



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



47º CONSELHO DIRETOR

58ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

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

Tema 8.3 da Agenda Provisória

CD47/34 (Port.)

31 julho 2006

ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIO DE PROGRESSO SOBRE PREPARAÇÃO E RESPOSTA AOS DESASTRES SANITÁRIOS NO NÍVEL NACIONAL E REGIONAL

Desde que o Conselho Diretor estabeleceu a Área de Preparação para Emergências e Assistência em caso de Desastres exatamente há 30 anos, os países progrediram consideravelmente na redução do impacto de grandes emergências e desastres na saúde, devido ao apoio contínuo dos ministérios da saúde. O tema é agora uma das Onze Funções Essenciais da Saúde Pública reconhecidas pelos Órgãos Diretores em 2001. Quase todos os ministérios possuem uma unidade ou escritório de gestão de desastres estável. Na maioria dos países eles se beneficiam de forte apoio político, possuem uma estrutura permanente e um mínimo de funcionários profissionais de período integral, contam com um orçamento reduzido mas definido, têm acesso direto ao nível mais alto de tomada de decisões, são responsáveis por cobrir todos os tipos de desastres (perigos múltiplos) e claramente se estendem a outros setores. Em alguns países as unidades para desastres foram marginalizadas na época de grandes emergências devido à falta de apoio político anterior.

O treinamento e o desenvolvimento de material educacional técnico e multimídia estão cada vez mais passando do nível regional para o nacional. A riqueza do material produzido pelos países é compartilhada regionalmente através do Centro Regional de Informação sobre Desastres (CRID) apoiado pela OPAS/OMS. A Organização está progressivamente focalizando a introdução de novos temas ou a publicação de documentos de interesse regional mais amplo. Os países também contribuíram muito para o sistema de gerenciamento de suprimentos humanitários (SUMA) através do Apoio Logístico Pluriinstitucional, que está se tornando uma ferramenta multissetorial de interesse global.

Uma das maiores deficiências dos países na Região é o foco em geral limitado sobre perigos iminentes ou sazonais. A preparação dos Estados Membros para a pandemia de gripe é um exemplo e um indicador das atuais deficiências.

A OPAS/OMS tomou uma série de medidas para fortalecer o mecanismo regional de resposta da saúde, a pedido do Conselho Diretor, mas também levando em conta o novo contexto internacional que cada vez mais requer uma resposta global maciça a desastres altamente visíveis. Este documento se propõe complementar a equipe regional de resposta fortalecida da OPAS/OMS com os recursos de instituições importantes na América Latina e no Caribe que possuem a experiência e capacidade para compartilhar a responsabilidade pela prestação de serviços de saúde de emergência. O endosso e o apoio dos Órgãos Diretores são pré-requisitos para essa abordagem complementar e para se começar a buscar um acordo formal.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Antecedentes	3
Institucionalização de uma Unidade ou Escritório para Desastres no Ministério da Saúde	4
Formação de Capacidade e Treinamento	5
Publicações Técnicas, Diretrizes e Padrões	6
Redução da Vulnerabilidade das Instalações de Saúde: Hospitais Seguros	7
Desafios.....	8
Pandemia de Gripe: Um Caso Especial	9
Mecanismo de Resposta Regional	10
Limitações e Abordagens Estratégicas	10
Progresso até o Momento	11
Próximos Passos.....	12
Financiamento do Mecanismo de Resposta Regional	12
Sustentabilidade do Esforço da OPAS/OMS	13
Ação do Conselho Diretor	13

