



Un **sector salud**  
mejor preparado y más  
seguro frente a desastres  
en las Américas

# Plan Estratégico 2008 - 2012

de la Organización Panamericana de la Salud



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

## ***PREFACIO***

*“Si haces algo por mi y no lo haces conmigo, lo haces contra mi”*. Esta cita de Jawaharlal Nehru describe acertadamente la filosofía de este plan estratégico elaborado por el Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre busca marcar una creciente diferencia mediante la ayuda que presta a los países en el continente americano y en otras regiones con el ánimo de reducir los riesgos del sector de la salud ante todo tipo de desastres y, en última instancia, disminuir la mortalidad y la morbilidad causadas por esos desastres, mientras contribuye, al mismo tiempo, a mejorar la salud de la población en el continente americano.

Han transcurrido más de 30 años desde que los Estados Miembros de la OPS/OMS solicitaran a la Organización apoyo para fortalecer su capacidad de responder a nivel nacional mediante el uso eficiente de los recursos existentes. En retrospectiva, no cabe duda de que el año 1976 marcó un hito definitivo cuando el Consejo Directivo adoptó la innovadora decisión de incluir el tema de respuesta a los desastres en los programas de salud. Con el transcurso de los años, se ha ampliado esta iniciativa para incluir actividades de preparativos, mitigación y reducción de riesgos.

Ahora, es común ver que los preparativos, mitigación y respuesta a los desastres, y la reducción del riesgo estén incluidos en los documentos de políticas y las decisiones tomadas por la OPS/OMS. En la Agenda de la Salud de las Américas claramente se indica que los desastres naturales y antrópicos son factores que limitan la consecución de las metas previstas en el sector de la salud; el plan estratégico para 2008-12 de la OPS/OMS indica un renovado nivel de compromiso por parte de la Organización a la reducción del riesgo a los desastres; y la reciente decisión adoptada por la Asamblea General de la OMS encaminada a incluir los preparativos para desastres como uno de los 16 objetivos estratégicos de la organización, junto con la decisión de elevar al departamento de Acción de Salud en Crisis a uno de los niveles administrativos más altos de la Organización—uno de los “Clusters”—confirma de manera fehaciente el enfoque progresista que adoptaran los países del continente americano hace más de tres decenios

Este ámbito de trabajo reviste, asimismo, vital importancia tanto para lograr avances en la agenda de salud en el continente americano como para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. No cabe duda de que cualquier acontecimiento de envergadura que afecte a uno de los países de la Región podría poner en entredicho las metas y objetivos de toda la organización. La reducción de riesgos asociados a los desastres no es más la preocupación de una sola entidad de la OPS, sino una prioridad institucional.

Dentro del contexto de esta Región, el siguiente Plan Estratégico para un sector de la salud mejor preparado y más seguro frente a desastres en las Américas establece una clara visión y fija nuestras prioridades para lograr la reducción de riesgos y la mitigación del impacto de los desastres en la salud y el bienestar de la población, es decir constituye un compromiso y una responsabilidad colectiva de la Organización Panamericana de la Salud.



Mirta Roses Periago  
Directora, Organización  
Panamericana de la Salud



Jean Luc Poncelet  
Gerente de Área, Preparativos para Situaciones  
de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre

## Índice

<b>1. ANTECEDENTES</b>	<b>1</b>
<b>2. ESTRATEGIA</b>	<b>3</b>
2.1 Visión	3
2.2 Nuestros objetivos estratégicos	3
2.3 ¿Cómo trabajaremos?	6
2.4 ¿Quiénes serán nuestros socios?	7
2.5 ¿Dónde trabajaremos?	9
2.6 ¿Quiénes son nuestros beneficiarios previstos?	9
<b>3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y DE LA VULNERABILIDAD</b>	<b>11</b>
3.1 Contexto en América Latina y el Caribe	11
3.2 Cambios en el perfil de amenazas y riesgos	14
3.3 Cambio climático	15
3.4 Reforma humanitaria internacional	15
3.5 Cambios en el perfil de los Estados Miembros	16
<b>4. LÍNEAS DE ACCIÓN ESTRATÉGICAS DEL ÁREA DE PREPARATIVOS     PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA Y SOCORRO EN CASOS DE DESASTRE</b>	<b>16</b>
4.1 Mejorar la capacidad de preparativos para desastres del sector de salud	16
4.2 Protección de los servicios de salud ante riesgos asociados a desastres	18
4.3 Apoyo a los países en la respuesta sanitaria a desastres	19
4.4 Intensificar las alianzas con socios nacionales, regionales y globales	21
4.5 Incorporación de la reducción del riesgos a los desastres en los programas de todos nuestros socios institucionales	23
<b>5. ESTRUCTURA Y GESTIÓN DEL PROGRAMA</b>	<b>24</b>
5.1 Compromiso institucional de la OPS con respecto a la reducción de riesgos asociados a los desastres	24

5.2 Personal y estructura del PED	25
5.3 Alianzas para preparativos en materia de salud	27
<b>6. MONITORIZACIÓN Y EVALUACIÓN</b>	<b>27</b>
6.1 Monitorización y evaluación interna por parte de la OPS	27
6.2 Monitorización y evaluación por parte de PED	28
6.3 Evaluaciones externas	29
<b>7. PREMISAS Y RIESGOS</b>	<b>29</b>
<b>ANEXO 1: ORGANIGRAMA OPS/PED</b>	<b>31</b>
<b>ANEXO 2: LISTA DE SIGLAS</b>	<b>32</b>

## 1. Antecedentes

In 1976, los Estados Miembros solicitaron a la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el establecimiento de un Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre (PED), a través del cual se pudiera ayudar a los países a fortalecer su capacidad de respuesta en situaciones de desastres naturales mediante el uso eficiente de los recursos existentes. En el transcurso de los últimos 30 años se ha ampliado el ámbito de esta iniciativa para incluir la reducción de riesgos y mejorar la capacidad del sector de salud para resistir a los desastres.

La OPS/OMS reconoce que la prevención de los desastres, la reducción del riesgo, los preparativos y la recuperación son actividades que forman parte de un ciclo continuo y, con frecuencia, estas fases se superponen. Es más, el único momento que está claramente definido en el tiempo es cuando ocurre un desastre, y la fase pasa claramente de los preparativos a la respuesta (y subsecuentemente recuperación).

Dentro de este marco, y como parte del ciclo de planificación actual, se ha extendido el rango de las actividades de cooperación técnica para incluir todas las amenazas. Como ejemplo, cabe citar el caso de intoxicación por metanol en Nicaragua (2006), las crisis multisectoriales producidas por el dengue hemorrágico y la fiebre amarilla en Paraguay (2006/2008), el desplazamiento de población en Colombia (en curso), los incidentes causados por disturbios civiles en Bolivia (2007) y las solicitudes de preparación ante las fases 5 y 6 de la pandemia de influenza. Estas cuestiones de salud están siendo incorporadas como importantes elementos en los programas nacionales públicos con carácter prioritario para muchos gobiernos.

Esta tendencia continuará, tal vez a ritmo más acelerado, a medida que aumenten las expectativas de la población con respecto a la aptitud que debieran tener los Estados para intervenir a raíz de todo tipo de desastres e incluso para prevenirlos. Esta realidad, aunada a la expectativa de la comunidad internacional de que los países cuenten con instituciones capaces de asumir todos los aspectos de la gestión de desastres, incluso aquellos de gran magnitud como el tsunami en Asia, requiere que la Organización se replantee el lugar que ocupa. Surgen nuevos desafíos, tales como el cambio climático, que exigirán una nueva evaluación de nuestra parte con respecto a los riesgos para la salud pública y los niveles de vulnerabilidad de las poblaciones de la Región en los próximos cinco años y más adelante.

Los países de América Latina y el Caribe han logrado considerables progresos en la reducción de las consecuencias sanitarias de grandes emergencias y desastres. Son numerosos los ministerios de salud que cuentan con unidades estables de preparativos y respuesta ante desastres o con oficinas cuya responsabilidad abarca todo tipo de desastres (múltiples amenazas) y, en la mayoría de casos, estas dependencias cuentan con sólido respaldo político. Suelen disponer de estructuras permanentes, dotación mínima de personal permanente con plena dedicación y un presupuesto definido (aunque insuficiente). Dentro

de la jerarquía del ministerio, gozan de acceso a las más altas instancias de decisión y no cabe duda de que tienen acercamientos con otros sectores.<sup>1</sup>

Aunque los preparativos para desastres a nivel nacional han tenido un avance positivo en el continente americano, nuestro trabajo ha tendido a avanzar aislado de otras iniciativas en las demás regiones del mundo. Los últimos cinco años han dejado patente una mayor participación de distintos agentes en los preparativos para desastres y la reducción de riesgos, de manera que no podemos permanecer como una “isla” separada del resto de la comunidad internacional que se ocupa de temas de salud. Se impone, pues, la necesidad de que, durante el siguiente periodo estratégico, la Organización tenga presente esta situación y examine de modo más sistemático las iniciativas que se emprenden en otros lugares del mundo. Al mismo tiempo, seguiremos concediendo atención a aquellos ámbitos nuevos e innovadores a través de los cuales esta Región y la Organización puedan aportar su contribución a los esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la reducción de riesgos en el sector de la salud.

Habida cuenta de la evolución en el contexto regional y a la luz de las enseñanzas extraídas de experiencias pasadas, este Plan Estratégico contempla dos vertientes de la gestión institucional de desastres. La primera de ellas está relacionada con aspectos relativos a la reducción de riesgos ante desastres,<sup>2</sup> y el desarrollo de la cooperación técnica, que atañen tanto a actividades cotidianas como a largo plazo. La segunda, se refiere a la respuesta humanitaria que ofrece nuestra cooperación técnica, que exige contar con mecanismos depurados, ágiles y flexibles para la ejecución de medidas a corto plazo, aunque sumamente eficaces. Reconocemos la necesidad de que la Organización emprenda ambas modalidades operativas de funcionamiento para cumplir con su mandato.

Este Plan Estratégico 2008-2012 del Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre coincide y guarda congruencia con el Plan Estratégico general de la OPS/OMS para 2008-2012 (que fuera aprobado por los Estados Miembros en octubre de 2007). El Plan Estratégico de la OPS/OMS denota un nivel de compromiso, si cabe, más intenso con respecto a la reducción de riesgos. Esta mayor dedicación institucional se debe, en parte, al establecimiento de un objetivo estratégico de alto nivel por parte de la OMS.<sup>3</sup> El compromiso así asumido habrá de transformarse ahora en la responsabilidad colectiva de múltiples divisiones técnicas y programas de las oficinas de país. Asimismo, hemos de centrar nuestra atención en los singulares desafíos y oportunidades de esta Región. Ello nos permite trascender un conjunto de objetivos establecidos y proseguir con el fortalecimiento de las capacidades nacionales, de conformidad con los compromisos asumidos y las solicitudes de los Estados Miembros en beneficio de las poblaciones más vulnerables.

El propósito del presente documento consiste en definir la estrategia institucional de la OPS/OMS en la prestación de servicios eficientes de cooperación técnica que permitan a

---

<sup>1</sup> Informe de progreso sobre los preparativos y la respuesta frente a los desastres sanitarios a nivel nacional y regional, sometido a consideración de la 47ª reunión del Comité Directivo, septiembre de 2006.

<sup>2</sup> La OPS, entiende la “reducción de riesgos ante desastres”, como las medidas encaminadas a la reducción de la amenaza y la vulnerabilidad, o de ambos aspectos. Ello abarca tanto la prevención como la mitigación. La “gestión de desastres”, contempla toda la gama de intervenciones: prevención, preparativos, mitigación, respuesta, recuperación y reconstrucción. Aunque no coincide totalmente con la definición de la EIRD, la OPS utiliza la expresión reducción de riesgos ante desastres en este sentido debido a las características de las personas e instituciones a las que presta servicios.

<sup>3</sup> Objetivo Estratégico 5: “Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico”, Plan Estratégico 2008-2012, octubre 2007.

los sectores de la salud de los países latinoamericanos y del Caribe reducir los riesgos, prepararse para hacer frente a los desastres y responder a los mismos, mientras, paralelamente, se forja un acervo de conocimientos y líneas de acción que beneficien al sector de la salud más allá de las fronteras del continente americano.

