



DESASTRES

Enfoque 2

Perspectiva 4

Países Miembros 5

Recursos de Información 11

Próximos Eventos 12



Preparativos y Mitigación en las Américas

December 2017 Número 125



Foto: Santiago Urquena/OPS/OAS

Barbuda: El hospital Hanna Thomas y el centro de salud Hanna Thomas tras el paso del huracán Irma.

Huracanes Irma y María: acciones de respuesta en el sector de la salud

En el lapso de un mes, varias naciones del Caribe fueron azotadas por dos huracanes de categoría 5, con vientos de hasta 160 mph (260 km/h). El huracán Irma atravesó 11 islas en el Caribe desde el 5 de setiembre de 2017, seguido una semana después por huracán María, que impactó en seis islas, incluidas en tres pertenecientes a Puerto Rico, Islas Turcas y Caicos, y las Islas Vírgenes de EUA, que habían sido afectadas previamente por Irma. La población total de las islas es de 37,2 millones de personas.

El impacto de estos huracanes varió desde viento y lluvia moderados en algunas islas hasta la pérdida importante de infraestructura y medios de subsistencia en otras. Según los reportes de la evaluación inicial de daños a la infraestructura de Antigua y Barbuda, Saint Martin, y Sint Maarten tuvieron un promedio de más del 85% de destrucción por el paso de Irma, mientras que Anguila y las Bahamas se vieron menos afectadas con un promedio de destrucción de edificios e infraestructura del 30%.

(continúa en la página 2) >>

Editorial

La coordinación para la asistencia humanitaria en el sector de la salud avanza en las Américas

La 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana culminó el pasado 29 de setiembre con la aprobación de la agenda de salud sostenible para las Américas (2018-2030), revisión de los progresos de estrategias y planes vigentes como el Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria, que tuvo una destacada referencia técnica y política

(continúa en la página 3) >>

Huracanes Irma y María:

acciones de respuesta en el sector de la salud

El país más afectado por el huracán María fue Dominica, con más del 90% de la infraestructura de la isla destruida y daños graves a los sistemas de agua potable, electricidad y a los servicios de telecomunicaciones⁴. La tasa de mortalidad reportada fue de 37 muertes por 100.000, seguida de Saint Martin con una tasa de 28 y Anguila con 27 por 100.000, respectivamente. El recuento de mortalidad total más alto ha sido en Puerto Rico con 45 muertes, seguido de Dominica con 27 y San Martín (información de Saint Martin o Sint Maarten, o toda la isla?) y Cuba, ambos con un total de 10 muertes.

El impacto de los huracanes fue más allá de la infraestructura física. Las consultas diarias en los centros de salud y la atención en los hospitales también se interrumpieron hasta que se rehabilitaron las instalaciones. Los daños fueron desde lo estructural hasta los sistemas críticos como agua, electricidad y comunicaciones, además de afectación a equipos especializados de alto costo y suministros médicos; el daño en las carreteras limitó el arribo de suministros a las instalaciones afectadas, que también incidió en la atención de la salud.

Según los datos preliminares, hasta el 1 de octubre de 2017 se requirió rehabilitación y/o reconstrucción en 1.140 centros de salud en el Caribe (la afectación en todas las islas excepto Cuba, es de 171, mientras que Cuba reportó daños en 969 establecimientos de salud).

Las actividades de respuesta de la OPS/OMS en apoyo a los Estados Miembros

durante esta emergencia incluyeron: activación de equipos regionales de respuesta para brindar apoyo a las autoridades nacionales en la evaluación de daños en salud, restauración de la capacidad de atención médica y acceso a servicios de salud en las áreas más afectadas, aumento de la vigilancia epidemiológica, apoyo en la distribución de agua segura, medidas de saneamiento de emergencia y control de vectores, y fortalecimiento de la coordinación de la asistencia humanitaria y la gestión de la información.

Hasta el 11 de octubre, se movilizó a 50 misiones de expertos a 11 países y territorios del Caribe (Anguila, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Islas Vírgenes Británicas, Cuba, Dominica, Haití, Sint Maarten, y las Islas Turcas y Caicos).

