

# Desastres

## Preparativos y Mitigación en las Américas



Número 113

Noticias e información para la comunidad internacional

Mayo 2010

### El terremoto en Haití, ¿Qué debemos aprender?

Editorial



nabilidad; juntos, estos dos elementos determinan la vulnerabilidad". Aunque, hay muchas lecciones que aprender, este editorial se centrará en asuntos de salud pública en Haití.

#### Sobre prevención:

Hospitales seguros es una meta que debe ser alcanzada, incluso para países como Haití. Readaptar todas las instalaciones existentes es un reto en todas partes, pero, a menudo, se presenta como una meta inalcanzable en un país pobre. La pérdida total de los servicios de salud en el área de la capital es una prueba suficiente de los costos-beneficios de la reducción de riesgo, incluso en países como Hai-

tí. Ahora, no debe haber excusas para un estricto reforzamiento de los códigos de construcción en el proceso de la reconstrucción. Los hospitales no son las únicas instalaciones críticas. Protección Civil y las Naciones Unidas parecen haberle prestado poca atención a la vulnerabilidad de sus oficinas centrales. La respuesta inmediata fue severamente afectada por la pérdida de personal y edificios clave de Naciones Unidas.

(continúa en la pág. 11)

### La Entrevista

El Sr. Gerard Gómez, responsable de la Oficina de Asuntos Humanitarios de Naciones Unidas para Latinoamérica y el Caribe (OCHA) responde preguntas sobre el terremoto de Haití, la respuesta de la comunidad internacional y las lecciones para los actores humanitarios.

1. Desde su experiencia al frente de la oficina de OCHA, ¿cuál cree que fueron los principales aciertos de la comunidad internacional en su conjunto, Naciones Unidas, Cruz Roja, ONG...? ¿puede indicarnos también tres elementos o aspectos en los que se debe mejorar?

Es importante plantear la respuesta en un contexto en el cual el estado haitiano y los actores internacionales en el país perdieron personal y recursos materiales esenciales para enfrentar la crisis. La capital del país, la más pobre de la región, resultó la más afectada. Quienes trabajaron los planes de contingencia no imaginaron tal escenario. Tampoco se había previsto que aquellos que tenían que iniciar inmediatamente la respuesta humanitaria enfrentarían la angustia de perder a un amigo, una esposa o un conocido. Se habló mucho de los problemas de coordinación de la respuesta, pero se habló muy poco de la dimensión emocional de esta crisis para los trabajadores humanitarios.

En el caso de la respuesta de Haití, esas organizaciones humanitarias 'profesionales' demostraron una buena coordinación entre ellas y una verdadera solidaridad con el pueblo haitiano. Al haber establecido mecanismos de coordinación sectorial incluyendo socios haitianos, con las más de 900 organizaciones registradas durante esta crisis, se ha dado servicios básicos a cientos de miles de personas que tenían necesidades de salud, de albergue, de agua o de alimentos.

(continúa en la pág. 3)

En dos meses, dos sismos de gran magnitud golpearon la región. En Haití, al menos 200.000 personas murieron tras un terremoto de 7 grados; mientras que en Chile, un sismo de 8.8 dejó muertas a 521 personas. La diferencia en el impacto ilustra, entre otras cosas, el peso de la pobreza en la reducción de desastres. Tal como lo señalara Richard Olson en sus comentarios en la revista Forbes: "el nivel de desarrollo importa, pero también hay que considerar la capacidad de gober-

#### LEA MÁS SOBRE EL TERREMOTO EN HAITÍ:

- LSS/SUMA, apoya las labores de recepción de suministros, pág. 2
- El cluster de salud, sus aciertos y dificultades, pag. 6
- Respuesta a los discapacitados tras el terremoto, pág. 9



**Organización Panamericana de la Salud**



Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

### Contenido

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

## LSS/SUMA, apoya las labores de recepción de suministros en Haití



Foto: Victor Ancoian/OPS/OMS

Tras el terremoto del 12 de enero en Haití, la OPS/OMS decidió movilizar un equipo del Sistema de Apoyo Logístico (LSS/SUMA) para apoyar las labores de recepción, clasificación y distribución de ayuda humanitaria. La magnitud y complejidad de la emergencia requirió de un manejo logístico muy amplio.

Los primeros expertos en el manejo de SUMA fueron desplazados desde República Dominicana al sitio fronterizo de Jimaní. Allí se establecieron almacenes de recepción y clasificación de ayuda para su envío a Haití y de apoyo a la bodega de medicamentos de la OPS/OMS en Puerto Príncipe.

Posteriormente, otros expertos fueron desplazados desde Nicaragua, Colombia y Argentina. Durante los primeros días de las operaciones, las condiciones de trabajo fueron muy difíciles debido al caos que reinaba en el aeropuerto, saturado por la llegada masiva de ayuda procedente de todas partes del mundo.

En ese sentido, la colaboración del equipo de respuesta a desastres de la compañía DHL fue fundamental en la recolección de la información de los suministros que entraban al país. Paralelamente, se logró establecer contacto con la Dirección General de Protección Civil de Haití y se conformó un equipo de trabajo debidamente capacitado en la utilización del programa SUMA que laboró en el aeropuerto. Una vez habilitada la terminal portuaria de Puerto Príncipe, también se instaló allí un equipo SUMA para el control de la ayuda que llegaba vía marítima. La información recolectada fue compartida con diferentes organizaciones en terreno.

El uso de SUMA continúa en Haití, la oficina de la OPS/OMS ha contratado personal local para darle seguimiento al uso del programa en la sede de la Dirección General de Protección Civil, institución en la que se trabaja en la elaboración de un plan de respuesta a emergencias, que incluye el uso de SUMA como una herramienta esencial en la respuesta logística a emergencias.

Escriba a [jeronomosuma@yahoo.com](mailto:jeronomosuma@yahoo.com) para más información sobre el sistema de apoyo logístico LSS/SUMA.

## Equipos de respuesta de Centroamérica participan en simulacro

Cerca de 40 expertos en emergencias y desastres de Centroamérica y Ecuador participaron en un ejercicio desarrollado en el marco del taller regional de equipos de respuesta a desastres realizado entre el 19 y 23 de abril en San José, Costa Rica.

El ejercicio, que planteó una emergencia provocada por un terremoto, empleó escenarios reales (plantas de agua, sala de situación, centro de operaciones de emergencia, albergues, entre otros) y permitió poner en práctica los conocimientos adquiridos y herramientas desarrolladas durante el proceso de capacitación del proyecto: "Fortalecimiento de la capacidad de respuesta a desastres del sector salud" (ejecutado por la Organización Panamericana de la Salud y financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional).

La Comisión Nacional de Emergencia, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, el Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y la Cruz Roja participaron activamente, ofrecieron apoyo logístico y de equipos, dieron seguimiento al desarrollo del guión y apoyaron la evaluación del ejercicio.

Integrados en equipos multidisciplinarios, los participantes se enfrentaron a situaciones en diferentes áreas como evaluación de daños y análisis de necesidades en el sector salud, gerencia de

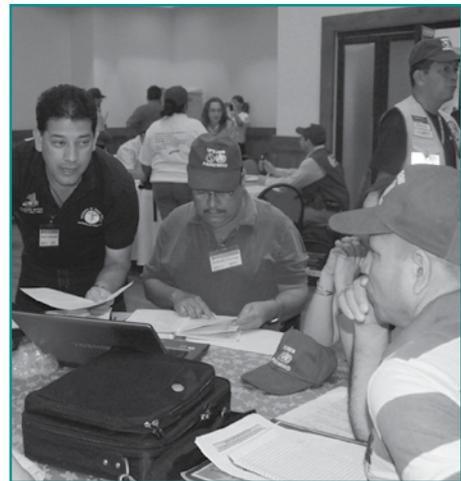


Foto: OPS/OMS

desastres, manejo de información, logística, albergues, agua y saneamiento.

Entre las lecciones aprendidas los participantes señalaron la importancia del trabajo en equipo, la coordinación efectiva, el buen manejo y flujo oportuno de la información en el proceso de toma de decisiones en la respuesta a emergencias, entre otros factores.

Para más información contactar al Dr. Alejandro Santander a: [santanda@pan.ops.oms.org](mailto:santanda@pan.ops.oms.org).