## **2. Estrategia**

### **2.1 Visión**

Siempre existirán fenómenos naturales y otros acontecimientos adversos debidos a la actividad humana, sin que podamos ser completamente capaces de prevenir que ocurran. No obstante, mucho se puede hacer para reducir los riesgos y mejorar los preparativos para desastres de manera que se limiten las repercusiones de éstos en la salud, en particular de las poblaciones más pobres y vulnerables. Asimismo, es nuestra función contribuir a que los Estados Miembros de la Organización estén lo mejor preparados que les sea posible, para responder a cualquier acontecimiento, ya se trate de una emergencia puntual y localizada, o de un desastre de gran magnitud que afecte a varios países. Por ende, nuestra visión a largo plazo para América Latina y el Caribe contempla un futuro donde exista capacidad nacional adecuada, y sostenida para reducir los riesgos ante desastres en el sector de la salud, de tal forma que se prevengan tanto los daños a la infraestructura, como la interrupción de servicios de salud y sea factible una respuesta oportuna y eficiente a los desastres.

Para hacer realidad esta visión, el Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre mantendrá sus actividades de cooperación en las esferas tradicionales de preparativos, mitigación y respuesta a los desastres que constituyen los pilares de nuestro Programa. Continuaremos emprendiendo toda actividad con el ánimo de brindar apoyo a los Estados Miembros y a sus sectores de salud. No obstante, con la evolución en el contexto humanitario internacional y en el entorno regional de operaciones, así como la evolución en los riesgos que antes se señalara, se requiere de nuevas iniciativas y modalidades de trabajo para enfrentarnos a los desafíos en este nuevo plan quinquenal.

### **2.2 Nuestros objetivos estratégicos**

#### **a. Mejorar la capacidad del sector de salud en los preparativos para desastres**

Nos empeñaremos en brindar apoyo a nuestros socios nacionales en el desarrollo de programas de desastres en el sector de la salud que estén adecuadamente elaborados, cuenten con liderazgo, credibilidad y autoridad coordinadora en el ámbito nacional, y que alienten la participación y el compromiso de una diversidad de socios, tales como las ONG y el sector privado.

Con este propósito, continuaremos desplegando esfuerzos para fortalecer los preparativos nacionales a través de un amplio abanico de intervenciones y enfoques que incluyen: la abogacía, el apoyo técnico para que se mejore y se actualicen las políticas y legislaciones específicas de este sector; la formación continua de personal



tanto de nuevas organizaciones asociadas, como de los ministerios de salud; el suministro de información técnico-científica para ampliar los conocimientos en preparativos; el apoyo para mejorar planes y procedimientos; y el suministro de recursos humanos y financieros específicamente identificados para mejorar los preparativos para desastres y facilitar la creación de alianzas.

#### **b. Protección de los servicios de salud de los riesgos asociados a desastres**

Trabajaremos para mejorar la seguridad de los servicios de salud. Las medidas que se adopten en este sentido se orientarán a velar por la continuidad del funcionamiento de los servicios de salud durante y después de un evento específico; se buscará también mejorar la protección del personal, los equipos, la infraestructura y los bienes y recursos no estructurales ante los efectos de los desastres.

Es fundamental que los servicios, las edificaciones e instalaciones de salud estén mejor protegidos ante las amenazas locales más relevantes. Dentro de esta noción, nos referimos a toda la gama de servicios de salud, desde los grandes centros hospitalarios en zonas urbanas, hasta los pequeños dispensarios de salud que funcionan desde una habitación y prestan servicios a poblaciones rurales dispersas. Nuestro centro de atención será invariablemente la continuidad del servicio, incluso cuando ocurren brotes de enfermedades o epidemias, y no solo la infraestructura física. Brindaremos apoyo técnico especializado y elaboraremos nuevas herramientas para la evaluación de riesgos y para impartir mejor capacitación al personal. Asimismo, colaboraremos con nuestros principales socios en la Región para alentar una mayor inversión en actividades de mitigación. A nivel mundial, realizaremos dinámicos esfuerzos de cabildeo para promover la Campaña Mundial para la Reducción de Desastres “Hospitales Seguros frente a los Desastres”.

#### **c. Ayuda a los países en la respuesta sanitaria ante desastres**

Nuestra misión consiste en fortalecer la capacidad nacional para responder a todo tipo de emergencias y desastres que tienen consecuencias para la salud pública—sean estos naturales, antrópicos (incluyendo actos de terrorismo y/o conflicto) o tecnológicos. La OPS es una organización de desarrollo y no un organismo humanitario que distribuye suministros. No obstante, en caso de emergencia, hemos de estar listos para reaccionar con rapidez y con una visión interprogramática a través de procedimientos similares a los que aplican las organizaciones humanitarias.

Continuaremos brindando apoyo a los Estados Miembros para velar por que estén eficientemente preparados y listos como primera línea de respuesta en cualquier situación de emergencia. Asimismo, nos esforzaremos por mejorar nuestra propia preparación y disponibilidad para responder mediante la inversión en sistemas y capacidades que nos permitan adoptar medidas directas en situaciones en las que la capacidad nacional se ve abrumada. Velaremos porque la OPS/OMS sea capaz de asumir el liderazgo en materia de salud en el Hemisferio Occidental cuando se le solicite.

#### **d. Forjar relaciones más sólidas con nuestros socios nacionales, regionales y globales**

En el curso del último decenio, la intervención humanitaria a raíz de desastres se ha convertido en una industria en crecimiento, con la llegada de muchos nuevos actores y la renovada o fortalecida participación de quienes ya participaban en el sector. La época en la cual la OPS era la única organización internacional de salud presente en la Región después de un desastre es ya historia. Los Estados Miembros cuentan ahora con una mayor cantidad de socios en el sector de la salud y las organizaciones internacionales desarrollan constantemente nuevos enfoques e iniciativas. Hemos, pues, de desarrollar y profundizar nuestras alianzas, tanto en la Región como en el resto del mundo, no solo para enriquecernos con un aprendizaje más efectivo sino para contribuir con nuestra experiencia y enseñanzas de la Región.

Hoy, más que nunca, la OPS debe demostrar de manera fehaciente su valor añadido y demostrar apertura para ser parte de la red mundial de actores de múltiples sectores que intervienen en la gestión de riesgos ante desastres. Lo lograremos mediante la intensificación de nuestra colaboración con socios que trabajen dentro y fuera del sector de salud y el establecimiento de nuevos mecanismos de comunicación y redes de colaboración con los gobiernos, los donantes, los grupos de la sociedad civil y otras agencias del sistema de la ONU. Nos alejaremos de la prestación directa de servicios y nos encaminaremos más hacia una función de facilitación en apoyo de los Estados Miembros.

#### **e. Incorporación de la reducción de riesgos de salud en desastres, como un tema principal en los programas de todos nuestros socios institucionales**

Existe en la actualidad un creciente reconocimiento de que la reducción del riesgo a los desastres es un tema que afecta al desarrollo y no se le debe circunscribir al contexto de la respuesta humanitaria ante una emergencia. Para que nuestra labor tenga efectos auténticamente sustentables y de amplio alcance, hemos de abogar por la incorporación tanto en las actividades cotidianas de nuestra Organización como de nuestros socios, de elementos de reducción de riesgos relacionados con problemas de salud.

Nuestro enfoque para alcanzar este objetivo residirá en mejorar nuestras estrategias de comunicación interna y externa, y promover un lenguaje común y el uso de conceptos claros sobre la reducción de riesgos asociados a desastres, principalmente como un enfoque de desarrollo. Nos empeñaremos en situar la agenda relacionada con la reducción de riesgos ante desastres en el más alto nivel del Foro de Salud Pública y, con ese mismo fin, desarrollaremos capacidades técnicas y operativas en toda la OPS/OMS para brindar apoyo a los países en crisis. Aprovecharemos nuestra pericia técnica e influencia para incidir en el pensamiento de nuestros principales socios, tanto los ministerios de salud como otras instancias nacionales y regionales, de manera que se conceda mejor atención a la reducción de riesgos y asegurar que los principios y actividades de la reducción del riesgo formen parte y apoyen otras iniciativas de salud como atención primaria de salud, seguridad de los pacientes,

salud de los trabajadores y otros esfuerzos que contribuyan a los Objetivos de Desarrollo del Milenio.<sup>4</sup>

**f. Cambio de las actitudes y los comportamientos que son comunes durante emergencias y desastres**

Abundan las percepciones erróneas y la información inexacta cuando se habla del impacto a la salud pública y la gestión de la emergencia y situaciones de desastre, y estos han sido factores importantes que conllevan a acciones posdesastre ineficientes e inefectivas que toman tiempo, además de distraer recursos humanos y financieros de áreas donde más se les necesita.

En el pasado, la OPS/OMS ha trabajado para educar a los encargados de tomar decisiones y el público en general sobre lo qué es ayuda internacional de socorro en salud apropiada y lo qué no lo es, lo que involucra el manejo de los cadáveres, o cómo los desastres pueden afectar los patrones de las enfermedades transmisibles. Continuaremos trabajando con organismos y agencias, así como con los medios de comunicación, para reemplazar los mitos comunes que perduran con información de desastres fidedigna. Esperamos que si ayudamos a cambiar la manera en la que la gente reacciona a los desastres y su comportamiento durante los mismos, y mejoramos el entendimiento del público sobre el impacto para la salud de estos eventos, podamos contribuir a construir comunidades más seguras frente a los desastres.

### **2.3 ¿Cómo trabajaremos?**

Cada Estado Miembro tiene distintas necesidades y diferencias en cuanto a capacidades y el nivel de recursos disponibles para el sector de salud. Por consiguiente, cabe reconocer que no existe un esquema único de trabajo que se pueda aplicar en todos los contextos nacionales. Asimismo, hemos de colaborar con nuestros socios regionales e internacionales y, por ende, recurrir a otras modalidades de trabajo. Para satisfacer estas exigencias y lograr nuestros objetivos estratégicos, seleccionaremos acciones dentro de una gama de enfoques funcionales, que pueden agruparse en las siguientes categorías:

**a. Apoyo técnico:** gran parte de nuestra labor institucional fundamental está orientada a la formación y el fortalecimiento institucional de nuestros socios nacionales, con particular énfasis en los ministerios de salud. Si bien continuaremos apoyando a nuestros socios del sector público, existirá un creciente acercamiento a nuevos socios, incluyendo redes de la sociedad civil y el sector privado, a través de programas de apoyo técnico y servicios de asesoramiento.

**b. Abogacía (defensa de causas e intereses):** somos conscientes de que sería imposible lograr nuestros objetivos trabajando solos, en particular si éstos dependen de cambios en políticas, legislaciones y procesos de adopción de decisiones sobre inversiones. Por consiguiente, desplegaremos esfuerzos de cabildeo ante socios clave para el desarrollo, tales como las instituciones financieras internacionales, los

---

<sup>4</sup> Definitivamente, sería muy difícil, por no decir imposible, que cualquier iniciativa de salud importante alcanzara su meta en el caso que fuera considerablemente afectada por un desastre.

ministerios de planificación y finanzas, y otros, para promover la gestión de desastres a todo nivel.

**c. Gestión de información y conocimientos:** a la luz de muchos años de experiencia, sabemos que la información es una herramienta poderosa, de relativamente bajo costo e indispensable para la adopción de decisiones por parte de todos los interesados. Continuaremos con la conducción de ejercicios de lecciones aprendidas a raíz de los desastres, para aprender de ellos y compartir los resultados, y la producción de información fidedigna sobre asuntos de salud, tanto en situaciones de desarrollo como de emergencia. Continuaremos también estableciendo normas regionales de referencia a través de directrices y publicaciones, y concebiremos nuevos e innovadores mecanismos para la difusión de información mediante el adecuado uso de las tecnologías de información y comunicación.

**d. Facilitación y coordinación:** reconocemos la creciente importancia de la creación de alianzas en el sector de salud y la necesidad de una sólida coordinación, en particular en el dinámico contexto de la intervención humanitaria. Aprovecharemos nuestras amplias redes de colaboración y el acceso a importantes foros de decisión en la Región para contribuir a los esfuerzos de coordinación. Nuestra función principal en el grupo de Naciones Unidas (“Cluster”) sobre salud revestirá vital importancia en este esfuerzo.

