumplir con las competencias básicas en su campo profesional u obtener créditos de educación continua (CE).

Estas son las diez razones principales por las que los profesionales de la información toman estos cursos de NLM:

10. ¡Son gratis!
9. Otorgan créditos de educación continua.
8. Disfrute de un formato interactivo y atractivo en línea.
7. Estudie donde sea, cuando pueda.
6. Aprenda a trabajar con su equipo de desastre.
5. Puede elegir cursos básicos o avanzados.
4. Puede agregar " Información Especializada de Desastres" a su resumen o CV.
3. Conozca las competencias básicas en el campo de la biblioteca y la información.
2. Conéctese con otros profesionales.
1. Sea reconocido como un experto en información por sus compañeros y el equipo de trabajo en desastres.

Para acceder a los cursos o aprender más sobre ellos, vaya a la página de Recursos y cursos de capacitación de la NLM sobre desastres: <https://disasterinfo.nlm.nih.gov/dimrc/trainingresources.html>.

# Próximos Eventos

## Congreso "WADEM" sobre uso de medicamentos en desastres y emergencias

25-28 de abril de 2017/Toronto, Canadá

<https://wadem.org/congress/toronto-2017>

El Congreso reunirá expertos mundiales para intercambiar conocimientos y mejores prácticas sobre atención médica de emergencia prehospitolaria y hospitalaria, salud y respuesta ante desastres y salud pública, y seguridad de emergencia.

## Plataforma Global para la Reducción del Riesgo de Desastres 2017

22-26 de mayo/Cancún, México

<http://www.unisdr.org/conferences/2017/globalplatform?lang=es>

En el evento se revisará el progreso global de la implementación del Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres.

## "IV Congreso Internacional y V Encuentro Latinoamericano y del Caribe de Psicología en Emergencias y Desastres"

10-12 de mayo/Santiago, Chile

<http://www.sochped.cl/noticias/informaciones/santiago-10-11-y-12-de-mayo-de-2017>

El tema principal que se abordará en esta cita es la importancia de la psicología aplicada a la prevención, respuesta y recuperación de emergencias, desastres y catástrofes.

202-974-3527 • Fax: 202-775-4578  
disaster-newsletter@paho.org  
[www.paho.org/emergencias](http://www.paho.org/emergencias)



[www.facebook.com/PAHOemergencias](https://www.facebook.com/PAHOemergencias)

[www.twitter.com/PAHOemergencias](https://www.twitter.com/PAHOemergencias)

Desastres: Preparedness and Mitigation in the Americas  
Organización Panamericana de la Salud  
525 Twenty-third Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037, U.S.A.

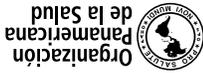


La correspondencia y las solicitudes de información deben ser dirigidas a:

**Desastres: preparedness y mitigación en las Américas** es el boletín del Departamento de Emergencias en Salud 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 Oficina de Asistencia al Exterior en Casos de Desastre de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (OFDA/AID).

Preparativos y Mitigación en las Américas

# DESASTRES



Marzo 2017  
Número 123

Desastres: Preparedness and Mitigation in the Americas  
Pan American Health Organization  
525 Twenty-third Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037-2895  
Official Business  
Penalty for Private Use \$300