## Nueva edición del curso de Planeamiento Hospitalario



En 2009 la OPS/OMS emprendió la actualización del curso de Planeamiento Hospitalario para la Respuesta a Desastres con la participación y la colaboración de un grupo de profesionales de Centro y Suramérica. La revisión ha permitido poner al día este material en varios aspectos esenciales como: la pandemia de influenza, cambio climático, nuevos conceptos de hospital seguro y el nuevo Índice de Seguridad Hospitalaria. Además, permitió revisar la secuencia y los contenidos del curso para garantizar que los participantes logren elaborar un modelo práctico de plan hospitalario para emergencias, que sigue siendo su principal objetivo.

Como parte del proceso de desarrollo del material, se hizo un análisis de las experiencias a nivel regional y se encargó al equipo de Gestión de Riesgo de la Caja Costarricense de Seguro Social la elaboración del primer borrador, que fue revisado en un taller en Nicaragua, donde expertos de Centro y Suramérica analizaron los contenidos y la metodología propuesta para su nueva versión. Finalmente, se probó el material en Alta Verapaz (Hospital de Cobán), Guatemala, donde salieron nuevas recomendaciones para consolidar la versión final de la herramienta. Para mayor información visite [www.planeamientohospitalario.info](http://www.planeamientohospitalario.info).

## La Entrevista

(viene de la pág. 1)

Al movilizar recursos conjuntamente se ha podido recoger más de 800 millones de dólares. Claro, que se pudo haber hecho mejor, siempre hay campo para mejorar. Después de haber pasado las primeras siete semanas en Puerto Príncipe, mi opinión es que los miembros de esta comunidad de actores humanitarios internacionales hicieron lo que se esperaba de ellos.

Es cierto que gran parte de los organismos humanitarios internacionales hicieron una buena labor, pero no fuimos muy buenos en comunicarlo al exterior, así como no fuimos muy buenos en nuestra relación con los medios de prensa para explicar lo que se hacía. El resultado fue que mientras se salvaban vidas, se distribuían toneladas de alimentos o materiales para albergar a las familias, una gran parte de los medios de comunicaciones internacionales decía que en Haití no se hacía nada.

Finalmente, uno de los aspectos que podemos mejorar es la función de coordinación sectorial e intersectorial. No se trata solamente de enviar una persona que facilitará la coordinación en su sector específico, se trata de una serie de funciones que van desde organizar reuniones, escribir informes, facilitar la coordinación, asegurar la integración de las autoridades nacionales y los recursos para tal integración. También tenemos que reflexionar sobre la coordinación general, los productos que se deben generar para que en el terreno se tengan los instrumentos adecuados para orientar a los tomadores de decisiones.

**2. En ese contexto de Haití, ¿cómo ve usted la capacidad actual de las agencias humanitarias para atender este tipo de desastres?**

Los especialistas dicen que hay que invertir en prevenir los desastres y no en responder. Me parece que se debe tener un enfoque incluyente (prevenir y responder) y no excluyente (prevenir o responder). Es indispensable que haya fondos para las fases de recuperación y de prevención pero también para las fases de preparación y de respuesta.

La capacidad de las agencias humanitarias en Haití depende de esta complementariedad entre las diferentes fases. Si no se invierte lo necesario en proyectos adecuados en la fase de recuperación, eso tendrá consecuencias negativas en la prevención y finalmente en la vulnerabilidad ante eventos futuros. En el caso de Haití, aun si se invirtiera lo suficiente, ¿cuántos años serán necesarios para volver al nivel cero, en el que se encontraba el país unos segundos antes del terremoto del 12 de enero? La capacidad de los donantes a seguir acompañando en los próximos años a los actores humanitarios nacionales e internacionales en las fases de preparación y de respuesta así como en la fase de recuperación y de prevención será fundamental para la población haitiana.



Sr. Gerard Gómez

**3. Hay donantes internacionales que están haciendo un llamado para revisar la reforma humanitaria, ¿opina que es necesario?, ¿en qué elementos habría que poner más atención para generar cambios?**

Yo no hablaría de revisar sino de ajustar. Proponer una evaluación y un análisis de los aportes de la reforma humanitaria me parece un ejercicio sano. Sin embargo, y relacionado con unos comentarios anteriores, los actores involucrados en la acción humanitaria van mas allá de los únicos representados al nivel del Comité Interagencial Permanente. ¿Cuál hubiera sido el nivel de respuesta en Haití si no se hubiera instalado este sistema de coordinación entre sectores? Probablemente hubiera sido imposible alcanzar lo que se pudo hacer.

La experiencia de Haití demostró de manera muy clara que gran parte de la asistencia bilateral se hizo sin ningún esfuerzo de coordinación. La capacidad reducida del estado haitiano de co-

ordinar la ayuda internacional era tan obvia que justamente pidieron asistencia para hacerlo; sin embargo, la ayuda bilateral utilizó el pretexto de coordinación directa con el gobierno para justificar su no participación en los mecanismos de coordinación de la ayuda internacional.

Debemos reconocer la actitud de las grandes ONG internacionales durante la crisis de Haití. No quiero citarlas por temor de olvidar alguna, pero todos sabemos de quiénes estamos hablando. Participaron en los mecanismos de coordinación, fueron muy activos en llamarnos la atención sobre temas de importancia y nos comunicaron de manera muy transparente la información de sus operaciones. Sin embargo, esas organizaciones no llegaban al 10% de las 900 organizaciones no gubernamentales que llegaron a Haití.

**4. La participación en una emergencia como Haití supone una experiencia y un desafío personal enorme, ¿Qué valora más de la misma, o en qué le afectó más intensamente?**

La destrucción de las oficinas y las instrucciones de no habitar una estructura de concreto provocaron problemas de organización tales como: dónde reunirse, cómo obtener una conexión de internet, cómo tomar una ducha, dónde dormir o cómo organizar una evaluación. Además, de esas dos crisis; la emocional y la de organización teníamos que manejar una crisis humanitaria de enorme magnitud. Y encima de todo, estaban las críticas y las acusaciones a través de los medios de comunicación de que no se hacía nada, que no había coordinación.

El principal desafío para mí fue el intentar guardar suficiente objetividad y claridad en mis funciones, a pesar de las condiciones psicológicas en que trabajaba. Tener en mente a esas familias, esos niños y niñas que vivían en las calles y que necesitaban de manera desesperada nuestra ayuda.

Los desastres de esta magnitud nos ponen en situaciones extremas, al borde de nuestros límites. Tengo que admitir que fue una sensación muy extraña, la de sentirse en el centro de las críticas cuando, precisamente, éramos del grupo que intentaban remediar las consecuencias de los errores pasados. Después de más de 20 años dedicados a la respuesta a emergencias, esta crisis de Haití ha reforzado en mí la convicción de la necesidad de tener un código de conducta. Los que quieren ser parte de la acción humanitaria deben también suscribirse a una ética humanitaria, en la cual la solidaridad hacia las poblaciones afectadas pone de lado el protagonismo y privilegia la acción concertada y coordinada.

Lea la entrevista completa en [www.paho.org/desastres/boletin](http://www.paho.org/desastres/boletin).

## Perfil

El Sr. Gerard Gómez inició su carrera en las Naciones Unidas en el 2002 como asesor regional en respuesta a desastre, posteriormente fue nombrado jefe de la oficina regional de OCHA para la región de América Latina y el Caribe.

Entre otras cosas, ha apoyado la elaboración de planes de contingencia para la preparación en emergencia en la región y ha participado activamente como miembro del equipo UNDAC.

Previo a su trabajo con Naciones Unidas trabajó en Médicos Sin Fronteras durante 13 años.

## Desarrollando ciudades resilientes, tema de la campaña mundial 2010 - 2011



La Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres (EIRD) ha lanzado el sitio en internet de la campaña mundial para la reducción de desastres 2010-2011: “Desarrollando ciudades resilientes: mi ciudad se está preparando” y la iniciativa: “un millón de escuelas y hospitales seguros”. Al sitio puede accederse desde la página [www.eird.org](http://www.eird.org).

La campaña está basada en las dos anteriores, las cuales se centraron en la reducción de desastres en las escuelas (2006-2007) y hospitales seguros (2008-2009). El objetivo es sensibilizar a los dirigentes de las ciudades y a los gobiernos locales para que se comprometan a cumplir con una lista de 10 aspectos básicos para el desarrollo de ciudades resilientes.