**e. Medidas de acción directa:** en situaciones en las que exista necesidad de una acción directa (situaciones que exceden la capacidad local de respuesta), la OPS continuará prestando servicios sobre el terreno, tanto a través del personal regular que trabaja en la sede y en las oficinas subregionales, como de los equipos especializados de respuesta. Aunque nuestra intervención puede ser directa en esos casos, nuestra labor estará siempre orientada a apoyar a nuestros Estados Miembros y a las autoridades sanitarias competentes. Nos enfocaremos en los aspectos de la gestión de crisis para todo tipo de amenazas, mientras que los expertos de otras áreas de la Organización ayudarán con los aspectos técnicos.

## 2.4 ¿Quiénes serán nuestros socios?

El mandato fundamental de la OPS consiste en prestar apoyo y servicios en materia de salud a los Estados Miembros. A ese tenor, el Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre ha centrado tradicionalmente su atención en socios gubernamentales clave, en particular los ministerios de salud de la Región. Aunque este enfoque persistirá, en los próximos cinco años se buscará, además, ampliar el abanico de relaciones de asociación y colaboración de manera que se abarque una gama más amplia de participantes tanto dentro como fuera del sector de la salud, quienes, no obstante revisten vital importancia para la consecución de nuestros objetivos estratégicos.

### Socios en el sector de la salud

- **Oficinas de país de la OPS:** a través de nuestra red de puntos focales, así como por conducto de todos los departamentos técnicos pertinentes, tales como enfermedades transmisibles, servicios de salud y salud mental y del medio ambiente.

- **Ministerios de salud:** mediante el apoyo a los programas o unidades de gestión de desastres dentro de los ministerios, mientras que se realizan actividades de formación y apoyo técnico dirigidas a otros departamentos, tanto a nivel central como descentralizado, que se ocupen de los preparativos y la respuesta rápida, incluyendo a los puntos focales nacionales para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y otros expertos en temas específicos.
- **Redes de ONG y de la sociedad civil:** desplegaremos crecientes esfuerzos para entablar relaciones y prestar apoyo a organismos de la sociedad civil que realicen actividades en el sector de la salud, tanto a nivel nacional como regional.
- **Otros prestatarios de servicios de salud que compartan objetivos estratégicos en común:** instituciones de seguridad social, fuerzas de seguridad y prestatarios privados que, formal o informalmente, realicen actividades en todos los países; en algunos países existen normativas jurídicas para esta prestación de servicios. Hemos de trabajar con mayor ahínco para llegar a ellos y abogar por que redoblen esfuerzos para ocuparse de los riesgos asociados a los desastres, pues en muchos países son los principales prestatarios de atención de salud.
- **Organismos internacionales:** continuaremos nuestra colaboración con las organizaciones que desempeñan un papel importante en el sector de la salud, tales como la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, UNICEF y otros.

#### Otros socios

- **Ministerios de finanzas y planificación:** continuaremos las relaciones con los principales ministerios como parte de nuestros esfuerzos encaminados a lograr la incorporación de la gestión de riesgos en el quehacer cotidiano del gobierno, en particular en lo que se refiere a mejorar la inversión en medidas de mitigación.
- **Policía, defensa civil y fuerzas militares:** reconocemos la importante función que desempeñan estas fuerzas, en particular en la respuesta rápida, y continuaremos con las actividades de formación y apoyo técnico.
- **Redes de medios de comunicación y periodistas:** la forma en la que se expone la información sobre desastres al público es cada vez más importante y los medios de comunicación desempeñan una función importante para presentar una perspectiva equilibrada de la importancia de la reducción de riesgos. Empezaremos nuevos esfuerzos para entablar relaciones con los medios de comunicación y aportarles tanto información técnica como orientación.
- **Universidades y otros centros de investigación:** colaboramos ya con una variedad de instituciones académicas, en particular en la esfera de la gestión de la información. Estos esfuerzos proseguirán con un mayor énfasis en la elaboración y la difusión de información técnica a nivel nacional y no tanto a nivel regional. Buscaremos nuevos socios, tales como oficinas meteorológicas, para estar mejor informados acerca de las repercusiones del cambio climático.
- **Instituciones financieras internacionales:** buscaremos consolidar nuestras relaciones existentes con las principales instituciones financieras internacionales, incluido el Banco Mundial y los bancos regionales de desarrollo, y nos empeñaremos en establecer relaciones más estructuradas y sistemáticas para mejorar nuestra labor

de defensa de intereses. La estrecha relación de trabajo que mantenemos con la EIRD nos facilitará este proceso.

- **Organismos nacionales y regionales de coordinación de la gestión de desastres:** la OPS desempeñó una función vital en el establecimiento de organismos como el CDERA, el CEPREDENAC y el CAPRADE y continuará desempeñando un destacado papel en estos importantes mecanismos subregionales que se ocupan de la reducción de desastres. Seguiremos asumiendo nuestra función privilegiada en calidad de coordinadores del grupo de trabajo sobre preparación y respuesta ante desastres de la Organización de Estados Americanos.

- **Organismos humanitarios internacionales:** formamos parte integrante de una red más extensa de organismos humanitarios y continuaremos nuestro trabajo con las agencias del sistema de las Naciones Unidas, las ONG internacionales, las Sociedades Nacionales y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, tanto durante intervenciones motivadas por emergencias como de forma regular, y cuando se nos solicite actuaremos como cabeza del grupo del sector de salud (Cluster) en el contexto del sistema de coordinación del Comité Permanente entre Organismos (IASC).

## 2.5 ¿Dónde trabajaremos?

Incumbe a la OPS la responsabilidad de prestar servicios que apoyen al sector de la salud en *todos* los países miembros de la Región. Por lo tanto, el PED continuará su labor en todas las subregiones. No obstante, reconocemos que los países tienen distintas capacidades y necesidades que, por ende, requieren de diferente tipo de apoyo técnico por diversas razones, entre otras, los indicadores de salud subyacentes, el nivel de desarrollo del sector de la salud y el nivel de vulnerabilidad ante las amenazas. Podrían, asimismo, existir prioridades dictadas por problemas estructurales o políticos subyacentes. Ciertos grupos de población podrían también encontrarse expuestos a mayores riesgos, por ejemplo los grupos indígenas que forman minorías significativas en determinados países.

Por consiguiente, si bien continuaremos prestando un nivel de apoyo y dedicación fundamental a todos los países miembros, incluida la capacidad de respuesta que se mantendrá en toda la región, concederemos atención y recursos adicionales a ciertos países prioritarios identificados por su alta exposición a amenazas, elevada vulnerabilidad ante los desastres, altos niveles de pobreza y bajos niveles de preparación en prevención de desastres. Son países que la organización ha identificado también con carácter prioritario en base a los indicadores de salud actuales: Bolivia, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua.

La OPS continuará también trabajando estrechamente con los países donde el sector de la salud ha logrado un alto nivel en la gestión de desastres para mejorar su capacidad de compartir experiencias y expertos antes, durante y después de un desastre.

## 2.6 ¿Quiénes son nuestros beneficiarios previstos?

Los programas de gestión de desastres de las autoridades sanitarias nacionales (ministerios de salud) y demás instituciones del sector de la salud seguirán siendo

los principales destinatarios de nuestra labor durante el siguiente periodo que abarca el Plan Estratégico. Encauzaremos nuestra asistencia tanto a nivel central como nacional o subnacional, según proceda. La orientación de la asistencia a entidades subnacionales se determinará caso por caso, y dependerá del progreso y la capacidad que exista en cuanto a descentralización en cada país.

Dada la conexión que existe entre los factores de salud, sociales y económicos como ingresos, educación, vivienda, trabajo y status social, concederemos énfasis a la atención de las poblaciones más vulnerables, tanto en zonas urbanas como rurales. Se considerará de manera especial la identificación y el apoyo a los grupos excluidos socialmente, entre otros, las poblaciones indígenas marginadas, las personas desplazadas y las familias de bajos ingresos que habiten en zonas propensas a desastres. Se procederá a la identificación de estos grupos vulnerables y marginados en consulta con las autoridades de los gobiernos centrales, los ministerios de salud y otros socios que pudieran representar los intereses de esas poblaciones, como las ONG y otros organismos de la sociedad civil, haciendo hincapié en la importancia de guardar respeto a las creencias interculturales y la incorporación de perspectivas con base en los derechos humanos dentro de todas las actividades y la puesta en marcha del programa.

Los desastres afectan de manera diferente a los hombres y las mujeres; por lo tanto, se concederá atención especial a los asuntos de género durante la ejecución de este Plan Estratégico. De conferencias mundiales e interamericanas han emanado mandatos sobre equidad de género, conforme a los cuales los gobiernos se han comprometido a promover la igualdad de género en la formulación de todos los programas y políticas públicas. Atendiendo a estos mandatos, y en consonancia con este compromiso de larga data, el Consejo Directivo de la OPS adoptó, en septiembre de 2005, una política sobre igualdad de género que se aplica a todas las facetas de la labor de la organización. Ello supone la inclusión de una perspectiva y el análisis con sensibilidad ante asuntos de género en todos los aspectos de cooperación técnica, desarrollo de marcos nacionales en materia de políticas y la gestión de recursos humanos.

El PED intensificará su compromiso para recabar y analizar datos humanitarios desglosados por edad y género. Ello se logrará mediante la elaboración de formularios que incluyan esta variable, así como incorporándola en la formación de todos los expertos en evaluación de necesidades en casos de desastre (grupos regionales de respuesta en salud a desastres, contrapartes nacionales, etc.). Asimismo, promoveremos ante nuestros socios la inclusión de asuntos de género en cuestiones de salud y en la información técnica que elaboremos.

### 3. Análisis de la situación y de la vulnerabilidad

#### 3.1 Contexto en América Latina y el Caribe

*Los países de América Latina y el Caribe son extremadamente vulnerables a una amplia variedad de amenazas naturales.*

Cada año, ocurren en promedio en la Región unos 130 desastres naturales de distinto orden de magnitud. En el quinquenio comprendido entre el 2001 y el 2005, el impacto de estos fenómenos destructivos causó la muerte de aproximadamente 20.000 personas y dejó un saldo de 28 millones de víctimas.<sup>5</sup> Aunque cada vez se torna más difícil establecer con precisión cuán expuesta está la población a estas amenazas, se estima, en general, que un 73% de los habitantes y un 67% de las clínicas y hospitales de 19 países<sup>6</sup> de la Región se encuentran en zonas de alto riesgo.<sup>7</sup>

Tanto los desastres naturales como los antrópicos tienen, asimismo, repercusiones devastadoras para las economías de los países. Apenas en 2005, las pérdidas ocasionadas por los huracanes ascendieron a más de US\$ 205 mil millones y dejaron tras de sí a siete millones de damnificados en el continente americano.<sup>8</sup> Se calculó que los daños ocasionados a los pequeños países y economías de Centro América y el Caribe superaron los US\$ 2.220 millones, y pusieron de manifiesto la vulnerabilidad de esos países y la necesidad de planes y medidas de prevención y de mitigación. Únicamente en Granada, las pérdidas económicas asociadas al paso del huracán Iván (2004) representaron el 253% del PIB de ese país.<sup>9</sup>

*Rápida agudización de la vulnerabilidad de las poblaciones urbanas sin que haya desaparecido el riesgo de las poblaciones rurales.*

Los desfases en el desarrollo socioeconómico llevan a la migración de zonas rurales a zonas urbanas o a la emigración en busca de mejores empleos y condiciones de vida. En general, en América Latina y el Caribe, la población urbana creció del 65% al 78% entre 1980 y 2005; esa tasa de crecimiento fue inferior en América Central y los países de habla hispana del Caribe y en Haití. El crecimiento desenfrenado de las áreas urbanas en la Región es motivo de acuciante preocupación. En muchos casos, la urbanización no está sujeta a planes de desarrollo debidamente concebidos y en algunos casos se carece por completo de planes de esa índole. En el decenio de 1950, apenas dos ciudades contaban con más de 10 millones de habitantes; en la actualidad, más de 20 ciudades cumplen con este criterio, encontrándose en su mayoría en países pobres. A medida que avanza la urbanización, en gran medida con deficiente planificación, la vulnerabilidad de las poblaciones urbanas surge como una creciente preocupación. El aumento de la densidad demográfica y la

---

<sup>5</sup> Salud en las Américas 2007, Volumen Regional. Hacer frente a los desastres. Organización Panamericana de la Salud.