Antecedentes

1. A Região das Américas possui um histórico de vulnerabilidade a grandes desastres naturais. Poucos países são totalmente imunes ao risco de terremotos, erupções vulcânicas ou eventos climáticos catastróficos (conforme evidenciado pela temporada destrutiva de furacões de 2005 no Caribe e nos Estados Unidos da América). A Região também possui um histórico de tumultos ou conflitos que criaram grandes deslocamentos de população e afetaram a saúde pública. Embora a América Latina e o Caribe não tenham experimentado grandes acidentes químicos da magnitude de Bhopal, Índia, o risco está se tornando cada vez mais crível.
2. Se o risco esteve presente por séculos, foi somente nos anos 1970 que o setor da saúde na América Latina e no Caribe reconheceu a preparação para desastres como uma prioridade. Em 1976, depois do terremoto na Guatemala (23.000 mortes), o Conselho Diretor adotou uma resolução pioneira (CD26.R11), na qual solicitava que o diretor criasse uma unidade para desastres, instruindo o Diretor da OPAS a estabelecer uma unidade para ajudar os ministérios da saúde a se preparar e planejar para desastres.
3. Contudo, aceitar a inevitabilidade de desastres não foi suficiente. Em 1985, a destruição do Hospital Juarez no terremoto na Cidade do México finalmente conscientizou os Estados Membros acerca da necessidade de mitigar, se não evitar totalmente, a perda de instalações de saúde quando elas são mais necessárias.
4. Finalmente, os furacões Mitch e Georges, que afetaram o desenvolvimento dos países afetados na América Central e no Caribe em 1998, ajudaram a convencer os Estados Membros a incluir a “*redução do impacto de emergências e desastres sobre a saúde*” como uma das Onze Funções Essenciais da Saúde Pública dos ministérios da saúde.
5. O apoio contínuo dos ministérios da saúde permitiu às Américas desempenhar um papel de liderança na gestão de desastres na saúde no nível global. Mas ainda há espaço para melhoras. O recente tsunami que afetou 12 países no sul da Ásia em dezembro de 2004 e o terremoto no Paquistão em 2005 ilustram muitos novos desafios que as autoridades de saúde enfrentam após uma tragédia em grande escala e um fluxo de assistência avassalador e desordenado.¹ É oportuno que a OPAS/OMS e os ministérios da saúde reflitam sobre suas conquistas coletivas assim como sobre as deficiências e que façam os ajustes necessários para sustentar essa liderança.

¹ Em seu Relatório sobre Desastres de 2004, o Movimento da Cruz Vermelha qualifica a assistência humanitária como a “maior indústria não regulada do mundo”.

6. O atual relatório de progresso, apresentado 30 anos após o estabelecimento do Programa de Preparação para Desastres pelo Conselho Diretor, tem como base o conhecimento das condições nacionais pelos funcionários da OPAS/OMS, a visita de um consultor sênior a alguns países e os resultados de dois levantamentos:

- Um levantamento de 2001 para medir o desempenho dos Estados Membros na iniciativa das funções essenciais da saúde pública. Os resultados foram publicados em 2002² pela OPAS/OMS, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC) e o Centro Latino-Americano de Pesquisas em Sistemas de Saúde (CLAISS);
- Um questionário de 2006, circulado pela Área de Preparação para Emergências e Assistência em caso de Desastres,³ ao qual responderam 33 países da América Latina e do Caribe. Resultados detalhados encontram-se no Documento CD47/INF/4.

7. Este relatório cumpre a Resolução CD46.R14, a qual solicitou que a “*Diretora da OPAS apresente um relatório ao 47º Conselho Diretor sobre os avanços registrados*”:

- (a) pelos Estados Membros na prioridade para “*reduzir a vulnerabilidade de suas populações e instalações de saúde e fortalecer os mecanismos de preparação e resposta a grandes emergências*”, assim como
- (b) pela OPAS “*estabelecendo um mecanismo regional para resposta imediata a desastres*”.