En el marco de esta campaña, también se ha lanzado la iniciativa para lograr tener un millón de escuelas y hospitales seguros a nivel global. La información para participar de esta iniciativa está disponible en: [www.eird.org/escuelas-hospitales](http://www.eird.org/escuelas-hospitales). La intención es estimular la participación de escuelas, hospitales, individuos, familias, comunidades, organizaciones, negocios y cualquier organización que pueda comprometerse con una escuela o un hospital para que sean más seguros.

La OPS/OMS se ha comprometido a apoyar la nueva campaña, que se presentó el 29 de mayo en Lima, Perú. Por tanto, la organización reiteró su compromiso de promoción y colaboración con los gobiernos, profesionales de salud y otros socios en sus estados miembros con el fin de asegurar los preparativos y la seguridad estructural y funcional de los centros sanitarios, de modo que puedan seguir funcionando y prestando atención a la población afectada por emergencias.

Para mayor información sobre la campaña escribir a [eird@eird.org](mailto:eird@eird.org)

## La Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU fortalece sus recursos de información sobre salud y gestión de emergencias y desastres

La Biblioteca Nacional de Medicina del Instituto Nacional de Salud Pública de Estados Unidos reconoce la importancia de mejorar la gestión de la información y el acceso a recursos de información sobre salud y desastres para ayudar a los esfuerzos nacionales de gestión de emergencias y desastres. La creación, en 2008, del Centro de Gestión de Información e Investigación sobre Desastres (DIMRC, por sus siglas en inglés) refleja el fuerte compromiso con ese objetivo.

Gracias a ese trabajo, se han realizado avances significativos en la recopilación y difusión de información sobre la salud en desastres, haciéndola más accesible a los profesionales de la salud, al personal de primera respuesta y al público.

Para el periodo 2010-2012 el DIMRC planea mejorar sus recursos y ampliar su trabajo referente a la medicina en desastres y al manejo de emergencias, con el fin de desarrollar nuevos recursos para satisfacer las necesidades de información.

Las actividades futuras incluyen desarrollo de recursos en línea para la difusión de literatura de desastres en salud, programas de estudios y certificación, desarrollo de nuevas herramientas para responder a amenazas químicas, biológicas, radiológicas o nucleares, investigaciones sobre cómo mejorar los sistemas de comunicación de los hospitales durante eventos masivos y promover la colaboración con hospitales y bibliotecas.

El sitio *web* del Centro de Investigación y Manejo de la Información proporciona información sobre salud y desastres que incluye:

- Herramientas para la respuesta a emergencias:**
  - Manejo médico de eventos radiactivos: es una guía para los profesionales de salud para diagnóstico clínico y el tratamiento de víctimas en masa de eventos radiológicos/nucleares.
  - WISER (Sistema inalámbrico de información para equipos de respuesta a emergencias) es un sistema para ayudar a los equipos de respuesta a emergencia a identificar y responder a incidentes con materiales peligrosos. Contiene información sobre más de 400 agentes químicos, biológicos y radiológicos.
- Literatura sobre medicina y salud pública**
  - PubMed: Base de datos que contiene referencias sobre desastres/emergencias, preparativos y respuesta, incluyendo desastres naturales, bioterrorismo, terrorismo químico e influenza pandémica.
  - PubMed Central: Incluye archivos de miles de artículos gratuitos sobre desastres, preparativos y respuesta a emergencias.
  - Guía de recursos para preparativos en salud pública: ofrece acceso a recursos, en línea y sin costos, en materia de preparación de salud pública, incluidas pautas de expertos, hojas de datos, sitios *web*, informes técnicos, artículos y otras herramientas orientadas a la ‘comunidad de salud pública’.
- TOXNET:** Red de información sobre toxicología: Más de 14 bases de datos disponibles sobre toxicología y sustancias químicas tóxicas.

Para mayor información, le recomendamos visitar: <http://disasterinfo.nlm.nih.gov>.

## UNASUR aborda el tema de preparativos para desastres en el sector salud

El Consejo de Ministros de Salud de América del Sur sostuvo su segunda reunión ordinaria entre los días 29 y 30 de abril de 2010 en la ciudad de Cuenca, Ecuador. La reunión fue un encuentro de intercambio de experiencias y de proposiciones hacia la integración de los países de la subregión. Varias fueron las resoluciones aprobadas en diferentes materias, todas concernientes a temas de importancia como el mal de Chagas, la vacunación contra la influenza H1N1 de 2009, dengue y emergencias y desastres.

Así, se aprobó la resolución 01 de 2010, en la cual se decidió ayudar a Haití tras el terremoto de enero. Uno de los compromisos establecidos es el desarrollo de un plan de ayuda, concertado con el país caribeño y que incluya varias áreas de trabajo. Este plan surgió luego de la reunión realizada en Nueva York en marzo, en la que participó la co-

munidad internacional y en la que se definieron líneas de acción para reconstruir Haití.

En la reunión de Ecuador también se aprobó el plan de Acción 2010 – 2015 que plantea, entre otros temas, el desarrollo del tema de emergencias y desastres, a raíz de los terremotos en Haití y Chile y la pandemia de influenza en 2009. Estos eventos demostraron la necesidad de fortalecer los preparativos del sector salud, coordinación en la respuesta y los mecanismos de la asistencia internacional.

Finalmente, se acordó desarrollar una red de las oficinas de emergencias y desastres, la cual busca la integración a partir de los grupos ya existentes en la región andina y el MERCOSUR.

Si desea obtener más detalles sobre este tema escriba a: [cgarzon@ecu.ops-oms.org](mailto:cgarzon@ecu.ops-oms.org).

## Índice de seguridad hospitalaria para instalaciones menores

Partiendo de la experiencia adquirida con el Índice de seguridad hospitalaria (ISH), la OPS/OMS ha producido una nueva herramienta para evaluar instalaciones de salud de menor nivel de complejidad como hospitales de atención primaria –que atienden algunas especialidades básicas (ginecoobstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general)– con menos de 20 camas o sin servicios de hospitalización, centros de salud, policlínicos, clínicas, etc.

Esta guía –que expone los riesgos que con mayor frecuencia se presentan en establecimientos de salud de mediana y baja complejidad– está diseñada para establecer la capacidad de la instalación de continuar prestando servicios después de ocurrido un evento adverso –identificando las principales vulnerabilidades de la edificación: estructurales, no estructurales y funcionales– y orientar algunas acciones de intervención necesarias para aumentar su seguridad frente a desastres. Ha sido preparada para la realidad de Latinoamérica, por lo que se sugiere al usuario rescatar y adecuar su contenido de acuerdo con el contexto de su país.

Está estructurada siguiendo el mismo esquema que su hermano mayor, el ISH:

**1. Aspectos relacionados con la ubicación geográfica.** Permite la caracterización rápida de las



amenazas a las que se encuentra expuesto el establecimiento de salud, incluyendo el sitio y tipo de terreno donde está edificado.

**2. Aspectos estructurales.** Describe aspectos para determinar la seguridad del establecimiento en función del tipo de estructura, materiales y antecedentes de exposición a amenazas naturales o de otro tipo.

**3. Aspectos no estructurales.** Facilita el análisis de la seguridad de los elementos no estructurales de una instalación de salud, incluyendo líneas vitales, equipamiento, elementos arquitectónicos, vías de acceso y las circulaciones internas y externas del establecimiento, entre otros.

**4. Aspectos funcionales.** Brinda elementos para evaluar el nivel de organización de la institución, la implementación de planes y programas de preparativos para la respuesta ante situaciones adversas, la disponibilidad de recursos y el grado de capacitación de su personal, sin pasar por alto los servicios prioritarios para su funcionamiento.

Con la información aquí proporcionada, las autoridades de la institución pueden elaborar una estrategia de intervención, en la que se prioricen las acciones por desarrollar de acuerdo con su importancia, tiempo y recursos disponibles. Casi siempre, la primera respuesta ante un desastre se da a nivel local, por tanto, esperamos que esta nueva herramienta contribuya a mejorar la seguridad y la capacidad de operación de estas instalaciones menores que cumplen un rol esencial en casos de emergencias y desastres.