<sup>6</sup> Los países incluidos son: Anguilla, Argentina, Bahamas, Belice, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guyana Francesa, Guyana, Guadalupe, Guatemala, Haití, Honduras, Martinica, Nicaragua, República Dominicana y las Islas Turcas y Caicos.

<sup>7</sup> Fuente: *Encuesta del progreso sobre los preparativos y la respuesta frente a los desastres sanitarios*, elaborado por el Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre; marzo – julio de 2006.

<sup>8</sup> Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe. CEPAL, Santiago de Chile, 2005.

<sup>9</sup> *Economic Damages: Share of GDP, by Natural Disaster and Country*, daños económicos: porcentaje del PIB por país y por desastre natural, (2005), Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres. <http://www.unisdr.org/disaster-statistics/top50.htm>.



mayor complejidad de la infraestructura física urbana aumentan la posibilidad de que el impacto de un desastre sea mayor, mientras que las poblaciones urbanas tienen una deficiente comprensión de su propia vulnerabilidad. En las zonas rurales, persisten los problemas de pobreza, limitados recursos, falta de acceso a los servicios de salud y degradación del medio ambiente.

*Se suele considerar a América Latina y el Caribe como una región de ingreso medio; no obstante muchos de sus habitantes aún viven en condiciones de extrema pobreza.*

Tras años de estancamiento, se ha reanudado el crecimiento económico en América Latina y el Caribe. Pese a ello, existe una enorme desfase en la distribución del ingreso en la Región (medido por el coeficiente Gini)<sup>10</sup> y esta no ha cambiado notablemente entre 1990 (coeficiente Gini de 0,383) y el 2002 (coeficiente Gini de 0,403). Esta desigualdad se manifiesta en pobreza y se ve exacerbada en los segmentos más vulnerables de la población, tales como los hogares encabezados por mujeres, ciertos grupos étnicos, las poblaciones rurales o las comunidades de migrantes. Se estima que el 41% de la población de América Latina y el Caribe es pobre y que el 17% vive en condiciones de indigencia.<sup>11</sup> La distribución inequitativa del ingreso ha generado focos de extrema pobreza que, en determinadas circunstancias, dan lugar a actos de violencia en la estela de los desastres naturales (saqueos, robos, violencia doméstica, etc.).

*Pese al progreso de años anteriores, la Región adolece de falta de recursos humanos capacitados.*

Pese a todo el esfuerzo invertido en los últimos años en la capacitación en gestión de desastres en el sector de la salud, persiste la escasez de recursos humanos. Una vez formado el personal, suele ser difícil la localización de esas personas debido a la intensa rotación de funcionarios públicos, especialmente con los cambios políticos en el gobierno. La rotación colectiva de personal a raíz de elecciones políticas y otros cambios administrativos supone significativas limitaciones para la constitución de una sólida capacidad en materia de recursos humanos dentro de los ministerios. De ahí, la necesidad de impartir continuamente formación al nuevo personal de salud y a otros copartícipes clave para velar por que estén listos y disponibles cuando se requiera su colaboración en el desarrollo de actividades relacionadas con mitigación, preparación o respuesta a desastres.

En algunos países del Caribe, que cuentan con poblaciones pequeñas y reducida capacidad del gobierno, suele ser común que una persona desempeñe toda una serie de funciones con múltiples responsabilidades. En tales casos, cuando no se dispone de suficiente personal y presupuesto, es poco razonable esperar que se asigne a una persona con total dedicación de su tiempo a la gestión de desastres en los servicios de salud.

---

<sup>10</sup> El coeficiente Gini mide la desigualdad en la distribución del ingreso o la desigualdad en la distribución de la riqueza.

<sup>11</sup> Datos del Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud para 2008-2012.

*La vulnerabilidad ante los desastres limita los esfuerzos de desarrollo y agudiza la pobreza.*

La vulnerabilidad ante los desastres es un serio factor limitante para la consecución de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) en la Región. La exposición a los desastres agudiza la vulnerabilidad de los pobres, profundiza la precariedad de sus condiciones de vida y les impide aprovechar las oportunidades económicas, todo ello aunado, intensifica las condiciones de pobreza en una espiral descendente. Además de las consecuencias que conlleva la pérdida de bienes y recursos a nivel personal y familiar, los desastres pueden traer aparejados devastadores efectos en el rendimiento macroeconómico de un país y retroceder en decenios los logros de desarrollo. Por ejemplo, en 1998, las pérdidas ocasionadas en Honduras por el huracán Mitch ascendieron a US\$ 58 millones, el equivalente a la pérdida o la interrupción del acceso a agua salubre para el 75% de la población del país, es decir unos 4,5 millones de personas.<sup>12</sup> Los países desarrollados tampoco son inmunes a este tipo de pérdidas. El huracán Katrina fue el desastre natural más destructivo en la historia de los Estados Unidos. La destrucción generalizada que causó Katrina, no solo como un poderoso y extenso huracán, sino también por las inundaciones que provocó, excedió ampliamente la causada por otros desastres de gran magnitud en el país. Aunque las estimaciones varían, si se tiene en cuenta el daño a la propiedad solamente, el huracán Katrina ha sido el desastre—natural o antrópico—más costoso para los Estados Unidos, con pérdidas que ascienden a 100.000 millones de dólares.<sup>13</sup>

Las actividades de la OPS en cuanto a gestión de riesgos en casos de desastre están encaminadas a fomentar el bienestar de la población, minimizando los efectos adversos de los desastres y preservando los progresos alcanzados en materia de salud pública, mediante la atención de las necesidades de salud de las poblaciones que se ven afectadas por esos acontecimientos.

*Los conflictos y la inseguridad son factores significativos en ciertas zonas de la Región.*

La desigualdad social y económica, junto con la pobreza, son conocidos factores coadyuvantes de conflictos internos y disturbios civiles que inciden de modo directo en la salud de la población. Pese a la relativa estabilidad en la Región, el desplazamiento interno de numerosas poblaciones debido a diversos conflictos internos ha planteado nuevos desafíos para el sector de la salud. Se prevé que estos acontecimientos podrían aumentar en los próximos cinco años.

A la noción tradicional de inseguridad y la amenaza de conflictos violentos, se suma ahora un nuevo fenómeno relacionado con el temor colectivo de brotes pandémicos de enfermedades transmisibles, a las que se percibe como “emergencias nacionales” y serias amenazas para la seguridad entendida en sentido amplio.

*Ha aumentado considerablemente el número de organizaciones que trabajan en emergencias sanitarias en la Región.*

En decenios anteriores, la OPS era, sino la única, uno de los pocos organismos auténticamente internacionales que trabajaba en emergencias sanitarias e

---

<sup>12</sup> Evaluación Mundial del Abastecimiento de Agua y Saneamiento en 2000, Informe, OMS.

<sup>13</sup> “The Federal Response to Hurricane Katrina: Lessons Learned”. En la web: [www.whitehouse.gov/reports/katrina-lessons-learned.pdf](http://www.whitehouse.gov/reports/katrina-lessons-learned.pdf).

intervenciones de carácter humanitario. La situación ha cambiado radicalmente a partir del hito de una nueva era que probablemente marcará el huracán Mitch, caracterizada por la proliferación de organizaciones que intervienen en actividades de preparativos y respuesta a los desastres. Entre otras, están los organismos del sistema ampliado de las Naciones Unidas, ONG internacionales, el movimiento de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, y donantes bilaterales cada vez más dinámicos. La eficiente coordinación de tantos organismos se ha convertido en un ingente desafío, en particular la relación entre la comunidad internacional y las autoridades gubernamentales nacionales, y la cada vez más intensa competencia para obtener financiación. Hemos de adaptarnos a este entorno operativo cambiante y aportar liderazgo y coordinación eficaces en nuestra principal disciplina técnica.

### **3.2 Cambios en el perfil de amenazas y riesgos**

Si bien los desastres naturales son aún la fuente de amenaza más común para los países de la Región, en los próximos años se nos presentarán amenazas nuevas que encerrarán mayores desafíos. En años recientes, por primera vez los gobiernos han declarado emergencias nacionales ante situaciones que antes no las justificaban; por ejemplo, la intoxicación por etanol en Nicaragua, dietileno glicol en Panamá, el síndrome respiratorio agudo severo (SARS, por sus siglas en inglés) en Canadá o, el dengue, en Paraguay. Estas situaciones de emergencia podían haber excedido la capacidad de los servicios de salud nacionales y presentado retos en ámbitos tales como la gestión clínica, la información y la comunicación.

La amenaza de la influenza pandémica que surgió primero en 1997 y luego en el 2003 puso de manifiesto que las epidemias no están consideradas como elementos lo suficientemente importantes en los planes nacionales para desastres. Pese a recientes progresos en la planificación, el sector de la salud no está aún lo suficientemente preparado para hacer frente a amenazas de esta índole. Otro cambio significativo está relacionado con la percepción pública de estas situaciones. Las enfermedades, como el dengue, que hasta hace poco eran consideradas exclusivamente como cuestiones médicas, se equiparan cada vez más a como se ve el bioterrorismo o de la pandemia de gripe, es decir, provocan temor y son consideradas con mayor frecuencia como amenazas para la seguridad, la economía, el turismo y otros sectores no relacionados con la salud. Por consiguiente, la mayor contribución que puede aportar un experto en gestión de desastres, durante las fases 5 y 6 de una pandemia potencial, consiste en ayudar a la sociedad a utilizar todos los recursos disponibles para reducir, tanto como sea posible, las repercusiones sanitarias de estos acontecimientos. Ello coincide con nuestra definición de coordinación.

La exposición a las sustancias químicas tóxicas constituye un grave problema de salud pública en la Región. Estas sustancias han aumentado tanto en volumen como en variedad; la OMS estima que la exposición per cápita a algunos de estos productos, tales como los plaguicidas, es el doble del promedio mundial. Aunque los informes sobre la morbilidad y la mortalidad asociadas al envenenamiento crónico y agudo han mejorado, no reflejan la magnitud del problema.

Las amenazas tecnológicas traen aparejados eventuales riesgos significativos en los países que han alcanzado cierto nivel de desarrollo industrial. Poco se ha hecho en cuanto a reglamentación y prevención, sin que el sector de la salud esté

adecuadamente preparado para hacer frente a desastres químicos, radiológicos o tecnológicos de otra índole, a gran escala. Es muy probable que este riesgo aumente asociado al desarrollo económico de los distintos países y a la globalización del comercio.

### **3.3 Cambio climático**

El cambio climático conlleva consecuencias para la gestión de riesgos de desastres ya que influye en la exposición a amenazas hidrometeorológicas tales como las tormentas, las inundaciones y las sequías, al tiempo que modula los factores de riesgo subyacentes que inciden en la vulnerabilidad a las amenazas ambientales y, por ende, en la probabilidad de que ocurra un desastre.<sup>14</sup> Los efectos—directos o indirectos—del cambio climático también afectan la distribución de vectores causantes de enfermedades y en los cambios que se producen en la distribución de enfermedades infecciosas. En la planificación encaminada a mejorar la reducción de riesgos de desastres se ha de reconocer que el cambio climático altera la magnitud y la frecuencia de fenómenos extremos, de tal suerte que ya no cabe fundamentarse únicamente en patrones históricos de amenazas y perfiles de riesgo. Así, los mecanismos de respuesta y de planificación económica para superar los desastres deben tomar en cuenta estas nuevas variables.

La planificación de las intervenciones en respuesta a desastres debe contemplar una relación mucho más orientada a la acción con el sector meteorológico para incorporar cuestiones ambientales locales y mundiales que incidan en el cambio de patrones de riesgo y agudicen la vulnerabilidad. En Guyana, por ejemplo, el gobierno contempla la reubicación de Georgetown, la capital, hacia el interior, en prevención del aumento en el nivel de los mares debido al calentamiento global. Esta se encuentra localizada bajo el nivel del mar y se inunda con regularidad a raíz de lluvias fuertes o tormentas.

### **3.4 Reforma humanitaria internacional**

El Comité Permanente entre Organismos (IASC, por sus siglas en inglés) de la ONU es el principal mecanismo de coordinación de la asistencia humanitaria que prestan los distintos organismos. El Comité Permanente, integrado por agencias del sistema de las Naciones Unidas y otros organismos humanitarios, ha marcado un giro en la coordinación y prestación de la asistencia humanitaria. La asistencia se organiza ahora en torno a nueve grupos orgánicos (*Clusters*), siendo cada uno de ellos responsable de todas las actividades relacionadas con el tema del grupo, independientemente de quien ejecute las actividades, sea un gobierno, una ONG o una agencia de la ONU.