8. Este relatório abordará esses dois pontos separadamente.

9. Mais informações sobre o progresso técnico na redução do risco de desastres encontram-se no documento CD47/INF/4.

Institucionalização de uma Unidade ou Escritório para Desastres no Ministério da Saúde

10. Desde o começo do programa em 1976, o estabelecimento formal de uma unidade ou escritório para gestão de desastres em cada Ministério da Saúde tem sido objetivo

² *Public Health in the Americas: conceptual renewal, performance assessment, and bases for action*
PAHO scientific and technical publication No 589

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

³ A OMS está planejando um levantamento abrangente sobre preparação para desastres de todos os seus Estados Membros num futuro próximo.

principal e indicador de sucesso da OPAS. Para ser eficaz essa unidade deve cumprir certos critérios:

- Um escopo desde a prevenção/mitigação até a coordenação da resposta a todos os tipos de grandes emergências;
- Uma equipe profissional dedicada em tempo integral e uma verba orçamentária;
- Acesso direto e notificação ao nível de política do Ministério;
- Ampla divulgação em todos os setores.

11. No momento, 26 (79%) dos 33 países das Américas que responderam ao questionário de 2006 institucionalizaram formalmente um programa e escritório de redução de desastres. Em seis países, a função é atribuída a outro programa ou indivíduo. Somente um país carece de um ponto focal ou de algum outro arranjo ad hoc.

12. A maior parte dos escritórios ou unidades tem poucos funcionários. Somente 15 dos 33 países possuem uma verba orçamentária específica para a preparação da saúde para desastres. Outros (18 países) financiam suas atividades através de acordos ad hoc de resposta a desastres na saúde, que os colocam em uma situação vulnerável e precária. A OPAS e a OMS vão acompanhar de perto essa situação em levantamentos periódicos da situação da preparação para emergências dos Estados Membros.

13. O acesso apropriado às autoridades melhorou, já que hoje é raro ver esses escritórios recolhidos num departamento técnico. Em 19 países, esse programa está vinculado ao Gabinete do Ministro ou ao Escritório do Diretor Geral.

14. Em todos os 33 países, essa unidade serve de ligação com as instituições responsáveis pela gestão e redução geral de desastres (proteção civil ou uma organização similar). A cooperação com outros atores fora da saúde, cujo apoio, colaboração e/ou informação são essenciais para reduzir o impacto dos desastres sobre a saúde, varia: 25 (78%) programas de desastres na saúde têm ligação com a defesa civil, 28 (85%) com a Cruz Vermelha, 20 (61%) com o ministério do meio ambiente, 21 programas de desastres (64%) com as forças armadas, 22 programas (67%) com organizações não-governamentais (ONG) internacionais e órgãos das Nações Unidas, 18 (54%) com universidades, 17 (51%) com o ministério das relações exteriores e 14 (42%) com outras instituições.

Formação de Capacidade e Treinamento

15. Os Estados Membros agora têm pelo menos um pequeno grupo de profissionais com alguma experiência em desastres. A extensão das atividades de treinamento

realizadas pelo Ministério da Saúde é realmente notável. Entre os temas mais bem cobertos estão o planejamento de desastres em hospitais e a gestão de vítimas em massa (especialmente no Caribe), avaliação de danos e necessidades e vigilância epidemiológica. Os esforços de treinamento nos níveis nacional e subnacional contribuíram para a formação de uma massa crítica de profissionais da saúde expostos aos princípios da redução de desastres. Trata-se de um grande salto em relação aos primórdios, quando todas as atividades de treinamento eram realizadas pela OPAS/OMS. As parcerias com universidades e associações profissionais ainda são modestas, embora estejam crescendo na Região. O envolvimento ativo de outras instituições e setores com experiência e interesse nessa questão aumentou a conscientização entre múltiplos participantes importantes. A maioria das universidades integrou algum aspecto da preparação para desastres em suas instalações de saúde; contudo, pouquíssimas desenvolveram cursos sobre desastres.