Para conocer más detalles, puede escribir a Alejandro Santander: [santanda@pan.ops.oms.org](mailto:santanda@pan.ops.oms.org).

## Herramienta de autoevaluación para la reducción de riesgos en el sector salud

Los coordinadores de desastres del sector salud del Caribe, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, decidieron, en 2008, desarrollar una encuesta de autoevaluación que sirviera para medir los aspectos claves de la gestión del riesgo de desastres: la mitigación y la preparación.

Un año después, con el apoyo de la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional, se presentó la “herramienta de autoevaluación del sector salud para la reducción de riesgo”. No se trata de una evaluación externa elaborada a partir de información y datos cualitativos y cuantitativos disponibles o generados por el sector salud. La herramienta de autoevaluación es de uso interno del sector salud y ayuda a determinar las prioridades en la reducción de riesgo o de los programas de desastres. También puede aplicarse regularmente para medir los cambios (o falta de éstos) en el tiempo.

La herramienta fue construida para determinar, en primer lugar, los componentes de mitigación y preparación desde el punto de vista del sector salud, así como sus elementos principales y secundarios.

Los elementos secundarios lideran la selección de los elementos cuantitativos y cualitativos, los

cuales aportan una descripción comprensible del estado o nivel de los elementos de mitigación y preparativos. A su vez, los datos de los indicadores generan las preguntas de la encuesta para la reducción de riesgo del sector salud.

### Elementos de mitigación:

- **Identificación del riesgo:** Los elementos básicos son: amenazas, vulnerabilidad y evaluación de riesgo. Estas evaluaciones son específicas del sector salud en su conjunto; pero también de instalaciones individuales opuestas a las evaluaciones conducidas por la oficina nacional de desastre. La evaluación depende de la información y de los conocimientos generados por la oficina.
- **Medidas de mitigación suaves:** Apunta a los elementos de ordenamiento del territorio y los códigos de construcción. Los sub-elementos de cada uno son las normas nacionales y su aplicación dentro del sector salud.
- **Medidas de mitigación duras:** Están enfocadas a las nuevas y viejas instalaciones. Sus subelementos son los procesos de planificación que lleva a la construcción de nuevas instalaciones del sector

salud, así como la adaptación y aplicación de las actividades del programa hospital seguro.

### Elementos de preparativos

- **Governanza en el manejo de la reducción del riesgo:** Hace énfasis en elementos del poder legislativo, políticas, marcos legales que rigen la reducción de riesgo en el sector salud.
- **Planificación:** Puntualiza en los planes nacionales del sector salud a nivel nacional e institucional.
- **Recursos:** Sus elementos claves son los recursos materiales y humanos y su disponibilidad para dirigir el programa de reducción de riesgos.
- **Concienciación del público:** Mide aspectos relacionados al nivel de concientización del público antes y después de un evento de reducción de riesgo relacionado a la salud pública.

La herramienta fue puesta a prueba en Trinidad y Tabago, Surinam y Saint Kitts y Nevis. Se espera que durante el primer semestre de 2010 se lance en otros tres países del Caribe.

Para más información contactar a Nicole Wynnter a: [wynnter@pcp.paho.org](mailto:wynnter@pcp.paho.org).

## El “cluster” de salud en Haití, sus aciertos y dificultades



Foto: Victor Arizcano OPS/OMS

La reforma humanitaria de las Naciones Unidas incluyó la introducción del enfoque de los “cluster” o grupos sectoriales, formados por un grupo de agencias y organizaciones humanitarias que trabajan en conjunto para lograr una respuesta más coordinada, más eficiente y más apropiada para el país afectado. La asistencia es organizada por áreas o sectores, los cuales están liderados por una agencia, siempre en colaboración con las autoridades del país. El objetivo del *cluster* es fortalecer, nunca reemplazar, los mecanismos de coordinación existentes en el sector. La coordinación del *cluster* del sector salud es responsabilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el terremoto de Haití, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), oficina regional de la OMS, tuvo el liderazgo y la coordinación del *cluster* de salud. El *cluster* facilitó a las autoridades nacionales los mecanismos para la comunicación con la comunidad internacional; pero la información sobre la magnitud del evento y de las necesidades específicas fue lenta e inadecuada al inicio.

La respuesta de la comunidad internacional fue abrumadora y no hay duda de que esta ayuda fue bien intencionada y espontánea. La afluencia de asistencia significó un gran reto para el *cluster*. Las agencias humanitarias llegaron en diferentes etapas, diferentes tamaños, capacidad logística y financiera y con diferentes niveles de autosuficiencia.

Más de 390 actores del sector salud, incluyendo organizaciones no gubernamentales, internacionales y equipos bilaterales llegaron a Haití. A finales de marzo, había cerca de 553 agencias, la mayoría de ellas internacionales.

Hay que resaltar que las organizaciones presentes antes del terremoto sufrieron directamente el impacto del sismo, tanto en personas como en sus bienes. El personal local calificado era escaso y en gran medida ausente al estar personalmente afectado. Muchas de las nuevas organizaciones que llegaron al país después de la catástrofe estaban desorientadas, los miembros de algunas de ellas no hablan el idioma local, lo que dificultó su relación con las autoridades, los pacientes y las comunidades.

Con el fin de ser más efectivos en la respuesta se crearon subgrupos de trabajo en las siguientes áreas:

- Atención primaria y clínicas móviles: en marzo, unas 55 ONG manejaban 160 clínicas móviles.
- Hospitales y cuidados de traumas: a esa misma fecha habían disponibles 2.000 camas y 43 hospitales.
- Salud mental y apoyo psicosocial.
- Discapacidades: más de 20 organizaciones participan de este subgrupo liderado por Handicap International
- Suministros médicos
- Alerta temprana y enfermedades transmisibles.

Una de las primeras acciones del *cluster*, en coordinación con el gobierno, fue determinar la situación de las instituciones de salud. Esto incluía: si operaban o no, o si lo hacían parcialmente, identificar personal de salud disponible, si se recibía o no apoyo exterior e identificarlo. De esa forma, se determinarían las mayores brechas entre las necesidades y las capacidades y las prioridades de ayuda.

El *cluster* de salud jugó un papel fundamental en la coordinación. Muchas organizaciones querían ayudar, pero algunas no eran autónomas en asuntos como comida, bebida, techo, suministros o simplemente no encontraban socios con quién articularse. La capacidad de brindar orientación fue uno de los aciertos del *cluster* de salud.

El segundo acierto fue establecer, con éxito, la relación capacidades versus necesidades. Por ejemplo, el *cluster* fue capaz de poner en contacto un grupo de doctores de Bangladesh que llegó sin equipo con un grupo belga que salía de Haití dejando equipo en un hospital.

## PROMESS cumple un rol esencial en la provisión de medicamentos en Haití

El Programa de Medicamentos y Suministros Esenciales (PROMESS), administrado por la OPS/OMS, funciona en Haití desde 1992 y ha sido el centro del suministro de medicamentos y suministros médicos para todo el país. El terremoto de enero no afectó significativamente el almacén, se mantuvo funcionando y cumplió una de las tareas menos visibles pero más vitales para la asistencia humanitaria después del terremoto.

PROMESS se convirtió en, prácticamente, la única fuente de medicamentos en el país, registrando un aumento súbito en la demanda. El Ministro de Salud afirmó “sin PROMESS habríamos tenido una segunda catástrofe”.

Para satisfacer la enorme necesidad de salud las organizaciones de ayuda humanitaria y países donantes proporcionaron toneladas de productos farmacéuticos y no farmacéuticos a Haití. Organizar ese gran volumen de suministros fue un gran reto y PROMESS contó con el apoyo de varios países, como el gobierno de los Estados Unidos o de España.

Cuatro meses después del terremoto, PROMESS sigue fortaleciéndose como el proveedor central de medicamentos y suministros médicos para Haití. Es además el depósito central de vacunas y colabora con UNICEF y el UNFPA para almacenar y distribuir los suministros y dispositivos para sus programas prioritarios de salud. Todas las

donaciones internacionales recibidas por PROMESS son distribuidas sin costo alguno a los establecimientos de salud pública, centros de salud y servicios provisionales de salud que no dependen de organizaciones no gubernamentales internacionales y están acreditados por el Ministerio de Salud de Haití.