La OPS/OMS es el organismo de liderazgo reconocido en el “Cluster” de salud en el continente americano. Dentro de la OPS, el PED actúa como oficina de enlace con OCHA y los demás copartícipes en la esfera humanitaria, y cumple las funciones de punto focal de las iniciativas de reforma humanitaria.

---

<sup>14</sup> Sperling F. Szekely F., *Disaster Risk Management in a Changing Climate*, mayo de 2005.

Las responsabilidades de la organización que encabeza el "Cluster" de salud en casos que requieren una vasta respuesta internacional son complejas y de gran alcance, y exigen ciertas destrezas que no siempre poseen los miembros del personal de la OPS. En tales situaciones, la Directora de la Organización designará a un especialista principal en desastres, cuya función será velar exclusivamente por la coordinación independiente de la asistencia. Aunque se le dará una función vital a los gobiernos/autoridades locales, la OPS centrará específicamente su responsabilidad en el "Cluster" de salud en el área de coordinación, y se asegurará que sus expertos de salud pública de áreas específicas participen activamente en otros "Clusters", tales como nutrición, agua y saneamiento, sin los cuales las intervenciones en salud fracasarían o quedarían gravemente en entredicho.

### **3.5 Cambios en el perfil de los Estados Miembros**

Algunos países, como Argentina, Brasil, Chile, Cuba, México y Venezuela, están fortaleciendo el desarrollo de sus estrategias de cooperación externa al tiempo que ofrecen recursos humanos y estratégicos en casos de emergencias. Estos países surgen como nuevos contribuidores dentro de la Región y están tomando algunas funciones de donantes tradicionales. No obstante, se trata de un proceso en evolución, en el cual esos países inician las primeras etapas de aprendizaje en calidad de proveedores de asistencia y deberá transcurrir aún cierto tiempo (cinco años o más) antes de que estos países alcancen el nivel para proveer financiación directa a gran escala.

La OPS cuenta con muchos años de experiencia en la interacción con donantes internacionales y en calidad de nexo entre la asistencia internacional y los gobiernos nacionales beneficiarios; por consiguiente, apoyaremos el proceso de cambio en función de los países que surgen como donantes en la región a través de las relaciones tanto con las autoridades nacionales de salud como con los Ministerios de Relaciones Exteriores.

## **4. Líneas de acción estratégicas del PED**

### **4.1 Mejorar la capacidad de preparativos para desastres del sector de la salud**

*Un programa de desastres del sector de la salud que cuente con el liderazgo, la credibilidad y la autoridad de coordinación en el contexto nacional, e integre la participación de una variedad de socios, tales como las ONG y los operadores del sector privado.*

Aunque los preparativos para emergencias constituyen uno de los pilares de la cooperación técnica de la OPS y es un requisito previo para la eficaz intervención cuando ocurren emergencias, continúa siendo un asunto "amablemente" soslayado por la comunidad internacional y en los programas políticos nacionales. La OPS ocupa una posición singular para propugnar la necesidad de la existencia de un sólido programa nacional sobre desastres en los ministerios de salud, incluida la dotación de personal y un plan de trabajo financiado que sea el núcleo nacional de todos los asuntos relacionados con desastres. El fortalecimiento de los programas sobre desastres permanecerá como nuestra prioridad estratégica para preservar el

progreso alcanzado y mantener una sólida memoria institucional en materia de “desastres” (que pudiera desvanecerse con facilidad en vista de la intensa rotación de personal). Lograremos esto mediante un continuo cabildeo para que se mantengan esas dependencias, se asigne presupuesto y personal adecuados, se tenga acceso a los estamentos de decisión más altos dentro del ministerio, y proporcionando acceso a las oportunidades de formación e información más actualizados.

En los próximos cinco años trascenderemos las relaciones con nuestros principales interlocutores en los ministerios de salud y mediante un esfuerzo concertado buscaremos entablar relaciones a respaldar a otras partes interesadas, tales como las ONG y los operadores del sector privado. Pondremos a su disposición información técnica y cierto tipo de formación, les prestaremos servicios de coordinación y facilitación para que mejoren sus actividades de comunicación y aprendizaje tanto dentro de estos grupos como con las autoridades sanitarias gubernamentales. Adoptaremos las líneas de acción que se exponen a continuación.

- **Fortalecer los programas de salud en casos de desastre en los ministerios de salud.** Intensificar la atención en las amenazas múltiples y en riesgos que antes no se consideraban, como los accidentes químicos y la pandemia de influenza; entablar relaciones científicas para comprender mejor las eventuales repercusiones del cambio climático tanto para los riesgos de desastres como para la salud; promover la adopción de cotas de referencia para demostrar la dedicación institucional a la reducción de riesgos de desastres; asistir a los Estados Miembros para que mejoren la supervisión de actividades y la evaluación del progreso; apoyar los ejercicios y simulacros, y mejorar la intervención en respuesta a eventos que cobran grandes cantidades de víctimas.
- **Mejorar las asociaciones que ayuden en los preparativos para desastres.** Asentar más la función de liderazgo de los ministerios de salud a nivel nacional mejorando la coordinación dentro del sector de salud y con los demás sectores (esto es, mediante el examen y la comprobación de planes); contribuir a mejorar la asistencia humanitaria internacional con particular énfasis en la salud.
- **Apoyar esfuerzos continuos de capacitación.** Fomentar las aptitudes técnicas y de gestión de los profesionales de la salud garantizando el acceso a formación especializada; desarrollo de una herramienta vía Internet cuyo acceso sea libre, que contenga un inventario de todas las oportunidades de formación disponibles en gestión sanitaria en desastres; sistemas de manejo de incidentes, etc.
- **Proporcionar información técnica y publicaciones fidedignas.** Elaborar nuevas guías y productos con metodologías innovadoras; preparar y difundir información sobre herramientas de formación y productos de información específicamente adaptados a las necesidades de los distintos países y públicos destinatarios; mejorar el acceso a fuentes de información técnica tanto a través de medios convencionales como digitales.

## 4.2 Protección de los servicios de salud ante riesgos asociados a desastres

*Servicios de salud mejor protegidos – incluido el personal, los sistemas de gestión, el equipo, los bienes y la infraestructura física - seguros y funcionales durante y después de un desastre.*

Los devastadores efectos de los fenómenos naturales no se deben exclusivamente a la obra de la naturaleza. Obedecen también a fallas en el proceso de desarrollo que, a su vez, se derivan de una omisión en la consideración de las repercusiones de las amenazas naturales existentes. Es decir, se podría evitar un desastre si se adoptaran todas las medidas necesarias para cerciorarse de que toda fase de planificación, diseño o mantenimiento se ejecute de manera que el funcionamiento se garantice luego de acontecimientos de extrema intensidad.

Se ha comprobado que es mínimo el costo asociado a la incorporación de medidas de reducción de riesgos en todas las actividades de desarrollo. Así, por ejemplo, la consolidación de la integridad estructural de un hospital entrañará un aumento en los costos de construcción que no supera el 4%<sup>15</sup>. Incumbe a los profesionales de salud pública la responsabilidad científica e institucional de velar por que todo proyecto de desarrollo en el ámbito de la salud sea capaz de resistir a las amenazas. Aunque en el sector de salud se ha logrado establecer con éxito el concepto de que “es mejor prevenir que curar”, queda mucho camino por recorrer para lograr que esta noción se aplique a la reducción de riesgos asociados a desastres.

El concepto de la reducción de la vulnerabilidad si bien es atractivo, exige que a todo nivel de la Organización se contemplen nuevas modalidades de cooperación técnica que sean seguras en caso de desastre. Habida cuenta de la vasta magnitud de la tarea y los limitados recursos tanto de la Organización como de los Estados Miembros, se recomienda que la OPS concentre sus esfuerzos en la iniciativa “**Hospitales Seguros frente a los Desastres**”, conforme al objetivo identificado por el Consejo Directivo en el 2004, y que fuera suscrito por 168 países en la Conferencia Mundial sobre Desastres, celebrada en Kobe, Hyogo, Japón, en el 2005. Esta iniciativa se fija un objetivo específico y fácil de identificar, mensurable sin dificultad, visible y que abarca múltiples sectores.

Con el afán de poner en práctica el concepto teórico de reducción de riesgos en el sector de la salud, los coordinadores, ministerios y demás profesionales de salud han convenido en aunar esfuerzos para que todos los nuevos hospitales y sistemas de atención de salud sean capaces de resistir a los desastres, como un indicador de progreso en la reducción de riesgos.

La OMS y la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres (EIRD), con el apoyo del Banco Mundial y la asistencia técnica de la OPS, hicieron el lanzamiento conjunto de una Campaña Mundial de Reducción de Desastres que tendrá una duración de dos años (2008-2009) y cuyo tema es “Hospitales Seguros frente a los Desastres”. Contaremos con un miembro del personal con dedicación total a esta iniciativa y mantendremos nuestra colaboración con la EIRD en este empeño. Con el fin de alcanzar este objetivo adoptaremos las siguientes medidas:

---

<sup>15</sup> Protección de las nuevas instalaciones de salud frente a desastres naturales: Guía para la promoción de la mitigación de desastres. Washington D.C., OPS/OMS 2003

- **prestación de apoyo técnico a los Estados Miembros.** Identificación y desarrollo de Hospitales Seguros frente a Desastres como política nacional; cooperación técnica para la elaboración de un programa nacional de mitigación de desastres; elaboración y promoción de nuevas herramientas (como el índice de seguridad hospitalaria, un inventario de hospitales seguros, y herramientas de capacitación en multimedia) que ayuden a los países en la identificación de riesgos; asistencia a los países para que adapten y apliquen cotas de referencia nacionales para la reducción de riesgos en el sector de la salud, de manera que puedan medir, supervisar e informar de progresos en la consecución de los objetivos del Marco de Acción de Hyogo;
- **apoyo para el desarrollo de recursos humanos y redes de colaboración.** Incremento en la dotación de recursos humanos que participan directamente en la reducción de riesgos asociados a desastres en la Región; fortalecimiento y consolidación operativa de una red regional de expertos técnicos en mitigación de desastres, así como del Grupo Asesor en Mitigación de Desastres (GAMiD) y otras nuevas redes de colaboración en caso de emergencias químicas y radiológicas o nucleares, de manera que sus servicios estén a disposición de cualquier región del mundo; apoyo y desarrollo de iniciativas de formación en mitigación de desastres, tales como un curso de certificación en mitigación de desastres;
- **facilitación de asociaciones y coordinación.** Fortalecimiento de sociedades con instituciones científicas y técnicas y asociaciones profesionales para facilitar el acceso por parte de los profesionales de salud a los más recientes conocimientos científicos; liderazgo de una iniciativa regional para hacer que los hospitales sean más seguros en caso de desastre; establecimiento de un mecanismo interregional (a nivel mundial) para el mutuo intercambio de información sobre experiencias realizadas con éxito en la reducción de riesgos asociados a desastres en el sector de la salud;
- **cabildeo en pro de servicios de salud más seguros.** Promoción de la integración de las medidas de mitigación de desastres en los procedimientos regulares de las instituciones financieras, en particular en préstamos y subvenciones (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Banco de Desarrollo del Caribe, Corporación Andina de Fomento, etc.); cabildeo para lograr el reconocimiento del tema de reducción de riesgos asociados a desastres en el sector de la salud; promoción dinámica de actividades nacionales dentro del ámbito de la Campaña Mundial de Reducción de Desastres sobre “Hospitales Seguros frente a los Desastres”.