16. No nível regional, desde 2000, onze cursos Líderes foram realizados nas Américas para melhorar a habilidade de redução do risco sanitário de desastres de uma ampla gama de profissionais de nível sênior em muitos setores. Esses cursos foram dados graças ao apoio dos Estados Membros, que forneceram facilitadores e uma rede de universidades que desempenharam um papel importante na organização e garantia da qualidade acadêmica. Líderes gerou apoio crescente de parceiros como o UNICEF e a Federação Internacional da Cruz Vermelha. Os conhecimentos especializados são agora fornecidos pelos países da América Latina e do Caribe através de uma rede de especialistas nacionais como o Grupo Assessor de Mitigação de Desastres (DiMAG)⁴ e centros colaboradores no Chile e em São Paulo.⁵

Publicações Técnicas, Diretrizes e Padrões

17. O número de publicações técnicas, diretrizes ou normas desenvolvidas ou adaptadas no *nível nacional* está aumentando rapidamente.

18. A contribuição da OPAS/OMS agora consiste em compilar o conhecimento acumulado nos países e produzir material científico sobre temas de interesse comum novos ou altamente especializados, uma abordagem eficaz em função do custo. Exemplos recentes incluem a publicação *Management of Dead Bodies in Disaster Situations*,⁶ um guia que acompanha a publicação *Protecting Mental Health in Disaster and Emergency Situations*, a nova versão de *Hospital Planning for Disasters*, material atualizado e

⁴ O DiMAG é um grupo informal de especialistas da América Latina e do Caribe que são voluntários na ajuda aos governos e à OPAS/OMS fornecendo assessoria independente na mitigação de desastres.

⁵ Centro de Colaboração sobre Mitigação de Desastres em Instalações de Saúde Chile – OPAS/OMS; Centro de Colaboração sobre os Preparativos para Desastres nas Américas São Paulo – OPAS/OMS.

⁶ Conjuntamente com o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) e a Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha (FICV).

ampliado sobre água potável e saneamento, e uma série de publicações sobre hospitais seguros. As prioridades futuras deverão complementar documentos conceituais com diretrizes práticas (como fazer) e normas em resposta às necessidades expressadas pelos Estados Membros.

19. Existe um mecanismo para inventariar, digitalizar e disseminar o material científico produzido pelos países. O Centro Regional de Informação sobre Desastres (CRID), localizado em instalações oferecidas pela Costa Rica, é conjuntamente administrado pela Estratégia Internacional de Redução de Desastres (ISDR) e a OPAS. Os países estão de maneira progressiva, porém lentamente, desenvolvendo sua própria capacidade de administrar e disseminar informação. CANDHI, uma rede regional de centros de informação sanitária sobre desastres na América Central, foi iniciada com o apoio da Biblioteca Nacional de Medicina (NLM) dos EUA. Mais de 25.000 visitas forma registradas nos sites desses centros nacionais de informação apoiados pela NLM e doadores da União Européia. Uma iniciativa similar está em fase de planejamento nos países andinos. Isso reflete a capacidade de os países acessarem informação por meios eletrônicos. Contudo, continua havendo preferência pelo material impresso.⁷

Redução da Vulnerabilidade das Instalações de Saúde: Hospitais Seguros

20. Em 2005, os Órgãos Diretores (CD46.R14) solicitaram que os Estados Membros dessem prioridade a “*reduzir a vulnerabilidade de suas populações e instalações de saúde e fortalecer os mecanismos de preparação e resposta a grandes emergências*”.

21. Estima-se que mais da metade dos hospitais na América Latina e Caribe estão localizados em áreas propensas a desastres e não são seguros. Essa situação não é específica da Região; o tsunami e os terremotos na Índia (Gujarat), Irã (Bam) e Paquistão também afetaram gravemente a infra-estrutura da saúde. Os códigos de construção para instalações de saúde não só deveriam assegurar a sobrevivência de funcionários e pacientes, mas também ser suficientemente rigorosos para permitir que as instalações continuem suas operações.