En el nuevo sitio *web* de PROMESS se pueden ver los procedimientos para adquirir medicamentos y otras informaciones de gran utilidad: [www.paho.org/promess](http://www.paho.org/promess).



Foto: Victor Arizcano OPS/OMS

Se identificó la carencia de recursos humanos capacitados y se abogó para que las agencias construyeran capacidad local ejecutando acciones no solo para los haitianos sino con los haitianos.

Una de las mayores debilidades que enfrentó el *cluster* fue la gestión de la información, para orientar y facilitar las decisiones. Por ejemplo, la información era necesaria para saber cuáles eran las enfermedades más frecuentes, si estas tendían a aumentar o a disminuir, si aparecían enfermedades de potencial epidémico y de riesgo para la salud pública, si las estructuras locales estaban operando o si lo hacían parcialmente, etc.

Ahora que la fase aguda de la crisis ha pasado y se ha dado paso a la recuperación temprana es importante que Haití avance de manera sostenible. Y esto solo se logrará si se fortalecen las instituciones nacionales con el apoyo de las ONG y demás organizaciones que trabajan o tienen previsto trabajar en Haití por un periodo largo de tiempo. En estos momentos, el país no necesita las visitas cortas de organizaciones de salud, excepto en especialidades muy concretas y cuando se solicite.

Hay algunas lecciones que debe aprender la comunidad internacional sobre este desastre:

- Es importante que los individuos dispuestos a prestar asistencia a un país afectado por un desastre comprendan que hay que viajar con el apoyo institucional de una organización.
- La única forma de ser parte de la solución es ser autosuficiente. Al llegar a un lugar devastado por un desastre todo se convierte en un problema: alojamiento, logística, agua, comida, transporte, comunicaciones, etc.
- Es importante involucrar a la comunidad y a los profesionales locales. La población local es la que ofrece la primera ayuda. Hay que involucrar y trabajar con los médicos locales, las enfermeras, las autoridades de salud para lograr resultados.
- Es importante tener dominio del idioma local, ir donde se encuentran los desplazados y las verdaderas necesidades, lo que implica salir de las capitales.

En resumen, la catástrofe de Haití reforzó la importancia de una coordinación eficiente en salud para apoyar a un gobierno desbordado completamente por un desastre. Pero el manejo del *cluster* de salud en situaciones similares requiere de un equipo formado de diversas disciplinas (logística, tecnología de la información y comunicación) que apoyen las labores de coordinación e información, pero que al mismo tiempo sea independiente de las actividades diarias de la oficina nacional de la OPS/OMS.

Para mayor información contactar a Dana Van Alphen a: [vanalphd@pan.ops-oms.org](mailto:vanalphd@pan.ops-oms.org).

## Terremoto en Chile demuestra beneficios de la preparación para enfrentar desastres

El terremoto de 8,8 grados en la escala de Richter del 28 de febrero, que dejó a unas 521 personas muertas y 56 desaparecidos, afectó a seis de las 13 regiones de Chile, en las que vive el 80% de la población del país. En estas mismas regiones se encuentra el 77% del total de camas hospitalarias (20.950 de 27.336).

A dos meses del evento, las autoridades confirmaron que el terremoto y el maremoto que le siguió afectaron a 2 millones de personas; se dañaron o se destruyeron definitivamente 370.000 viviendas, 73 hospitales, 4.012 escuelas, las cuales representan casi la mitad de las escuelas de las zonas afectadas: El costo estimado de los daños es cercano a los US\$30.000 millones, equivalentes a un 17% del Producto Interno Bruto del país.

El Plan de Reconstrucción anunciado por el gobierno incluye diversas medidas, entre las cuales se destaca la reposición de 79 hospitales y más de 150 consultorios.

### La respuesta de salud fue rápida y eficiente

La red de servicios de salud fue severamente afectada, especialmente en las regiones de Maule y Bio Bio. Se perdieron más de 4.000 camas hospitalarias en todo el país, pero el Ministerio de Salud logró en muy pocos días restablecer los servicios de salud y atender la demanda por medio de la instalación de hospitales de campaña (nacionales e internacionales) y la reubicación de servicios en instalaciones no dañadas.

Desde las primeras horas de ocurrido el terremoto, la OPS brindó su apoyo y su experiencia técnica a las autoridades de salud. La oficina nacional reorientó su función habitual para colaborar y asistir al Ministerio, de acuerdo a las necesidades y los requerimientos existentes.

En base a la rápida evaluación de daños y análisis de necesidades, la OPS/OMS movilizó recursos internacionales para mitigar los efectos en la salud pública y recuperar la capacidad de atención de los servicios de salud. Trascorridos tres meses del terremoto, el apoyo de OPS se ha concentrado en:

- Operación de servicios de salud, facilitando equipamiento como grupos electrógenos, diversos equipos médicos, de laboratorios clínicos y donación de medicamentos; pequeñas intervenciones para mejorar la operación de 10 hospitales; asesoría en la definición de las mejores opciones modulares para restablecer



Foto: OPS/OMS

temporalmente la capacitación hospitalaria. Igualmente, se ha apoyado la formación de evaluadores para realizar la evaluación de hospitales con el enfoque de hospital seguro.

- Apoyar al Ministerio de Salud en la evaluación de los daños estructurales y no estructurales de los hospitales con el fin de establecer las condiciones de habitabilidad de los mismos y brindar recomendaciones y sugerencias teniendo como base la estrategia de hospitales seguros.
- Facilitar la donación de vacunas (especialmente de hepatitis A y H1N1) y apoyando así campaña de inmunización en la zona de emergencia.
- Apoyar el desarrollo de una estrategia de comunicación para la promoción de la salud en las zonas afectadas.
- Reforzar la vigilancia epidemiológica, el control de enfermedades y las medidas de salud pública acerca del consumo del agua, alimentos y saneamiento ambiental.
- Poner ejecución de un plan de salud mental en las áreas afectadas por el desastre.

El terremoto de Chile ha recordado la importancia de desarrollar o actualizar los planes de emergencias y desastres del sector salud, tanto en el nivel regional como en el nivel nacional, y de la necesidad de mejorar la coordinación entre las instituciones que forman parte del sistema nacional de protección civil. Igualmente, plantea la oportunidad de aplicar las estrategias, los planes y las medidas de hospital seguro, para garantizar que las nuevas instalaciones de salud puedan seguir funcionando después del próximo desastre.

Para mayor información le sugerimos visitar: [www.paho.org/chi](http://www.paho.org/chi).

## La OPS prepara un plan de acción regional de hospitales seguros 2010-2015

El Consejo Directivo de la OPS (conformado por los Ministros de Salud de los Estados Miembros) ha aprobado varias resoluciones en los últimos años sobre hospitales seguros, exhortando a los países a adoptar políticas nacionales y elaborar planes de trabajo para alcanzar la meta de hospitales seguros para el 2015. Para lograrlo, se está elaborando un Plan de Acción Regional con amplia participación de los estados miembros para su discusión y aprobación en el 50° Consejo Directivo de la Organización, en setiembre de 2010.

El plan ha sido elaborado y discutido con la participación de expertos nacionales e internacionales de la Región y ha sido sometido a una consulta más amplia con los programas de desastres de los ministerios de salud.

Hay que recordar que el 67% de los establecimientos de salud de la Región están ubicados en zonas de riesgo de desastres. En promedio, un hospital que no funciona deja a unas 200.000 personas sin atención de salud y la pérdida de los servicios de urgencias durante los desastres disminuye considerablemente la posibilidad de salvar vidas.

Existe una creciente demanda pública para contar con hospitales seguros y una voluntad política cada vez mayor, expresada en la adopción de resoluciones, acuerdos y compromisos de ámbito global, regional y subregional. En el caso de Colombia, Ecuador, México y Perú, entre otros, la voluntad política se ha traducido en la creación e implementación de planes y programas nacionales de hospitales seguros. Pero debido al incremento de problemas de salud pública y a la reducción de recursos presupuestarios, la seguridad de hospitales tiene que competir con otras prioridades incluyendo la lucha contra la pobreza y la reducción de la desigualdad.

En varios países la responsabilidad de lograr la meta de hospitales seguros en 2015, es conducida

o compartida por los organismos nacionales multisectoriales de reducción de desastres, pero en la mayoría de los países la participación de otros sectores es aún muy limitada, lo que ha dificultado la incorporación de la iniciativa de hospitales seguros en acciones concretas de mediano o largo plazo.