#### 4.3 Apoyo a los países en la respuesta sanitaria a desastres

*Un programa del sector de salud sobre desastres con capacidad para responder de manera rápida y efectiva ante los eventos, con la garantía de apoyo regional oportuno y adecuado cuando la capacidad nacional se vea excedida.*

El mandato principal de la OPS en situaciones de desastre gira en torno a la coordinación nacional e internacional, la evaluación diligente e independiente de las



necesidades en materia de salud y la asesoría especializada en salud pública. En ciertos casos, la OPS lleva a cabo proyectos de salud pública que no pueden ser ejecutados por ninguna otra organización o institución, y brinda apoyo a otras áreas de la OPS/OMS donde los expertos en materias específicas están en mejor posición para tomar el liderazgo. La OPS también forjará alianzas con distintos socios nacionales y les brindará apoyo. La OPS/OMS, como organización que lidera el “Cluster” sobre salud en el Hemisferio Occidental, velará por la existencia de intervenciones coordinadas y la preservación de la función rectora de los ministerios de salud. La OPS/OMS coordinará sus esfuerzos con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y apoyará a los países para hacer uso del Fondo Central de Respuesta a Emergencias (CERF, por sus siglas en inglés) cuando sea necesario.

Concederemos particular atención al fortalecimiento del Centro de Operaciones de Emergencia (COE), establecido en la sede de la OPS, cuya principal responsabilidad es canalizar información sobre emergencias. EL COE recaba y analiza la información que luego suministra a los estratos de gestión ejecutiva de la Organización. Constituye también un espacio físico en el que se promueve la comunicación entre los interesados que intervienen en las actividades de respuesta y se facilita la rápida adopción de decisiones. La velocidad en la recepción de información es de vital importancia en la labor de un COE. En casos de desastres de gran magnitud, la OPS aprovechará plenamente el apoyo disponible por parte de la oficina de la OMS en Ginebra, aunque concederá prioridad al equipo de respuesta integrado por miembros de distintos países de la Región.

Durante los próximos cinco años promoveremos la adopción del Sistema de Apoyo Logístico (LSS, por sus siglas en inglés) por parte de otras organizaciones humanitarias tales como OCHA, con la expectativa de que asuman el liderazgo en la aplicación de ese sistema en las situaciones posdesastre. Se deberá decidir el futuro del Sistema de Apoyo Logístico al finalizar el siguiente quinquenio.

En la mayoría de los casos, los países son ahora capaces de responder de manera autosuficiente ante desastres pequeños. Los esfuerzos futuros se centrarán en las intervenciones motivadas por emergencias de mediana envergadura, con el apoyo de países vecinos, entendiéndose que la ayuda externa será siempre necesaria en casos de desastres de gran magnitud. A veces la asistencia internacional satura la capacidad de las autoridades nacionales, aún cuando éstas sean capaces de asumir la gestión de la respuesta. Nos empeñaremos siempre en asistir a los Estados Miembros y fortalecer su capacidad de intervención ante desastres. La OPS brindará asistencia a los Estados Miembros para velar por la rápida recuperación de la población luego de desastres de gran magnitud. Trabajaremos con el Banco Mundial para incorporar las medidas de preparativos y mitigación en las actividades de reconstrucción del sector de la salud. Adoptaremos las siguientes líneas de acción:

- **facilitación y coordinación para mejorar la capacidad de respuesta.** Apoyo a los países miembros en la movilización de recursos humanos y financieros para ocuparse de las consecuencias sanitarias de los desastres; asistencia a los países en la coordinación de la respuesta de salud a través del establecimiento de distintos mecanismos tales como los centros de operaciones de emergencia; coordinación con expertos en enfermedades transmisibles en la implementación del RSI;

facilitación de la adopción de decisiones en los planos nacional e internacional mediante el suministro de información oportuna y precisa sobre el impacto en la salud y las prioridades sanitarias; puesta en marcha y liderazgo del “Cluster” de salud como parte de la intervención internacional cuando las Naciones Unidas activen el sistema de “Clusters”; contribución a los esfuerzos mundiales de la OMS en respuesta a desastres mediante la promoción del intercambio de expertos entre el Equipo Regional de Salud para Respuesta a Desastres de la Organización Panamericana de la Salud y otras regiones; velar por que el impacto en el sector salud quede reflejado en las evaluaciones socioeconómicas posdesastre que realicen la CEPAL y otras instituciones;

- **formación y fortalecimiento de la capacidad nacional de respuesta.** Suministro de herramientas prácticas y actualizadas, pautas y asesoramiento técnico para la elaboración de diagnósticos con autoridad fidedigna sobre la situación sanitaria a raíz de desastres; promoción de la documentación, el análisis y la extracción de lecciones aprendidas;
- **intervención directa para apoyar las medidas nacionales.** Movilización de grupos de especialistas en logística para ocuparse de la gestión de suministros humanitarios, así como de grupos de especialistas en salud y un grupo de expertos en logística sanitaria como parte del Equipo Regional de Salud para Respuesta a Desastres; promoción de la transparencia y la eficiente gestión de la asistencia humanitaria con los sistemas de apoyo logístico y de manejo de suministros humanitarios (LSS/SUMA) así como su utilización por parte de otras organizaciones y países; despliegue del Equipo Regional de Salud para Respuesta a Desastres en caso de catástrofes e intensificación de la participación de expertos nacionales en ese equipo mediante la concertación de acuerdos específicos (memorandos de entendimiento) con otras organizaciones o instituciones especializadas; apoyo para la organización y el establecimiento de equipos nacionales de respuesta e identificación de miembros especializados en subtemas (salud mental, epidemiología, etc.) para integrar el Equipo Regional de Salud para Respuesta a Desastres; coordinación y puesta en práctica de proyectos de emergencia y recuperación luego de la intervención inmediata, configurando un grupo de administradores de proyectos calificados.

#### **4.4 Intensificar las alianzas con socios nacionales, regionales y globales**

*Una red de colaboración bien informada y coordinada integrada por el sector de la salud y otros socios tanto a nivel nacional como internacional que compartan una misma visión de la capacidad primordialmente nacional y sostenida para reducir los riesgos asociados a desastres.*

A lo largo de numerosos decenios, la OPS ha trabajado en las Américas como uno de los pocos organismos internacionales en el sector de la salud. Esta situación ha cambiado de forma radical en años recientes y hemos ahora de redoblar esfuerzos para acercarnos a nuestros socios en el desarrollo internacional y a las organizaciones humanitarias y trabajar con ellos. Estaremos más proactivos en nuestra colaboración con los socios externos, ya se trate de organismos regionales de gestión de desastres, donantes u otros organismos del sistema de las Naciones Unidas, aunque sin perder el norte de nuestro mandato principal que es respaldar la capacidad nacional del sector de la salud de los Estados Miembros.

Es imprescindible una comunicación mejorada y más abierta entre todas las partes interesadas para evitar la duplicación de esfuerzos, los vacíos en la asistencia, o el peso de inadecuadas expectativas sobre nuestros socios nacionales, que ya funcionan con recursos limitados. Una de nuestras primeras tareas consistirá en comunicar claramente a nuestros socios nuestros objetivos y esta estrategia. Aprovecharemos los mecanismos de coordinación y colaboración existentes, tales como el Grupo Interinstitucional de Trabajo Sobre Riesgos, Emergencias y Desastres en América Latina y el Caribe (REDLAC), entre cuyos integrantes se cuentan organismos claves en la esfera humanitaria tales como OCHA, UNICEF, el PMA, ACNUR, la EIRD, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y otras ONG internacionales. Trabajaremos también en respaldo del plan de trabajo de la EIRD. Con el afán de mejorar las relaciones con nuestros socios adoptaremos las siguientes líneas de acción:

- **apoyo y facilitación de la labor de las redes de coordinación.** Evaluar la creación de una plataforma temática con los socios en el ámbito de salud y desastres; participación dinámica en foros nacionales, subregionales y regionales relativos a los sectores de salud y gestión de desastres; suministro de apoyo financiero específico para viabilizar esfuerzos en materia de facilitación y coordinación;
- **Función de agente intermediario entre nuestros socios nacionales y las entidades internacionales.** La OPS desempeñará la función de agente intermediario y de facilitador entre los distintos organismos y los gobiernos; apoyo para la incorporación de los temas de salud en las estructuras más amplias de gestión de desastres; elaboración de planes conjuntos e incorporación de entidades de salud (esto es, los coordinadores de salud en desastres del continente americano) en los planes estratégicos de las distintas instituciones regionales y subregionales (tales como CEPREDENAC, CAPRADE y CDERA); incorporación de temas relativos a desastres en los órganos subregionales de salud (tales como REMSAA, RESSCAP; CCH); investigación, elaboración y negociación de acuerdos formales con otras instituciones (universidades, ONG, etc.);
- **proveer información técnica y recursos.** Continuación del apoyo que se brinda al Centro Regional de Información sobre Desastres (CRID) que fuera constituido con el respaldo de la OPS, la EIRD, Médicos sin Fronteras, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, y el gobierno de Costa Rica; provisión de nueva información técnica y financiación de dotación de personal técnico a corto plazo o de formación para apoyar las redes de colaboración en la región.

#### 4.5 Incorporación de la reducción del riesgo a los desastres en los programas de todos nuestros socios institucionales

*Un sector nacional de salud que tiene en cuenta el riesgo a los desastres en todos los aspectos relacionados con la planificación, la concepción, la inversión y las actividades operativas, y que cuenta con el apoyo de socios internacionales que también reconocen la importancia de la reducción de los riesgos en el sector de la salud mediante el desarrollo de éste y la asistencia humanitaria.*

Las amenazas tales como las sequías, los huracanes y los terremotos son acontecimientos naturales que pueden o no convertirse en desastres. El potencial que encierra una amenaza natural para provocar un desastre está supeditado a la magnitud del acontecimiento, la vulnerabilidad de la población y la capacidad de ésta para hacer frente a la adversidad. La reducción de riesgos asociados a desastres reside fundamentalmente en ocuparse de los elementos de riesgo subyacentes en las amenazas naturales y tecnológicas. Este esfuerzo pretende reducir la vulnerabilidad de las personas, comunidades y sociedades, de manera que se consolide su capacidad de recuperación o su capacidad para estar preparados para las consecuencias de los desastres y poder resistirlas. La reducción de riesgos conexos a los desastres busca la integración de los preparativos para desastres y las medidas de mitigación de las amenazas en los esfuerzos de desarrollo a largo plazo. La meta de la reducción de los riesgos es “acorazar” los procesos de desarrollo para que resistan los embates de los desastres.

Entendemos que los preparativos para desastres, la reducción de riesgos y la respuesta como temas transversales que exigen un adecuado mercadeo para ser integrados en todos los niveles y actividades de las principales corrientes de pensamiento. Esta incorporación requiere el cambio de la manera en la que la gente reacciona a los desastres, su comportamiento durante los mismos y la mejora del entendimiento del público sobre el impacto para la salud de estos eventos, para construir comunidades más seguras frente a los desastres. Además requiere una reformulación de los conceptos e imagen pública de los desastres para lograr la existencia de políticas de amplio espectro y planes de acción prácticos. La comunicación interna abarca el trabajo conjunto con los donantes y otros actores para exponer mensajes comunes tanto a nuestros socios en el sector de la salud como al público.

Promoveremos la incorporación de la reducción de riesgos como un tema principal dentro del sector de salud tanto internamente, propugnando su integración en el trabajo de otras divisiones técnicas de la OPS, como con nuestros socios nacionales e internacionales. Trabajaremos en las siguientes líneas de acción:

- **apoyo técnico para mejorar la reducción del riesgo.** Desarrollo de capacidad técnica y operativa en la OPS/OMS para brindar apoyo a los países que sufran crisis, en particular en lo que concierne a las evaluaciones de salud, la movilización de recursos, la coordinación de actividades sanitarias, la orientación y la supervisión del desempeño de actividades humanitarias en relación con la salud y la nutrición de las poblaciones afectadas;

- **suministro de información técnica sobre reducción de riesgos.** Suministro de productos de información específicos a distintos asociados para que adopten decisiones informadas en cuanto a la formulación de políticas y directrices operativas para abordar mejor la reducción de riesgos (políticas en materia de gestión de desastres, criterios de inversión y concesión de créditos, criterios de evaluación de riesgos);
- **Formación y orientación de responsables clave en la toma de decisiones.** Continuación y expansión de la iniciativa de la OPS para el fortalecimiento de la capacidad institucional; orientación a personal clave de instituciones financieras internacionales y donantes que participen en el sector de la salud en la Región, con respecto a las prioridades en cuanto a preparativos y gestión de desastres.