22. A destruição do Hospital Juarez no México em 1985 e a morte de 561 pacientes e funcionários levaram a Região a lançar uma campanha de conscientização maciça para aumentar a segurança estrutural e não-estrutural das instalações de saúde. Essa preocupação, que no início era uma questão regional, se tornou uma prioridade mundial em janeiro de 2005: o “Quadro de Ação de Hyogo para 2005-2015”, plano mundial que surgiu na Segunda Conferência Mundial sobre Redução de Desastres realizada em Kobe, Japão, inclui um indicador específico sobre redução da vulnerabilidade no setor da saúde.

⁷ Levantamento realizado pela OPAS/OMS em 2004.

23. Para se alcançar o objetivo de hospitais seguros é preciso um forte apoio de outros setores, assim como um compromisso financeiro importante. Esta deve ser uma prioridade do Estado, e não setorial. Infelizmente, muitas vezes falta o compromisso político, já que os fundos alocados para esse propósito continuam desproporcionalmente baixos comparados com as necessidades. Indicadores para monitorar o financiamento alocado para a segurança dos hospitais, o número de análises da vulnerabilidade em termos de engenharia e o número de instalações fortalecidas serão incluídos em levantamentos nacionais periódicos desenvolvidos junto com a OMS. A OPAS/OMS faz parte de várias forças-tarefa mundiais e instituições como a Estratégia Internacional sobre Redução de Desastres (ISDR) e o Consórcio ProVention que ajudam a defender a importância crucial da redução dos riscos sanitários.

Desafios

24. Como o Furacão Katrina mostrou claramente, há margem para melhora em qualquer país da Região. Os Estados Membros enfrentam vários desafios:

- Os recursos humanos e financeiros designados à Unidade de Desastres devem ser fortalecidos para aumentar a conscientização e a capacidade de se preparar no nível que a população espera. Maior progresso é necessário para implementar a Resolução CD46.R14, que insta os Estados Membros a “*continuar atribuindo atenção prioritária à alocação de recursos financeiros*” com esse propósito.
- O apoio político fornecido para atividades de preparação na maioria dos países deveria ser ampliado à resposta em épocas de grandes crises. Ocasionalmente, como consequência de desastres em grande escala, implicações políticas levam as autoridades a marginalizarem os coordenadores de desastres treinados.
- Os esforços de preparação no nível nacional devem ser iguados no nível provincial ou estadual. Os coordenadores nacionais devem cada vez mais desempenhar um papel normativo e de apoio. Intervenções diretas de emergência desordenadas muitas vezes enfraquecem as instituições locais.⁸
- Maior atenção é exigida para assegurar a continuidade e o profissionalismo. A grande rotatividade de funcionários essenciais, muitas vezes com cada mudança de autoridade, continua sendo um problema sistêmico. A natureza bastante distintiva da gestão de desastres, a necessidade imperativa de experiência anterior com emergências e os sites de contatos externos exigidos para coordenação apropriada precisam de continuidade. Essa continuidade só será alcançada se considerarmos a gestão de desastres como um cargo especializado com seus próprios requisitos educacionais e sujeito a seleção competitiva.

⁸ O mesmo problema foi visto no nível internacional, onde a resposta tende a substituir em vez de apoiar o esforço nacional.

- Deve-se reservar recursos e atribuir responsabilidade no caso de preparação para eventos que ocorrem raramente. Os programas tendem a focalizar desproporcionalmente na gestão de emergências sazonais comuns. Realmente, esses desastres são um grande ônus para a população e as autoridades de saúde; é neles que a pressão pública se faz mais sentir. Contudo, seu impacto na saúde pública é relativamente mínimo e razoavelmente bem controlado. Como resultado, dá-se atenção sustentada insuficiente aos grandes desastres não freqüentes, mas historicamente inescapáveis como terremotos, erupções vulcânicas e outros.
- Finalmente, os programas nacionais nas Américas devem se adaptar ao ambiente humanitário internacional que muda rapidamente. Esse aspecto será abordado na próxima seção.