Por otro lado, aunque se han dado avances en el desarrollo de legislación específica sobre el tema, la mayoría de los países aún carece de normas actualizadas, mecanismos de control y responsabilidad administrativa, que garanticen la seguridad y el funcionamiento continuo de los establecimientos de salud en casos de desastre.

Los resultados de la aplicación del índice de seguridad demuestran que sólo el 39% de los hospitales evaluados tienen alta probabilidad de seguir funcionando en casos de desastre y que el 15% de los hospitales requieren medidas urgentes de manera inmediata. La aplicación del índice de seguridad ha resultado beneficioso para el fortalecimiento de la red de servicios de salud, para la priorización de medidas de mejoramiento de la seguridad y para la elaboración de planes de respuesta a desastres del sector salud.

### Objetivo y líneas principales del plan de acción

El plan de acción está orientado a facilitar que los Estados Miembros adopten el lema de “hospitales seguros frente a desastres” como una política nacional de reducción de riesgos y a que logren la meta de que todos los hospitales nuevos se construyan con un nivel de protección que garantice mejorar su capacidad de seguir funcionando en las situaciones de desastre; y a que implanten medidas adecuadas de mitigación para reforzar los establecimientos de salud existentes, especialmente los que brindan atención primaria.

Las metas que se están proponiendo para 2015 tienen relación con estos puntos:



- Que los países establezcan un programa nacional de hospitales seguros.
- Que cuenten con un sistema de información sobre la construcción de nuevos hospitales o mejoramiento de los existentes.
- Que hayan establecido mecanismos de supervisión de las obras de construcción de hospitales y otras inversiones en establecimientos de salud.
- Que incorporen medidas que aseguran el funcionamiento de los establecimientos de salud en casos de desastre en todos los nuevos proyectos de inversión en salud.
- Que cuenten con normas actualizadas para el diseño, construcción y operación de nuevos establecimientos de salud seguros.
- Y que hayan mejorado la seguridad frente a desastres en los establecimientos de salud existentes.

En el próximo boletín ampliaremos esta información, pero si desea conocer más puede escribir al Dr. Ciro Ugarte, [ugarteci@paho.org](mailto:ugarteci@paho.org).

## Venezuela avanza en el camino para lograr hospitales seguros

Venezuela desarrolla una estrategia para fortalecer el tema de hospitales seguros, una acción concensuada con sus autoridades y una amplia participación de profesionales técnicos comprometidos con lograr una óptima respuesta de sus unidades de salud frente a los eventos adversos.

Mediante la estrategia se estableció, en 2009, un proceso de capacitación del Índice de seguridad hospitalaria para profesionales de varias ins-

tituciones y de unidades de salud de la ciudad de Caracas. Este grupo cuenta con los conocimientos suficientes para formar un equipo evaluador para aplicar la herramienta en los hospitales de la capital y del resto del país. Actualmente, se desarrollarán nuevos procesos de capacitación de más equipos para la aplicación de la herramienta y se gestiona en el Ministerio de Salud una resolución ministerial que aporte un marco legal para la promoción del tema de hospitales seguros.

El índice de seguridad hospitalaria ofrece un diagnóstico sobre la probabilidad de que las unidades de salud puedan seguir funcionando en sus mismas instalaciones y con sus propios recursos después de un desastre. Este diagnóstico permite desarrollar un plan de intervención para mejorar las condiciones del hospital para enfrentar eventos adversos.

Para más información sobre este proceso contactar a Xiomara Vidal en [vidalxio@ven.ops-oms.org](mailto:vidalxio@ven.ops-oms.org).

## Respuesta a los discapacitados tras el terremoto de Haití

Aleema Shivji\*

El terremoto del 12 de enero de 2010 en Haití dejó más de 300.000 personas lesionadas, muchas de ellas enfrentan una situación de incapacidad temporal o permanente. Si se toma en consideración las 800.000 personas con discapacidad que ya existían en el país antes del terremoto, este hecho se traduce en que un número significativo de la población está en una situación de extrema vulnerabilidad.

Las personas con discapacidad y otros grupos vulnerables han estado siempre entre las más afectadas durante y después de una emergencia. A menudo, son “invisibles” a organizaciones de ayuda y no tienen acceso a las actividades de socorro que se despliegan. Por tanto, estas personas enfrentan enormes retos y problemas de protección que afectan su capacidad de sobrevivir y de hacerle frente a las emergencias.

Tras la urgencia de prestar ayuda humanitaria en gran escala a la población haitiana, muchas personas vulnerables se vieron excluidas de labores de socorro. En ese sentido, la estrategia de Handicap International (HI) es de “doble vía”. Por un lado, se trató de proporcionar apoyo específico a las personas con lesiones y discapacidades y, por el otro, garantizar que este segmento de la población tuviera acceso equitativo a todos los servicios de asistencia humanitaria.

Las fracturas representaron el mayor número de lesiones graves producidas por el terremoto en Haití, le siguieron las amputaciones, lesiones de médula espinal, quemaduras y lesiones en la cabeza. Algunas personas con lesiones (amputaciones o afectación a médula espinal) sufrieron efectos discapacitantes inmediatamente y, por tanto, requirieron servicios y atención especializada para atenuar su discapacidad. La rehabilitación temprana puede prevenir las úlceras potencialmente peligrosas para la vida de una persona con lesión medular y puede garantizar que una persona con amputación tenga acceso a una prótesis.

En emergencias provocadas por terremotos, las personas heridas enfrentan un alto riesgo de quedar discapacitadas permanentemente como producto de las complicaciones relacionadas a heridas infectadas y fracturas mal tratadas. Esto puede incluir contracturas y parálisis debido a lesiones de los nervios o amputaciones secundarias. Para prevenir discapacidades, es importantísimo la rehabilitación inmediata. Hacer énfasis en el cuidado de las heridas menores y la higiene también es

esencial para prevenir infecciones.

Desde el 14 de enero, Handicap International y sus socios iniciaron la respuesta en Haití realizando una evaluación rápida de la situación y la prestación de ayuda a los hospitales y la comunidad.

En situaciones de emergencia, la estrategia de Handicap International incluye servicios especializados tales como rehabilitación y asistencia humanitaria, con el fin de garantizar la satisfacción de las necesidades específicas y fundamentales de las personas con lesiones y discapacidades y de la población vulnerable en general.

### Acción de Handicap International:

#### En hospitales:

- Equipos de fisioterapeutas haitianos y extranjeros, terapeutas ocupacionales, enfermeras y trabajadores comunitarios han proporcionado más de 11.000 sesiones de rehabilitación en 19 hospitales de la zona de Puerto Príncipe desde el terremoto.
- Se han distribuidos sillas de ruedas, colchones, andadores y muletas y se ha ofrecido sesiones de educación a familiares y cuidadores.
- Estas actividades se están ejecutando en colaboración con Christian Blind Mission (CMB) y una organización sin fines de lucro especializada en discapacidad.

#### Acciones en la comunidad:

- Se han establecido nueve estructuras temporales (antenas de handicap) a nivel comunitario para proporcionar información y servicios a personas con lesiones, discapacidades y a adultos (hasta la fecha, aproximadamente 4.000 personas se han beneficiado de los servicios ofrecidos y se han distribuido más de 1.000 dispositivos de ayuda).
- Las “antenas” garantizan la relación del

hospital con la comunidad. Los servicios incluyen: cuidado de heridas, rehabilitación, distribución de dispositivos de asistencia, apoyo psicosocial, alojamiento temporal, servicios de informa-

ción sobre la asistencia humanitaria, remisión a otros agentes de asistencia específica o general (cirugía, distribución de alimentos, etc.). Equipos móviles ofrecen servicios a domicilio para las personas que no pueden llegar a los lugares de las “antenas”.

- Las “antenas” se ejecutan en asociación con el Secretario de Estado de Haití para la Inclusión de Personas con Discapacidad y CBM.