Para asegurar el restablecimiento de las operaciones en los establecimientos de salud, se brindó apoyo para el fortalecimiento de las capacidades de las autoridades nacionales en la metodología de evaluación de daños en hospitales y se realizaron evaluaciones conjuntas, en Anguila, las Islas Vírgenes Británicas, Sint Maarten y Turcos y Caicos, de la funcionalidad de sistemas críticos dentro de las instalaciones de atención médica afectadas.

Se proporcionó a los diversos ministerios de salud insumos médicos, equipos, medicinas, vacunas e insecticidas. Estos suministros fueron movilizados desde el almacén estratégico de la OPS en Panamá o adquiridos a proveedores locales y regionales, y transportados por aire y mar, con el apoyo de los Cuerpos Médicos Interna-

cionales (IMC), Direct Relief, la Armada holandesa y otras partes. Adicionalmente, se movilizó vacunas por aire desde Haití y Jamaica, con apoyo del Fondo Estratégico de OPS/OMS, en respuesta a un requerimiento urgente realizado por Dominica y las Islas Vírgenes Británicas.

Las capacidades disponibles en el terreno fueron utilizados para solventar problemas, tal como lo muestra el ejemplo de la coordinación de los ingenieros holandeses y de la OPS para reparar la planta de agua en el Hospital de Dominica.

Como parte del apoyo a la coordinación y monitoreo de equipos médicos de emergencia (EMT) se activó la Célula de Coordinación (CICOM). Hasta la fecha de elaboración de este reporte, 12 equipos estuvieron coordinando o informando sobre sus actividades al CICOM. De estos 12 equipos, nueve están activos en Dominica, donde continúan apoyando la emergencia.

Los huracanes Irma y María demostraron la importancia de los esfuerzos de preparación antes desastres. El esfuerzo del sector de la salud contribuyó a una adecuada respuesta reflejada en el bajo número de muertes y hospitales afectados, a pesar de la capacidad destructiva de ambos eventos; el apoyo de la comunidad internacional será vital para las acciones de recuperación.

Puede encontrar mayor información en el sitio web: www.paho.org/emergencias. 

⁴ Disponible en: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2017107-DOM-Dominica_Situation%20Report%20%234%20United%20Nations.pdf.

La coordinación para la asistencia humanitaria en el sector de la salud avanza en las Américas



Foto: David Spatz OPS/OPS

29ª Conferencia Sanitaria Panamericana.

por el reciente impacto de los huracanes Harvey, Irma y María en el Caribe y Estados Unidos, y por dos terremotos en México.

En ese contexto, la directora de la OPS/OMS, Dra. Carissa F. Etienne, quien fue reelegida por unanimidad para un segundo mandato de cinco años, manifestó que "(la Organización) se solidariza con ustedes (los Estados Miembros) mientras reconstruyen sus vidas, hogares, medios de subsistencia, infraestructura física y la salud mental de sus pueblos"¹, e insistió en el llamado "sobre la necesidad imperiosa de abordar, sin demora, la cuestión del cambio climático y sus efectos..."²; en alusión a la salud de las personas y el fortalecimiento de las capacidades para mantener operativos los servicios de salud en emergencias y/o desastres.

La 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana, fue además escenario para la presentación de "Salud en las Américas + 2017", publicación que destaca: "... los desastres asociados a sismos y huracanes, entre otros fenómenos, son otros de los retos regionales. Entre 2010 y 2016, la Región enfrentó 682 desastres, el 20,6% del total mundial y esos desastres tuvieron

un impacto económico estimado en más de 300.000 millones de dólares"³.

En consecuencia, el Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria, aprobado en 2014 y examinado a mitad de período en esta Conferencia Sanitaria Panamericana, demuestra su vigencia y relevancia, pero mejor aún evidencia los avances significativos respecto de las líneas estratégicas del plan: a) alianzas estratégicas, cooperación entre países y acuerdos internacionales; b) equipos médicos de emergencia; y c) liderazgo, coordinación y rendición de cuentas.

Un hecho relevante es el acuerdo multilateral de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) que reconoció la estandarización de los Equipos Médicos de Emergencia (EMT, por sus siglas en inglés) y 12 de sus países miembros comprometieron sus esfuerzos para conformar parte de la red interamericana para emergencias en el sector de la salud.