Pandemia de Gripe: Um Caso Especial

25. A ameaça de uma pandemia sublinha os papéis complementares de especialistas em doenças transmissíveis e gerentes de desastres. A prevenção da transmissão, aviso antecipado, diagnóstico laboratorial, protocolos de tratamentos e a gestão geral dos casos exigem o conhecimento especializado de epidemiologistas, veterinários e outros especialistas em saúde, e não as habilidades especiais de coordenadores de desastres. Não obstante, se uma pandemia particularmente letal surgir, esta se tornará um desastre socioeconômico, sanitário e político, particularmente devido ao medo que foi instilado na população e à falta de medidas eficazes de prevenção e tratamento. Aí o conhecimento especializado das unidades para desastres nos ministérios da saúde, OPAS e OMS será crucial. Um grande número de países pode fazer vista grossa ao impacto potencialmente catastrófico de uma pandemia porque os especialistas nacionais em saúde muitas vezes focam primeiramente nos protocolos de diagnóstico e subestimam o caos social que uma gripe altamente virulenta e infecciosa causaria.

26. Alguns países não sabem ao certos qual entidade nacional deve liderar a gestão de uma pandemia: saúde, agricultura ou proteção civil e gestão de desastres. Isso é um dilema retórico, já que a solução é diferente para cada fase da pandemia: a agricultura deve liderar durante a atual fase 3; a responsabilidade primária deve passar para o Ministério da Saúde na fase 4 e 5, quando ocorre a transmissão entre seres humanos; as autoridades de gestão de desastres trans-setoriais devem liderar na fase 6 (pandemia ativa).

Mecanismo Regional de Resposta

27. Em 2005, os Órgãos Diretores (CD46.R14) solicitaram que o “*Diretor da OPAS ofereça apoio adicional aos Estados Membros estabelecendo um mecanismo regional para resposta imediata a desastres.*”

28. Desde que o Furacão David atingiu a Dominica em 1979, a OPAS/OMS manteve uma equipe de resposta a desastres para avaliar as necessidades e responder prontamente no Caribe. Essa equipe esteve de prontidão a cada ano durante a temporada de furacões e respondeu eficazmente. Não houve oportunidade de testá-la após um grande terremoto.

29. Um mecanismo regional de resposta terá o mesmo objetivo, isto é, ajudar o Ministério da Saúde a avaliar os danos e necessidades emergenciais no setor da saúde e informar a comunidade humanitária, fornecer aviso antecipado de potenciais ameaças à saúde pública, formular prioridades da saúde pública e oferecer orientação e assessoria a agentes de saúde externos. Além disso, o mecanismo possibilitará que a OMS cumpra seu papel na ONU como agência líder e “*provedora em última instância*” de assistência ao agrupamento da saúde.⁹

Limitações e abordagens estratégicas

30. A resposta a furacões em países menores geralmente não exige um grande número de especialistas externos. Esse não será o caso, contudo, em desastres de grande escala com uma enorme resposta internacional envolvendo centenas de ONGs, contingentes civis e militares bilaterais e grandes equipes de agências da ONU. Como exemplo, os ministérios da saúde foram assoberbados (quando não marginalizados) durante o processo de resposta aos desastres na Ásia. A maioria dos que trabalharam na resposta ignorou as diretrizes técnicas da OMS sobre questões como hospitais de campo e a maioria dos atores, incluindo a OMS, enfrentou dificuldades consideráveis quando foi preciso mobilizar um número adequado de especialistas familiares com o país e a dinâmica de desastres naturais. Nessa Região, uma experiência similar aconteceu com o SUMA, sistema de gerenciamento de suprimentos humanitários. Durante os últimos 15 anos, a OPAS/OMS com assistência da Fundação que administra o SUMA, uma ONG especializada, treinou quase três mil voluntários do SUMA para essa tarefa; mesmo assim, ainda é um desafio mobilizar uma equipe regional de 15-20 voluntários com aviso de curto prazo.

