



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



47.º CONSEJO DIRECTIVO 58.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

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

Agenda Provisional Item 8.3

CD47/34 (Esp.)

31 julio 2006

ORIGINAL: INGLÉS

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

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

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

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

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

CONTENIDO

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

Antecedentes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fortalecimiento de la capacidad y la formación

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

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

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

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

Publicaciones técnicas, pautas y normas

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

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

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

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

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

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

⁷ Encuesta realizada por la OPS/OMS en 2004.

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

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

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

Retos

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

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

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

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

La pandemia de influenza: un caso especial

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

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

Mecanismo regional de respuesta

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

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

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

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

Limitaciones y enfoques estratégicos

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

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

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

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

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

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

Avances logrados hasta la fecha

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

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

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

Los próximos pasos

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

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

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

Financiamiento del mecanismo regional de respuesta

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

39. Se requerirán las siguientes fuentes regionales de fondos:

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

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

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

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

Sostenibilidad del esfuerzo de la OPS/OMS

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

Intervención del Consejo Directivo

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