Hasta la fecha, 21 países de la Región han formado a 64 expertos nacionales como coordinadores de los EMT. Cuatro países han implementado la metodología CICOM—Célula de información y coordinación de

equipos médicos nacionales e internacionales—para la solicitud, registro y coordinación de equipos médicos de emergencia.

En 15 Estados de la Región se organizó talleres de capacitación sobre los procedimientos de coordinación para la recepción y envío de EMT por ahora, cinco naciones integran los procedimientos en sus mecanismos nacionales. Chile, Colombia y Perú mantienen el proceso. Costa Rica y Ecuador ya alcanzaron la clasificación EMT.

Ciro Ugarte, Director de Emergencias en Salud de OPS, en su intervención señaló que esos resultados muestran los avances del Plan que, en algunos casos, ya han sido superados en esta mitad de período por la progresiva capacidad instalada en la región y los esfuerzos coordinados entre países. Evidencia de ello —dijo— "es el Centro Nacional de Operaciones de Emergencia en las Islas Vírgenes, que por el paso del huracán Irma se trasladó y operó desde un hospital; en Dominica el huracán María, si bien afectó un importante hospital, este siguió operando y está recuperándose; en México, tras el terremoto, casi todos los hospitales se encontraban operativos, a diferencia de hace 32 años cuando muchos tuvieron daños severos y/o colapsaron".

Recalcó además que "hoy en día tenemos hospitales inteligentes (verdes y seguros) gracias al personal de salud que es el verdadero actor de este trabajo; Haití envió vacunas a las Islas Vírgenes, con apoyo de República Dominicana, como muestra de solidaridad, coordinación y capacidad de respuesta de los países".

1 Organización Panamericana de la Salud (PAHO, por sus siglas en inglés) Washington (DC) 2017. Disponible en: <http://bit.ly/2kgnGU5>.

2 *Ibid.*

3 Organización Panamericana de la Salud (PAHO, por sus siglas en inglés) Washington (DC) 2017. Disponible en: <http://bit.ly/2jvzrwV>.



Foto: Victor Anscan/OPS/OMS



Serie de orientación sobre recuperación en casos de desastre
Recuperación del sector de la salud



Nota de orientación:

Recuperación en el sector de la salud después de un desastre

El documento proporciona una orientación amplia y práctica sobre decisiones claves, planificación, financiamiento y ejecución; así como actividades para desarrollar y poner en marcha un plan de recuperación; adicionalmente, se describen los errores comunes y las maneras de superarlos.

En la actualidad existen abundantes textos que abordan las emergencias de salud, su continuidad y recuperación posdesastre. Sin embargo, la mayor parte de ese material puede ser abrumador para las necesidades prácticas de los funcionarios del sector de la salud, que enfrentan retos y desean una orientación clara, concisa y accionable para liderar, apoyar y hacer factible los esfuerzos de recuperación.

Con este desafío en mente, el Mecanismo Mundial para la Reducción y Recuperación de Desastres (GFDRR), la Organiza-

ción Panamericana de la Salud (OPS) y la Plataforma Internacional de Recuperación (IRP, por sus siglas en inglés) han elaborado una breve guía de orientación para la recuperación del sector de la salud después de un desastre, basándose en una amplia revisión documental y en consultas a expertos.

La guía se encuentra disponible en inglés, español y francés en los sitios web de GFDRR y OPS.

Además, se ha establecido el sitio denominado Recovery Hub que contiene un conjunto de notas de orientación y referencias rápidas para: desarrollar marcos de referencia y evaluar necesidades después de los desastres, la recuperación de sectores específicos, entre ellos: educación, protección social, energía y transporte, medio ambiente, género, y vivienda. [▶](#)

La red de centro de información de América Latina—RELACIGER—consolida alianzas estratégicas

Del 19 al 22 de setiembre de 2017, en San José (Costa Rica), se reunieron representantes de alto nivel, responsables de la gestión de información de los sistemas nacionales de gestión del riesgo de desastres y los miembros de la Red Latinoamericana de Centros de Información en Gestión del Riesgo de Desastres (RELACIGER), con la finalidad de revisar el objetivo de la Red, discutir los avances en tecnología de información, y además participar en el simposio internacional sobre manejo de información basada en evidencia para la gestión de emergencias y desastres.