⁹ Em 2005, o Comitê Permanente Interinstitucional (IASC) sobre relações humanitárias formulou o conceito de um agrupamento de atores e atividades humanitárias a ser liderado e coordenado por uma agência designada. A OMS é a agência líder do agrupamento da saúde. A implementação direta de atividades como “*prestadora de serviços em última instância*” se limitará àquelas nas quais a OPAS/OMS possui uma vantagem comparativa explícita. O sistema de aviso antecipado é um exemplo positivo, mas não o conserto ou reconstrução de instalações de saúde.

31. A resposta aos desastres em grande escala na Região exige uma abordagem estratégica de duas fases:
- (a) Uma equipe de resposta aos desastres sanitários da OPAS/OMS composta por funcionários, consultores, assessores e pessoal de agências doadoras.¹⁰ Na primeira fase, a OPAS/OMS lidaria com especialistas individuais.
 - (b) Um mecanismo internacional que mobilize a solidariedade generosa de países vizinhos e de toda a Região. Essa fase forneceria, de forma coordenada, um número importante de especialistas que aumentaria substancialmente a equipe mobilizada na primeira fase. Para conseguir isso, a OPAS/OMS lidaria com ministérios da saúde, a Proteção Civil e outras instituições importantes, principalmente da Região. Essa segunda fase será mais crítica em grandes desastres para os quais um grande número de recursos humanos pode ser exigido para qualquer tarefa.

Progresso até o momento

32. Nos últimos doze meses registrou-se progresso no planejamento operacional para a primeira fase. Um número limitado de indivíduos foi identificado e procedimentos de operação padrão estão sendo examinados internamente. A Organização é uma das poucas instituições que não debita custos de apoio programático aos fundos extra-orçamentários recebidos para emergências.

33. Também existem mecanismos de coordenação. A Força Tarefa para Desastres da OPAS, criada após o Furacão Mitch, foi fortalecida e um Centro de Operações de Emergência (COE) será equipado e montado no prédio da Sede. Esse COE colaborará estreitamente com o COE estabelecido pelo Ministério da Saúde do país afetado. Além disso, ajudará a OPAS a cumprir melhor a função de coordenação em apoio ao mecanismo interamericano de resposta sendo um ponto de fácil acesso para as reuniões de coordenação para desastres da Organização dos Estados Americanos (OEA).

34. Finalmente, está sendo realizada uma reestruturação interna dentro da Área de Preparação para Emergências e Assistência em caso de Desastres. A responsabilidade operacional pelo mecanismo regional de resposta está passando da sede para o Escritório da OPAS/OMS no Panamá, onde um número crescente de agências humanitárias e das Nações Unidas possui sede regional: UNICEF, Escritório das Nações Unidas para

¹⁰ Após grandes desastres em outras regiões, agências doadoras mostraram uma grande disposição de ceder funcionários essenciais para os mecanismos de resposta da ONU, muitas vezes uma alternativa conveniente de última instância, devido à grande dificuldade de se atrair, com pouca antecedência, especialistas para várias semanas ou meses. Os países em desenvolvimento da Região estavam sub-representados e perderam uma oportunidade de ganhar experiência.

Coordenação da Ajuda Humanitária (OCHA), Unidade Pan-americana de Resposta a Desastres da IFRC, ISDR, etc. A OPAS e a OMS cada vez mais deverão desempenhar um papel de apoio, já que as funções essenciais de gestão da informação e coordenação (relatórios da situação, informações dos doadores, site) serão executadas o mais próximo possível do local do desastre.

Próximos Passos

35. No nível administrativo, é preciso redobrar os esforços para facilitar o rápido recrutamento de especialistas (seguro, documentos de viagem, etc.) e a aquisição de suprimentos humanitários. Também é preciso introduzir mudanças apropriadas no Manual da OMS/OPAS.