#### Servicios de prótesis y ortopédicos:

- Handicap International, en conjunto con su socio Manos Curativas para Haití, ha abierto un centro de rehabilitación en Puerto Príncipe para la fabricación y el suministro de prótesis, aparatos ortopédicos y apoyo psicosocial y servicios relacionados.
- El centro proporciona prótesis a las personas con amputaciones, así como aparatos ortopédicos para las personas con lesiones de la médula espinal, las complicaciones de fracturas y para otras personas que requieren apoyo postural o férulas.
- El centro le da seguimiento 150 pacientes y se ha puesto como objetivo llegar a 450 pacientes a finales de julio.
- Además de lo arriba descrito, HI ha distribuido ayuda humanitaria (alimentos, vivienda temporal y artículos no alimentarios) con una estrategia adecuada para asegurar la inclusión de las personas vulnerables.
- Para promover una respuesta coordinada a las personas con lesiones y discapacidades se creó un grupo de trabajo en el marco del grupo de salud.

Es evidente que durante la fase de respuesta a una emergencia las acciones dirigidas a las personas con lesiones y discapacidades son absolutamente necesarias para prevenir o mitigar la discapacidad y garantizar el acceso a todos los programas de asistencia humanitaria.

La activación inmediata del equipo de rehabilitación en hospitales y comunidades puede tener un impacto muy fuerte en la prevención de la discapacidad en las personas heridas y es un componente esencial de la respuesta médica de emergencia.

Una respuesta coordinada es importante para maximizar los efectos de la rehabilitación y otros servicios para las personas con discapacidad y lesiones.

\* La autora es especialista en respuesta a emergencias de Handicap International.



Foto: Victor Arizumi, CPM/CBM



## Salud ambiental, de lo local a lo global

Ya está disponible la versión en español de la primera edición del libro *Salud Ambiental, de lo global a lo local*, publicación orientada a construir, sistematizar y difundir conocimientos, métodos y técnicas para la gestión ambiental.

El libro, una publicación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), toma en consideración las relaciones

del ambiente y del desarrollo económico, incluyendo temas de especial relevancia y actualidad como la justicia ambiental y la ética en salud ambiental.

Analiza además, la práctica de salud pública ambiental e incluye capítulos sobre evaluación y comunicación de riesgos, servicios de salud, reglamentos y recursos legales, desarrollo económico, urbanización y saneamiento.

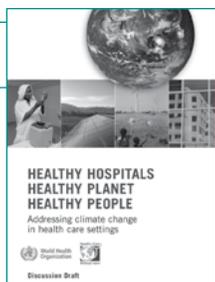
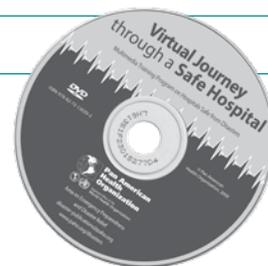
El Programa PALTEX de la OPS/OMS distribuirá el libro a todos los interesados de toda América Latina, [www.pahef.org/paltex](http://www.pahef.org/paltex).

## DVD sobre viaje virtual por un hospital seguro, ahora en inglés

El programa de capacitación multimedia: *Viaje virtual por un hospital seguro* ya está disponible en su versión en inglés. El programa combina vídeo, animación dúo y tridimensional, imágenes y sonido e incluye presentaciones y publicaciones técnicas para crear un ambiente de aprendizaje virtual sobre 'hospitales seguros'.

El viaje virtual está separado por módulos, los cuales pueden ser usados independientemente para explorar aspectos específicos del tema, o pueden ser

usados en secuencia para realizar una exploración total. El DVD del hospital virtual incluye una biblioteca para la consulta y descarga de material de apoyo—texto, vídeos, presentaciones en *PowerPoint*, etc. Para más detalles escribir a Ricardo Pérez a [perezric@pan.ops-oms](mailto:perezric@pan.ops-oms).



## Hospitales sanos, planeta sano, enfrentando el cambio climático

El cambio climático ya no es una amenaza futura sino una realidad, que ya está creando inquietudes, cambiando el entorno natural y humano y erosionando el equilibrio de los ecosistemas de nuestro planeta y las especies que de él dependen. El documento *Hospitales sanos, planeta sano, personas sanas, enfrentando el*

*cambio climático* está basado en el mandato de los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de desarrollar programas para que las instalaciones de salud contribuyan a reducir las emisiones de gases de efecto invernadero.

En el documento, aún en borrador, se identifican siete aspectos que hacen un hospital amigable con el medio ambiente. Además, plantea una serie de ejemplos, en todo el mundo, que demuestran que el sector salud ya empezado asumir el liderazgo en este tema.

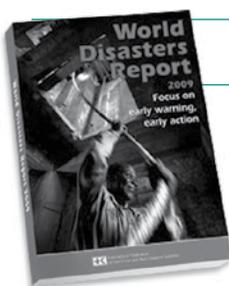
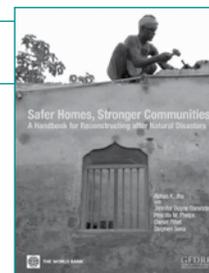
Este trabajo es el primer paso de un proyecto de la OMS en colaboración con Health Care Without Harm dirigido a abordar el impacto del sector salud en el cambio climático. El documento está disponible solamente en inglés y puede ser consultado en [www.who.int/globalchange/publications/healthcare\\_settings/en/index.html](http://www.who.int/globalchange/publications/healthcare_settings/en/index.html).

## Pautas para la reconstrucción efectiva después de un desastre

El Banco Mundial y el Fondo Mundial para la Reducción de los Desastres y la Recuperación han presentado el documento *Casas seguras, comunidades más fuertes. Manual para la reconstrucción después de desastres de origen natural* el cual ha sido desarrollado para ayudar en la toma de decisiones a los responsables políticos y administradores de proyectos de reconstrucción de viviendas y comunidades después de la ocurrencia de desastres de grandes magnitudes.

En el libro se plantea que la reconstrucción, después de un desastre, comienza con una serie de decisiones que deben hacerse de inmediato y puntualiza la importancia de establecer una política para orientar un proceso

efectivo. Una reconstrucción efectiva es posible solo después de que se han evaluado las alternativas, reunido con las partes interesadas y establecido las reglas para la reconstrucción. En ese sentido, el manual ofrece pautas sobre los aspectos que deben contener las políticas de reconstrucción así como los mecanismos para el manejo de la comunicación con socios y el mejoramiento y monitoreo de la implementación de las políticas. El manual puede ser consultado en [www.housingreconstruction.org/housing/toc](http://www.housingreconstruction.org/housing/toc).



## Informe mundial sobre desastres de la FICR

Los sistemas de alerta temprana salvan vidas y reducen pérdidas económicas a todo nivel, pero éstos aún no forman parte de la gestión de desastres y la reducción del riesgo a escala mundial, tal como se explica en el Informe Mundial sobre Desastres 2009 de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y Media Luna Roja (FICR).

El informe trata temas como: introducción a sistemas de alerta temprana de diferentes fenómenos naturales y acción temprana, sistemas de alerta temprana centrados, cambio climático e inseguridad alimentaria.

El documento está disponible en español e inglés y puede ser consultado en la página: [www.ifrc.org/sp/publicat/wdr2009/index.asp](http://www.ifrc.org/sp/publicat/wdr2009/index.asp).

## El terremoto en Haití, qué debemos aprender

(viene de la pág. 1)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) debe exigir que se realice una evaluación de vulnerabilidad estructural antes de rentar o adquirir nuevas instalaciones en el país. Las medidas de resiliencia para los nuevos anexos de la oficina de OPS/OMS en Haití demuestran sabiduría; sin embargo, los daños a los “puntos viejos” del edificio demuestran la necesidad de reforzar las instalaciones existentes.

### Sobre preparativos

Ningún país está completamente preparado para enfrentar un desastre de gran magnitud. La realidad siempre difiere de los escenarios y de los planes. Las catástrofes seguirán tomándonos por sorpresa; sin embargo, la capacitación y el planeamiento deberían ayudar a reducir la confusión y el caos. La utilidad y el alcance de la inversión internacional y, particularmente, de la OPS/OMS en preparar al sector salud requerirán de una evaluación cuidadosa y objetiva. La meta no debe ser la identificación de lo que salió mal, sino qué pudo haber resultado peor sin esa inversión. De nuevo, el tema de los preparativos es un asunto relativo.

Los preparativos del sector salud en el Caribe no pueden limitarse al nivel nacional, por el contrario, deben adquirir una dimensión regional en la medida en que los recursos de un país se saturan rápidamente en situaciones de desastres.