El evento contó con el apoyo técnico y acompañamiento del Centro Regional de Información sobre Desastres para América Latina y Caribe (CRID), la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos (NLM por sus siglas en inglés), el Departamento de Emergencias en Salud de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), y la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE) de Costa Rica, así como con los aportes técnicos de los representantes de los sistemas de gestión del riesgo de desastres de Honduras, Colombia, Bolivia, Ecuador, Panamá, El Salvador, Universidades de Honduras, Guatemala, Nicaragua y los Ministerios de Salud de Bolivia y Nicaragua.

El evento permitió identificar oportunidades de intercambio de conocimiento y alianzas con organismos nacionales, organizaciones de cooperación internacional, universidades, y apoyo técnico-político en los países.

La agenda abordó aspectos conceptuales, buenas prácticas en la atención de emergencias, gestión organizacional y desarrollo de capacidades de los centros para la articulación de esfuerzos, novedades en herramientas tecnológicas para el manejo de información, uso de redes sociales para la recolección y diseminación de información en situación de desastres, entre otros.

Las presentaciones de los temas se encuentran disponibles en el sitio web de RELACIGER: www.relaciger.org/wordpress/?p=1501472.

The screenshot shows the RELACIGER website interface. At the top, it says 'Bienvenido a RELACIGER' and 'Información confiable para reducción de desastres en las Américas'. Below this is a row of logos for various partner organizations including UNISDR, INEGI, UNICRI, and others. A navigation bar contains links like 'INICIO', 'LA INICITRA', 'CENTROS DE INFORMACIÓN', etc. The main content area features a 'Pronóstico Huracanes 2017' section with a map of the Caribbean region. Below that is a 'Últimas Noticias y Artículos en Nuestro Blog' section with two article teasers: 'Sinapred a conocer medidas antes de la llegada de depresión tropical' and 'Revisión de la temporada de huracanes de 2017'. To the right, there is a 'Widjet Redes Sociales' section with social media feeds. The footer includes a 'Con el Apoyo de:' section with logos for NIH, NLM, CRID, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, UNISDR, and others.

El taller permitió también nombrar el Comité Consultivo de RELACIGER, así como también analizar la producción de recursos de información y comunicación en gestión del riesgo de desastres (disponible en www.relaciger.org/wordpress) y delinear una nueva visión para la gestión de información como pilar de los sistemas de gestión de riesgo en las Américas.



Entrega de equipamiento para seguridad y autocuidado de personal de salud que trabaja en zonas propensas a violencia, Mejicanos, El Salvador.

Honduras y El Salvador

Zonas propensas a violencia motivan “servicios de salud seguros y resilientes”

Honduras y El Salvador son parte de la iniciativa que prioriza seis hospitales ubicados en zonas sensibles, con alta demanda de servicios de salud.

El objetivo es “mejorar la capacidad de atención... mediante el diagnóstico del impacto de la violencia (colectiva y/o comunitaria) en los servicios de salud, y la demanda de atención médica asociada, así como el fortalecimiento de los componentes funcional y no estructural de la seguridad hospitalaria”.

Por ahora, la aplicación de la herramienta “*Rapid Preparedness Assessment for Health Care Facilities – RPA*”, que analiza componentes como: los peligros a los que se enfrenta la instalación, los procedimientos de gestión administrativa vigentes, y el estado de la infraestructura física, determinó que a pesar de que el personal

de salud describe situaciones de violencia (amenaza verbal/intimidación, paciente/familiar violento, ataque físico, intrusión, robo/hurto, ataque armado, extorsión, afluencia masiva de personas, paciente de alto impacto, restricción de la movilidad, entre otras), no las perciben como una amenaza.

Sus planes hospitalarios de emergencia no consideraron el análisis del riesgo, no cuentan con planes específicos para la respuesta, ni procedimientos operativos de seguridad, y tampoco se tiene definidos protocolos de intervención psicosocial u orientación para pacientes y funcionarios afectados por situaciones de violencia.