## 5. Estructura y gestión del programa

### 5.1 Compromiso institucional de la OPS con respecto a la reducción de riesgos asociados a los desastres

La OPS fue la primera Región de la OMS en establecer de manera formal una unidad de preparativos para desastres (mediante la resolución CD24.R10, adoptada a raíz del terremoto en Guatemala en 1976). Desde entonces, la dedicación institucional a este tema se ha intensificado y ampliado a través de una red de oficinas subregionales, puntos focales sobre desastres en las oficinas de país y en cada área, unidad y centro de la OPS.

En el plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud para 2002-2007, los preparativos, la mitigación y la respuesta a los desastres figuraban como una de las ocho áreas prioritarias. En el Plan Estratégico de la Organización para 2008 -2012 se incluye el objetivo estratégico 5: “*Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos y minimizar su impacto social y económico.*”

La elevada prioridad que la OPS/OMS concede dentro de la Organización a la gestión de los riesgos asociados a los desastres queda reflejada tanto en el rango que se atribuye a las actividades relacionadas con desastres dentro de los planes estratégicos, como en las distintas resoluciones aprobadas por los Estados Miembros para respaldar esas actividades. Estas incluyen: “Establecimientos sanitarios capaces de resistir los efectos de desastres” (2007), y “Preparativos para desastres y respuesta” (2004), además de una amplia gama de directivas adoptadas sobre este tema. Asimismo, la OPS colaboró con los países en la elaboración de la Agenda de Salud para las Américas 2008 – 2017, que fuera lanzada en Panamá, en junio de 2007, por los ministros de salud de las Américas. En la Agenda de Salud se reconoce que los desastres son un factor limitante en la consecución de las metas sanitarias y un impedimento para el funcionamiento normal de los servicios de salud. La Agenda de Salud fue suscrita por el 47.<sup>a</sup> Sesión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud.

## **Iniciativa para el fortalecimiento de la capacidad institucional**

Tanto en tiempos normales como en situaciones de emergencia, el proceso de adopción de decisiones ya no se rige por una jerarquía estricta, sino que atiende a una red de relaciones cada vez más compleja y fluida. En casos de emergencia, todo el personal de la OPS/OMS podría, en determinado momento, estar vinculado a decisiones vitales que inciden en la salud pública; por ende, todos han de tener un entendimiento común de las prioridades fundamentales de la Organización en cuanto a la gestión de riesgos. En el interés tanto de las víctimas como de las preocupaciones nacionales y regionales de la OPS, ello también impone la necesidad de consultas, el mutuo intercambio de información y el compromiso de los distintos estamentos jerárquicos de la organización, así como la consideración de los diferentes puntos de vista y perspectivas. La reducción de riesgos es un tema transversal en la cooperación técnica, similar a otros temas dentro de la OPS/OMS. Un área técnica de esta índole en la Organización tiene responsabilidades específicas. La función del PED es prestar orientación técnica a los países y en colaboración con éstos, así como a las demás unidades y divisiones técnicas de la OPS.

La OPS emprendió la iniciativa de fortalecimiento de la capacidad institucional en 2007 para aprovechar de manera óptima la dilatada pericia técnica de la Organización e incorporar la gestión de desastres como tema principal en toda la Organización. Más de 90 funcionarios de alto nivel han recibido formación sobre gestión de riesgos, preparativos para emergencias y concienciación respecto de la reforma humanitaria en el sistema de las Naciones Unidas.

Si bien se han establecido ya distintos procedimientos administrativos, aún es necesario determinar más clara o precisamente las funciones y responsabilidades que incumben a los Representantes de la OPS/OMS (PWR), así como a los mandos altos y ejecutivos de la Organización en la fase de intervención a raíz de un desastre, en particular a la luz del nuevo enfoque de “Clusters”. Asimismo, hemos de examinar ciertos temas específicos con mayor detenimiento para velar por un enfoque más armonizado, preservar nuestra ventaja comparativa, colmar vacíos y ocuparnos de los elementos que obstaculizan la colaboración interna.

En base a las experiencias positivas logradas hasta la fecha, continuaremos con la iniciativa de fortalecimiento de la capacidad institucional durante el siguiente periodo de planificación como parte integrante de nuestros esfuerzos internos para la incorporación de la gestión de riesgos asociados a desastres en la labor general de la Organización y para destacar su importancia transversal en ésta.

### **5.2 Personal y estructura del PED**

Con miras a la ejecución de este plan estratégico de trabajo y para contribuir al mandato interno de la OPS, velaremos por que cada PWR y cada área de trabajo tengan por lo menos un resultado esperado que contribuya a mejorar la seguridad del sector de la salud ante los desastres.

El PED continuará trabajando a partir de su oficina regional en Washington y sus oficinas subregionales (Sudamérica - Ecuador; Centroamérica - Panamá; Caribe - Barbados). Mantendremos nuestras dos iniciativas especiales, el proyecto sobre

poblaciones desplazadas internamente, en Colombia, y el proyecto de preparativos para emergencias, en Haití. En el Anexo 1 figura un organigrama funcional del Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre.

Tanto la magnitud como la cantidad de asuntos relacionados con la gestión de desastres con los que tienen que lidiar los países están en aumento constante. Ello ha resultado en una mayor cantidad de proyectos, más fondos con asignación específica a corto plazo, y más asociados y actividades, que deben ser resueltos con la misma dotación de personal y estructura del Programa. Para cumplir con estas crecientes responsabilidades, el PED ha reorganizado sus responsabilidades de manera que guarden congruencia con la nueva planificación estratégica y organización de la OPS. Así:

- crearemos tres cargos de coordinadores de proyectos, a quienes incumbirá la identificación de resultados esperados, indicadores e hitos de referencia para cada proyecto, así como la supervisión del progreso en planes y resultados, así como de asesores que respalden las actividades;
- asignaremos nuevas responsabilidades y funciones de preparación de informes a todos los asesores subregionales, desempeñarán funciones de enlace con las oficinas de la OPS en los distintos países y administrarán el personal de las oficinas subregionales;
- tendremos un asesor regional en información y publicaciones que asumirá la responsabilidad de la dirección estratégica general de toda la información técnica, publicaciones, productos multimedia y comunicaciones;
- asignaremos al Gerente de Área de PED la responsabilidad directa de supervisión de los asesores subregionales y los coordinadores de proyectos.

Con el afán de mejorar la intervención a raíz de desastres, la OPS estableció en la sede un Grupo Especial de Trabajo sobre Desastres y un Equipo Regional de Salud para Respuesta a Desastres, supeditados a la autoridad de la Directora. El jefe del Equipo Regional de Salud para Respuesta a Desastres es el homólogo de quienes desempeñan funciones similares en otros organismos internacionales o "Clusters". La modalidad de mando y control de operaciones es distinta del enfoque de actividades ordinarias de la Organización y requiere flexibilidad, buena voluntad y autoridad superior de parte del jefe del equipo de intervención, el PWR y la administración. El cambio de modalidad es importante debido a la gran carga emocional y política que existe en situaciones de desastre. Suele ser necesario definir prioridades fundamentales en cuestión de días, e incluso minutos.

Según proceda, la oficina de la OPS en el país de que se trate, velará por que se adopten las disposiciones necesarias para el establecimiento de nuevas oficinas alternas en la zona afectada que funcionarán mientras dure la emergencia. La dimensión de las oficinas alternas variará en función del acontecimiento, sin olvidar que el coordinador de la intervención sobre el terreno necesita contar con apoyo logístico y administrativo, así como con expertos técnicos que ejecuten las actividades de respuesta.

Tanto la labor del personal directo como de los puntos focales responsables de desastres en las oficinas de país de la OPS, y el éxito del PED dependen en gran medida de los coordinadores de salud en casos de desastre que existan en los ministerios de salud. Continuaremos apoyando a este personal clave, al que se impartirá formación técnica de alto nivel y tendrá acceso a la información y herramientas que necesite para forjar una capacidad sostenida dentro de sus respectivos ministerios.

### **5.3 Alianzas para preparativos en materia de salud**

El Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre seguirá promoviendo en enlace y el diálogo con los donantes y las organizaciones que apoyan las actividades de preparación sanitaria en casos de emergencia en América Latina y el Caribe. La OPS continuará auspiciando reuniones periódicas y extenderá invitaciones a organismos interesados en asumir un compromiso con los preparativos o la mitigación en salud de desastres en la Región. Asimismo, se mantendrán los mecanismos de consulta interna (por ejemplo, procesos fundamentales de fortalecimiento de la capacidad institucional, entre otros) y externa (por ejemplo, planes subregionales, procesos sobre estrategias de cooperación nacional, etc.).

La orientación de las actividades que emprenda en el futuro el Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre dependerá de las relaciones con las actividades de cooperación de otras organizaciones y las expectativas de una red de expertos más amplia.

El PED incrementará sus alianzas con un creciente número de importantes actores regionales vinculados al sector de salud (tanto en calidad como en cantidad). En el próximo periodo de planificación estratégica estableceremos un mecanismo de consulta más amplio que actúe como grupo consultivo técnico, que prestará asesoramiento o formulará comentarios sobre las tendencias generales y la dirección a seguir en materia de cooperación técnica. Además, nos esforzaremos por ejercer influencia sobre otros organismos de salud y reducción de desastres para lograr el establecimiento de objetivos regionales y cotas de referencia comunes para evaluar el progreso.

## **6. Monitorización y evaluación**

Reconocemos que la monitorización y la evaluación del progreso y del impacto en esta área técnica constituyen una parte vital de nuestro trabajo y nos esforzaremos por mejorar estas funciones. Para lograrlo enfocaremos la monitorización de tareas mediante dos vertientes o mecanismos.

### **6.1 Monitorización y evaluación interna por parte de la OPS**

En primer lugar, monitorizaremos el progreso mediante nuestros sistemas internos de rendición de informes, que forman parte integrante de los procedimientos institucionales regulares de gestión de programas, y se fundamentan en los planes bienales de trabajo. El personal monitorizará y recopilará datos e información sobre



el progreso alcanzado en actividades contempladas en los planes de trabajo y evaluará este progreso en función de indicadores e hitos de referencia fijados en los planes bienales de trabajo. La Organización utilizará esta información para ilustrar los resultados esperados por Región, de conformidad a lo establecido en el nuevo objetivo estratégico 5 de la OMS.

## **6.2 Monitorización y evaluación por parte de PED**

En segundo lugar, utilizaremos un conjunto de herramientas de supervisión más pormenorizada, específicamente ideada para el PED cuyo propósito es evaluar el impacto de nuestro trabajo. A través de este proceso de monitorización se examinarán aspectos mucho más cualitativos del programa que pueden servirnos para comprender la auténtica dimensión del efecto de nuestro trabajo. Si cabe aún más importante, hemos de esforzarnos por comprender la calidad de esos planes y las repercusiones que pudieran haber tenido en mejorar la continuidad de la prestación de servicios de salud durante un desastre.

En el 2006, se dio un gran paso adelante en este sentido, con el estudio regional que realizara la OPS sobre el estado de preparativos del sector de la salud en las Américas.<sup>16</sup> Aunque con limitaciones propias al estudio, consideramos que el informe derivado de este ejercicio constituye el primer intento de descripción objetiva de la realidad de la Región, con énfasis en los aspectos más cualitativos de la prestación de servicios de salud y de la gestión de desastres. Este primer estudio marcó un punto de inflexión en el logro de consenso entre los países con respecto a la necesidad de medir el nivel general de preparativos para desastres y de reducción de riesgos. Los datos de referencia básica de este estudio se utilizaron en la formulación del presente plan estratégico; contemplándose mejorar la metodología en el futuro para utilizarla como instrumento de referencia en la planificación regional y en el establecimiento de cotas de referencia. De manera idónea, se utilizará la información de salud para mejorar la planificación y enriquecer los conocimientos de todos los asociados en la Región.

Además del estudio, este Plan Estratégico 2008-2012 contiene resultados esperados acompañados de indicadores medibles (i.e. específicos, medibles, alcanzables, ajustados a la realidad y circunscritos a plazos). Este será el principal instrumento de planificación del PED y las actividades se emprenderán conforme a lo descrito en ese documento. Los resultados esperados y los indicadores correspondientes a los principales componentes de los programas figurarán en un marco lógico. Cada año, el Programa elaborará un informe anual completo que dará cuenta del nivel de progreso alcanzado en la consecución de los resultados esperados a la luz de los indicadores seleccionados.