### Sobre la respuesta

En Haití, la respuesta médica inicial fue proporcionada por las agencias locales, la mayoría organizaciones no gubernamentales, las Fuerzas de Paz de la Naciones Unidas y el fuerte contingente de doctores cubanos. La ayuda externa adicional fue extraordinaria, pero se repitió la experiencia de otros grandes desastres: inevitablemente llegó tarde (el país responde con sus propios recursos los primeros 3 ó 4 días de la crisis), aún así, la ayuda externa se desarrolló con rapidez. No siempre cantidad y visibilidad corresponden a oportunidad y eficacia.

Coordinación e información son asuntos importantísimos, que no obtuvieron la atención requerida. En particular, el recurso humano de coordinación del *cluster* salud de la OPS/OMS no tenía la capacidad para coordinar y guiar a más de 300 actores del sector salud. Como de costumbre, la información sobre las necesidades insatisfechas y quién hacía qué en el sector salud fueron deficientes. Los tomadores de decisiones suelen olvidar que el manejo de desastres es, ante todo, un asunto de manejo de información. Envío de suministros y equipos sin los datos y consultas es una receta para el caos, un elemento natural de los mayores desastres.

Aunque se hizo mucho en poco tiempo, los medios se enfocaban en las brechas transmitiendo una fotografía oscura del desenvolvimiento internacional y contribuyendo a incrementar la ayuda inapropiada.

### *En gran parte, la demanda pública y la presión de los medios de comunicación por acciones rápidas y visibles no ayudaron a la reflexión y a la decisión basada en evidencia.*

Al igual que la respuesta del tsunami de 2004:

- La ayuda oficial bilateral fue generosa, operativamente efectiva y altamente capacitada en búsqueda, rescate y cuidado médico; pero su principal prioridad, como es comprensible, eran los nacionales desaparecidos o atrapados en hoteles, residencias u oficinas o que deseaban evacuar. La disponibilidad real de recursos externos para ayudar a los haitianos fue retrasada y limitada.
- La asistencia del Caribe fue coordinada por la Agencia Caribeña para el Manejo de Emergencias, a la que Haití se unió recientemente. La ayuda efectiva que incluía personal médico se proporcionó a través del *hub* de Jamaica. Rápidamente, la falta de logística y recursos financieros obstaculizaron lo que debió haber sido una respuesta masiva de países vecinos. Parte de la financiación asignada al apoyo logístico de los equipos bilaterales de países desarrollados pudo haber sido técnica y socialmente más efectiva, si se hubiera aplicado a la respuesta caribeña.
- Una encuesta realizada por Handicap Internacional muestra que las lesiones registradas en Haití fueron similares a las de otros terremotos, pero con una excepción: un número anormalmente elevado de amputaciones. Es prematuro determinar la causa de esta anomalía, pero uno se pregunta si los equipos extranjeros no familiarizados con la condición social a la que se enfrenta un amputado en un país pobre pudieron haber adoptado un enfoque más conservador. Entrevistas realizadas a equipos de emergencia, que han participado en otros desastres, revelaron que las amputaciones de campo son consideradas como una medida efectiva en condiciones extremas.
- Las evacuaciones médicas pueden ser una necesidad cuando las instalaciones locales son completamente inadecuadas. La respuesta en Haití sugiere que se careció de criterios médicos claros. El regreso a Haití de los pacientes estabilizados se ha convertido en un problema para los países que los acogieron. Además, las necesidades de cuidado a largo plazo no fueron consideradas al momento que las víctimas de lesiones de columna fueron arbitrariamente seleccionadas para la remisión. Es necesaria una estrategia que permita determinar quién se puede beneficiar más de una evacuación.

La OPS/OMS, en conjunto con sus Estados Miembros, ha elaborado una serie de directrices sobre los hospitales de campaña, manejo de cadáveres, donaciones, gestión logística, etc. Pero ¿qué tan realistas, eficaces y respetadas fueron esas directrices? En desastres severos y mediatizados, como el tsunami en Asia Suroriental o el terremoto de Pakistán, el cumplimiento fue pobre. Haití no fue la excepción: las directrices no parecen haber “guiado” la respuesta.

En gran parte, la demanda pública y la presión de los medios de comunicación por acciones rápidas y visibles no ayudaron a la reflexión y a la decisión basada en evidencia. Pero también hay situaciones extremas cuando el estricto cumplimiento de las directrices no es viable o contraproducente. Se debe llamar a la flexibilidad, pero sin pasar por alto los principios básicos de manejo de desastres.

### Conclusiones preliminares:

La experiencia y las lecciones de Haití son perecederas. La comunidad humanitaria tiene una memoria corta y una notable capacidad para repetir los errores. Si no hay una evaluación formal y difusión de esta experiencia, las pérdidas en Haití no ayudarán al resto de los países del Caribe a enfrentar mejor el próximo terremoto urbano masivo. Que este ocurrirá no es especulación sino una realidad. El lugar y las fechas son desconocidos. También es hora de que la OPS/OMS revise sus guías sobre el uso de hospitales de campaña extranjeros y el manejo de cadáveres para su aplicación más práctica en situaciones extremas.

A mayor exposición diaria de un país a emergencias y crisis, menor es la preparación a eventos catastróficos raros. Además de la corta memoria, los países ignoraron las alertas y las recomendaciones: en 1990, Haití organizó una conferencia sobre desastres de origen natural. Las recomendaciones para la acción fueron transmitidas al primer ministro de ese entonces. Solo en años recientes, la ayuda de donantes internacionales colocó la preparación y prevención en la lista de prioridades de las autoridades nacionales. ¡Demasiado tarde para que tuviera un impacto significativo en la actual tragedia! Este terremoto ha demostrado que la reducción del riesgo no es un lujo para los países pobres, es una condición crítica para emerger de la pobreza.

¡La respuesta sofisticada de salud siempre llegará tarde!. La respuesta de los países vecinos (en este caso el Caribe) debe ser priorizada, fortalecida y apoyada por los donantes. La Agencia de Salud Pública del Caribe contempla la preparación para emergencias de salud pública como una función básica. Si un terremoto no es una emergencia de salud pública ¿Qué es? La Agencia deberá desempeñar un papel principal en la prevención no solo de brotes sino de todo tipo de crisis sanitarias.



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

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

## El CRID lanza colección de catálogos de herramientas

Los catálogos recogen una selección de herramientas y recursos de información sobre preparativos para desastres sobre sistemas de alerta temprana (SAT), salud, educación y fortalecimiento de capacidades locales de respuesta.

Los documentos han sido distribuidos entre los diferentes actores y socios que trabajan en la reducción del riesgo de desastres en la región latinoamericana. Están disponibles en la página web del CRID: [www.crid.or.cr/dipecho/herramientas.shtml](http://www.crid.or.cr/dipecho/herramientas.shtml).

## Sitio de Internet sobre educación y gestión del riesgo ya está en línea

Producto de la colaboración entre UNICEF y un grupo de agencias y organizaciones que trabajan en el ámbito de la reducción del riesgo de desastres, el CRID acaba de publicar un portal especializado sobre educación y gestión del riesgo.

El portal forma parte de un esfuerzo para difundir conocimiento y experiencias sobre la educación y gestión del riesgo a través de documentos, materiales lúdicos, recursos multimedia, materiales divulgativos, herramientas, directorio de instituciones y galería de imágenes, entre otros recursos.

Está disponible en la siguiente dirección: <http://educacionygestiondelriesgo.crid.or.cr>.

## Otros recursos de información disponibles en el CRID

- *Public health risk assessment and interventions Earthquake: Haiti*. 2010. World Health Organization (WHO).
- *Health cluster guide: A practical guide for country-level implementation of the health cluster*. 2009. Inter-Agency Standing Committee (IASC); Global Health Cluster; World Health Organization. 2009.

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

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

### Editor

Desastres: Preparativos y Mitigación en las Américas  
Organización Panamericana de la Salud  
525 Twenty-third Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037, EUA  
Tel: 202-974-3527 • Fax: 202-775-4578  
E-mail: [disaster-newsletter@paho.org](mailto:disaster-newsletter@paho.org)  
[www.paho.org/disasters/](http://www.paho.org/disasters/)

Mayo 2010

Postage and Fees Paid  
PAHO  
Permit Number G-61

Disasters: 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