En consecuencia, entre las acciones prioritarias implementadas por la iniciativa, se destacan:

- La preparación de protocolos y flujos de acción para el manejo

de las heridas por armas de fuego y punzocortantes, para ambos países, en estrecha coordinación con el Ministerio/Secretaría de Salud, el Colegio Médico y de Cirujanos, y el Sistema de Emergencias Médicas;

- Capacitación de médicos y enfermeras en soporte vital avanzado en trauma (ATLS), manejo de lesiones por arma de fuego y arma punzocortante, soporte vital básico;
- Capacitación de 48 nuevos instructores nacionales en “soporte vital avanzado cardiológico y trauma grave”;
- Desarrollo de guías de autocuidado, apoyo psicosocial y salud mental para víctimas de la violencia, que contempla a la población general y personal de salud (“Ruta de atención para personal de salud que enfrenta situaciones de violencia”, que incluye el cuaderno individual de trabajo para autocuidado, la guía de intervención rápida de comportamiento comunitario, la guía de intervención rápida para personal de salud en crisis, la guía de uso de espacio de autocuidado y acciones que fortalezcan el autocuidado a nivel institucional);
- Elaboración de la guía regional de asistencia en salud mental y asistencia psicosocial en contextos de violencia;
- Desarrollo de mapas de riesgo de violencia de centros de salud e identificación de rutas y horarios seguros para acceder a los servicios de salud;
- Elaboración—en conjunto con los funcionarios de los hospitales—de los procedimientos operativos de seguridad y su inclusión en los planes hospitalarios de emergencia;
- Compra e instalación de insumos para fortalecer los sistemas de video vigilancia y seguridad de los hospitales priorizados y señalética relacionada con la política de No Armas, rutas de evacuación, salidas de emergencia y áreas críticas;
- Preparación de una campaña de información y concienciación comunitaria, con mensajes claves dirigidos a la protección de los servicios y personal de salud, que incluye mensajes radiales, videos cortos para los circuitos cerra-

dos de los servicios de salud, folletos, entre otros.

Con estos antecedentes, se recomendó además la inclusión de la violencia, como una amenaza, en los análisis de riesgo de las instituciones de salud y en sus correspondientes planes hospitalarios de emergencia y contingencia; y considerar la revisión y ajuste de la herramienta “RPA” al contexto de violencia colectiva y comunitaria sin conflicto armado, que caracteriza a la región y hacer de esta un anexo al Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH).

La iniciativa desarrollada desde 2016, con el apoyo del Programa de Preparación ante los Desastres del Departamento de Ayuda Humanitaria y Protección Civil (DIPECHO) de la Comisión Europea (ECHO), es promovida por el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR)—Unidad de Agua y Hábitat y el equipo del Proyecto de Asistencia de Salud en Peligro (HCiD)—la Federación Internacional de Hospitales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Médicos Sin Fronteras (MSF). 

Hospitales priorizados en zonas de violencia

El Salvador	Honduras
<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez" de San Salvador (NNM). • Hospital Nacional y Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez" de Soyapango (HNP). • Hospital Nacional General "Dr. Juan José Fernández" Zacamil de Mejicanos (HNZ). 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Escuela Universitario de Tegucigalpa. • Hospital de Especialidades Dr. Mario Catarino Rivas de San Pedro Sula. • Hospital General de El Progreso.



Curso de Soporte Vital Avanzado en Trauma Grave (SVAT) para personal de unidades de emergencias de hospitales en zonas propensas a violencia.

Foto: Beatriz Morrey/OPS/OMS



México: respuesta y recuperación del sector salud a los terremotos de setiembre de 2017

El 17 y 19 de setiembre de 2017, México sufrió importantes pérdidas humanas y materiales a consecuencia de dos sismos que afectaron principalmente a Morelos, Oaxaca, Chiapas y la Ciudad de México. En apoyo al sector de la salud y la población, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) activó a sus expertos del Equipo de Pronta Respuesta (EPR).