Según se solicite, continuaremos presentando informes sobre desastres específicos e información adicional de manera informal a lo largo del periodo de ejecución. Asimismo, rendiremos informes a los órganos rectores por medio del sistema de supervisión de la OPS. La experiencia que se adquiera en el curso de la ejecución de este plan podría suponer un reajuste de los resultados esperados. Los cambios

---

<sup>16</sup> Estudio sobre los preparativos para desastres y la mitigación de desastres en el sector de la salud, elaborado por el Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre – marzo a julio de 2006 (<http://www.paho.org/spanish/dd/ped/CD47-34-s%5B1%5D.pdf>).

externos en el entorno podrían también dictar enmiendas en los resultados esperados o en las actividades.

### **6.3 Evaluaciones externas**

Además de las actividades de supervisión antes expuestas, continuaremos alentando el recurso a evaluaciones externas. Apreciamos la independencia y el objetivo rigor que han aportado estas evaluaciones en el pasado. Así, por ejemplo, el presente Plan Estratégico de Trabajo se revisó tomando en cuenta las recomendaciones incluidas en la última evaluación que se realizara en el 2007 y que fuera financiada por el Departamento de Desarrollo Internacional del Gobierno Británico/Departamento de Conflictos, Ayuda Humanitaria y Seguridad.

Acogeríamos con beneplácito una evaluación externa antes de que finalice la ejecución de este Plan Estratégico 2008-2012. Habida cuenta de que la evaluación realizada en el 2007 fue bastante completa, propondríamos una evaluación más abreviada en algún momento intermedio en el periodo de planificación, de manera que sea posible establecer un balance y reajustar el plan a la luz de los cambios en el entorno operativo y otros acontecimientos que pudieran darse en el sector de la salud y la gestión de desastres en la Región.

## **7. Premisas y riesgos**

Anticipamos la ejecución con éxito de este Plan Estratégico fundamentándonos en una serie de premisas, en particular que los preparativos para desastres y la gestión de riesgos seguirán siendo objeto de apoyo político a todo nivel en los Estados Miembros. Consideramos que existe un ímpetu positivo en este ámbito, impulsado en parte por el alentador inicio de la puesta en práctica del Marco de Acción de Hyogo, pero también debido a la creciente demanda política de las poblaciones de la Región para que sus gobiernos les concedan mejor protección. Tal vez, de manera irónica, cualquier desastre de gran magnitud, o “mega desastre”, que ocurriera en la Región en los próximos cinco años serviría, en última instancia, para reforzar la exigencia de mejores medidas en la gestión de riesgos. Otra premisa fundamental sería que todos los Estados Miembros gozaran de relativa estabilidad en el próximo quinquenio para que podamos edificar sobre la base de los logros ya alcanzados en cuanto a capacidad y conocimientos, tanto a nivel institucional como individual.

Dentro de la OPS, asumimos que la nueva orientación que se trace a tenor del Plan Estratégico de la OPS/OMS para 2008 – 2012 se ejecutará de manera eficaz y que el objetivo estratégico 5 se incorporará plenamente en toda formulación de programas nacionales de la OPS. En términos prácticos, asumimos que se dispondrá de manera ininterrumpida de financiación esencial para el funcionamiento del PED.

### **Riesgos**

Cabe identificar algunos riesgos que podrían poner en entredicho el progreso de las actividades contempladas dentro del plan estratégico del PED y la consecución de sus objetivos. No obstante, podemos adoptar diversas medidas para atenuar la probabilidad de

tales riesgos (prevención) y hacer frente a los acontecimientos si estos llegaran a ocurrir (mitigación). Estas estrategias se exponen en el cuadro 1 que figura a continuación.

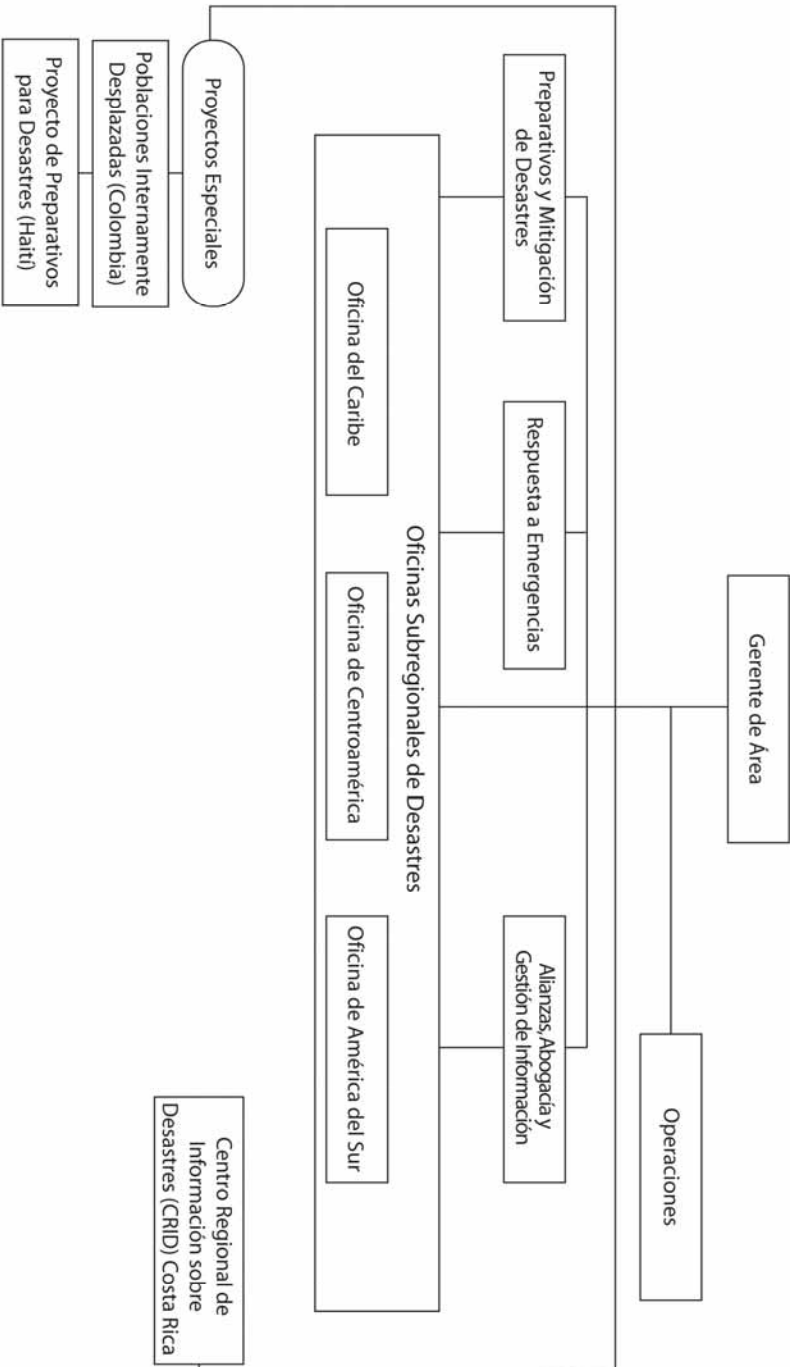
**Cuadro 1. Principales riesgos que enfrenta el PED y probables medidas de prevención y mitigación**

Riesgo	Probabilidad	Gravedad	Prevención y/o mitigación
La respuesta humanitaria hace pesar muchas exigencias en cuanto a tiempo de expertos y apoyo administrativo. Los procedimientos que rigen para los organismos del sistema de la ONU no son particularmente idóneos para actividades operativas de respuesta en el campo.	4	4	El cambio de los procedimientos burocráticos establecidos es un proceso lento y complejo. En su defecto, trataremos de establecer planes de contingencia para nuestras operaciones de intervención y para asegurarnos el acceso a cauces rápidos y flexibles para el desembolso inmediato de fondos en respuesta a una emergencia.
Existe el riesgo real de desviar la dedicación de personal que realiza actividades de gestión de riesgos para que se ocupe de prioridades en la respuesta a desastres. De ocurrir ciertos desastres que afectan a varios países, tales como las fuertes estaciones de huracanes registradas en 2004 y 2005, podrían perjudicar la ejecución del plan de trabajo del Programa.	3	4	Se puede paliar en cierta medida este riesgo delegando tanto cuanto sea posible la ejecución de tareas a PWR y a los programas técnicos, y absteniéndonos de presentar propuestas cuya ejecución podría plantear dificultades.
Equivocadamente, pudiera percibirse el trabajo en materia de preparativos para emergencias y respuesta a éstas como una responsabilidad adicional secundaria frente a la labor normativa y de desarrollo regular de la Organización.	2	3	Bajo el nuevo Plan Estratégico 2008 – 2012 de la OPS y el objetivo estratégico 5, existe un mayor compromiso institucional de trabajo en este ámbito, tornándose obligatoria la gestión de riesgos. Consolidaremos este compromiso institucional proporcionando a nuestros colegas información e instrumentos pertinentes para que adapten sus carteras de actividades existentes, sin que ello entrañe un aumento en su volumen de trabajo.
Los cambios políticos pueden dar lugar a una extremadamente intensa rotación de personal que pudiera causar años de regresión en nuestros esfuerzos de fortalecimiento institucional.	3	5	Buscaremos institucionalizar el programa dentro de los ministerios de salud y convencer a los responsables políticos de la adopción de decisiones de que la reducción de riesgos asociados a desastres es una función básica esencial de los servicios de salud.
La falta de personal calificado será un impedimento para nuestros esfuerzos de fortalecimiento de la capacidad en el sector de la salud.	3	3	Ante este riesgo, redoblabremos esfuerzos permanentes para impartir formación directa y brindar apoyo en la planificación, la concepción y la elaboración de material de formación profesional y de cursillos que puedan impartir y entregar nuestros socios establecidos.
La falta de participación del sector privado supone que en grandes segmentos de la prestación de servicios de salud podría no abordarse de manera adecuada los preparativos y la gestión de desastres	3	3	Buscaremos atraer a proveedores privados de servicios de salud y entablar relaciones con ellos mediante campañas de comunicación específicas mejoradas y la coordinación con organismos profesionales y comerciales.

\* En una escala de 1 a 5, donde 1 corresponde a poco probable y 5 a probable.

\*\*En una escala de 1 a 5, donde 1 corresponde a anodino y 5 a grave.

## Area de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Coordinación del Socorro en Casos de Desastre ORGANIGRAMA FUNCIONAL



Anexo 1: Organigrama OPS/PED

## Anexo 2 Siglas

CAPRADE	Comité Andino para la Prevención y Atención de Desastres
CCH	Centro de Coordinación Humanitaria
CDERA	Agencia del Caribe para Respuesta en Emergencias por Desastres
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEPREDENAC	Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres en América Central
CERF	Fondo Central de las Naciones Unidas de Respuesta a Emergencias
CIDA	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
COE	Centro de Operaciones de Emergencia
CRID	Centro Regional de Información sobre Desastres
DFID/CHASE	Departamento de Desarrollo Internacional del Gobierno Británico/ Departamento de Conflictos, Ayuda Humanitaria y Seguridad
EIRD	Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres (ONU)
FICR	Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja
GAMiD	Grupo Asesor en Mitigación de Desastres
IFI	Instituciones financieras internacionales
IASC	Comité Permanente entre Organismos
LSS/SUMA	Sistema de Apoyo Logístico/Sistema de Manejo de Suministros Humanitarios
MSF	Médecins Sans Frontières (Médicos sin Fronteras)
OCHA	Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OFDA/USAID	Oficina de Asistencia al Exterior en Casos de Desastre de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PED	Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre
PIB	Producto Interno Bruto
PTB	Plan de Trabajo bienal
PWR	Representante de país de la OPS/OMS
REDLAC	Riesgos, Emergencias y Desastres en Latinoamérica y el Caribe
REMSAA	Reunión de Ministros de Salud de los Países Andinos
RESSCAP	Reunión de los Sectores de Salud en Centroamérica y Panamá

RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SARS	Síndrome respiratorio agudo grave
SMART	Resultados esperados: e <b>S</b> pecíficos, con <b>M</b> ensurables, <b>A</b> lcanzables, <b>R</b> ealistas y circunscritos a un <b>T</b> tiempo
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



*Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud*

525 Twenty-third Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037

Tel: (202) 974-3434  
Fax: (202) 775-4578  
e-mail: [disaster@paho.org](mailto:disaster@paho.org)  
[www.paho.org/desastres](http://www.paho.org/desastres)