36. Para desastres de grande magnitude, será necessário pedir formalmente a assistência de instituições dos Estados Membros. Propõe-se que os Estados Membros (particularmente aquele que precisam estar mais bem preparados)¹¹ ajudem a OPAS/OMS a identificar instituições que possam celebrar acordos formais para assumir responsabilidade parcial ou total pelo cumprimento de uma determinada tarefa ou função. Já que essas tarefas e funções exigem tanto habilidades sanitárias quanto apoio geral (tecnologia e gestão da informação, comunicações, logística, etc.), as instituições nacionais fora do setor da saúde também podem fornecer assistência valiosa. Essa assistência variará de acordo com a magnitude do desastre.

37. Para se prosseguir nessa direção, será necessário o endosso formal dos Órgãos Diretores. Sem um forte compromisso político dos Estados Membros e procedimentos administrativos flexíveis, será improvável termos um mecanismo realmente regional.

Financiamento do mecanismo regional de resposta

38. Preparar-se para o mecanismo regional de resposta e turbinar a capacidade da Organização será uma atividade de preparação financiada por programas regulares ou extra-orçamentários. Uma resposta a emergências não pode esperar que os fundos sejam mobilizados; ela deve começar imediatamente após um desastre. Quando um apoio técnico regional for exigido, a rapidez é essencial.

39. As seguintes fontes regionais de fundos serão exigidas:

(a) Adiantamentos do Fundo de Emergência para Desastres (PD) da OPAS estabelecido em 1976 para mobilizar o mecanismo de resposta sem atraso: O

¹¹ Um benefício colateral, mas extremamente importante, para os países da América Latina e do Caribe é o valor em termos de preparação do treinamento a ser fornecido à Equipe de Resposta a Desastres Sanitários e da experiência adquirida durante a resposta.

Fundo PD só adiantará recursos de acordo com as contribuições dos doadores. Durante a década passada, o custo médio anual de atividades de alívio foi um pouco acima dos US\$ 3,5 milhões. As atividades de alívio do último biênio chegaram a US\$ 11,3 milhões. O Fundo PD, única fonte de financiamento imediato, foi capitalizada com US\$ 400.000 nos primeiros anos após sua criação. O Fundo PD permitiu uma resposta imediata, mas em vista do crescente tamanho de operações ainda é insuficiente para começar todas as ações locais necessárias para ajudar os Estados Membros. Trinta anos depois, recomenda-se aumentar o Fundo PD no valor de US\$ 1 milhão buscando fontes internas ou externas de financiamento.

- (b) Apoio em espécie dos Estados Membros: isso poderia ser feito cobrindo o custo do pessoal que eles disponibilizarem para o mecanismo regional de resposta. Solicita-se o endosso dos Órgãos Diretores.
- (c) Fundos extra-orçamentários fornecidos pela comunidade internacional para reembolso.

Sustentabilidade do Esforço da OPAS/OMS

40. Durante décadas, os resultados alcançados no nível regional foram possibilitados por generosas contribuições extra-orçamentárias de muitos governos. Contudo, essa situação é precária. De acordo com a recomendação de que os Estados Membros aumentem seu compromisso financeiro com seus *próprios* programas, as atividades regionais básicas para essa função essencial da saúde pública será cada vez mais integrada no orçamento ordinário da Organização.

Ação do Conselho Diretor

41. Solicita-se que o Conselho Diretor:
- (a) tome nota do presente relatório sobre o progresso da preparação e resposta aos desastres sanitários em nível nacional e regional.
 - (b) inste os Estados Membros a apoiar o mecanismo regional de resposta sanitária da OPAS/OMS disponibilizando recursos humanos e financeiros; sistematicamente e regularmente reunir dados utilizando formatos padronizados que permitirão o monitoramento do progresso na preparação para desastres e redução dos riscos no nível nacional e regional; e fornecer apoio financeiro, conforme especificado no relatório de progresso, para aumentar o Fundo para Emergências da OPAS/OMS.