Ante los eventos se puso en marcha el Plan Nacional de Contingencias (Plan MX) y al Comité Nacional de Emergencias para coordinar la respuesta a nivel local, municipal y federal. La Secretaría de Salud (SS), hizo lo propio con el fin de aumentar la capacidad de atención de los establecimientos de salud, facilitar el acceso a sus servicios en las áreas afectadas, incluida la atención de salud mental; garantizar el acceso seguro a las medidas de saneamiento durante la emergencia, y asegurar la coordinación eficiente y mejora continua para satisfacer las necesidades humanitarias urgentes.

El Gobierno Federal dio respuesta a las necesidades emergentes: reubicación de los

pacientes que se encontraban en establecimientos de salud declarados con daños, atención médica en todos los hospitales del sistema nacional de salud sin distinción por derecho-habiciencia, priorización de las atenciones consideradas de emergencia y reprogramación de procedimientos quirúrgicos no urgentes.

Además, dispuso la movilización de equipos médicos hacia las zonas afectadas, la evaluación estructural de instalaciones médicas, declaratoria de emergencia de 16 delegaciones de la Ciudad de México, 33 municipios del estado de Morelos, 112 municipios de Puebla y 5 de Guerrero; verificación de la disponibilidad de insumos médicos, enfoque en el funcionamiento del sistema de vigilancia epidemiológica y movilización de equipo médico profesional para atención psicológica en albergues y hospitales.

Para el 21 de setiembre se había evaluado 134 unidades de salud: 90 se encontraban en funcionamiento, 31 funcionando de manera parcial y 13 no funcionales, de éstas últimas, 4 pertenecían a Morelos, 4 a México, 3 a Puebla y 1 a Tlaxcala.

Se brindó atención médica a 9.500 heridos en la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y otras unidades; no existió sobre saturación de los servicios de salud. Sin embargo, en Oaxaca, Morelos y Chiapas se instalaron de manera temporal unidades móviles de atención dirigidas a los albergues y comunidades sin acceso a los centros de salud y hospitales. En el estado de Oaxaca se instalaron tres unidades móviles con la participación de la SS y personal de la Armada de México.

OPS/OMS apoyó a través de la implementación del Sistema de Manejo de Suministros Humanitarios LSS/SUMA en los almacenes de salud y además capacitó a los funcionarios del gobierno de la ciudad de México y de la Secretaría de Salud del estado de Morelos en la distribución de medicamentos y suministro de donaciones, así como en el uso adecuado de la herramienta.

Siete hospitales de la ciudad de México, entre otros, brindaron servicios de salud

mental, de acuerdo a la guía técnica de salud mental en situaciones de emergencia.

En relación al agua potable, la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA) hizo una evaluación de las zonas afectadas para detectar las localidades, colonias o municipios sin abastecimiento. Se detectó que los ramales de Tláhuac y Mixquic Santa Catarina (Ciudad de México) sufrieron daños importantes contabilizando 26 fugas, las cuales posteriormente fueron reparadas con cambio total de las tuberías. Además, en Morelos hubo fisuras en 3 presas, 4 plantas de tratamiento y 3 depósitos de agua.

Mientras eran reparadas las fugas de tuberías y depósitos, fue necesario asegurar el abastecimiento de agua potable de

emergencia en la Capital del país, Morelos y Puebla. También se aseguró la cloración de agua, sistema de gestión de excretas, el buen funcionamiento del sistema de recolección de basura y la distribución de materiales básicos de higiene.

Otro aspecto importante en la emergencia fue la alimentación de los damnificados, que demandó poner en operación la distribución rápida de víveres de buena calidad, inocuos y de manera sostenida. La Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) desplegó la atención de comedores comunitarios en las 6 entidades federativas más afectadas (Morelos, Oaxaca, Chiapas, Ciudad de México, Estado de México y Guerrero). Cabe men-

cionar que la sociedad civil adquirió un papel relevante en la distribución de alimentos durante las actividades de respuesta a la emergencia, apoyando en centros de acopio y cerca de las edificaciones para abastecer al personal de rescate.

La cooperación internacional se articuló también con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para el establecimiento de la respuesta a emergencias y coordinación del grupo UNETE, que definió seis subgrupos integrados por las agencias, fondos y programas de la ONU en México: salud, educación, recuperación temprana, comunicación e información, agua, saneamiento e higiene, y protección y albergues. 

 **7 de setiembre a las 23:49:18 horas, magnitud 8,2 grados en la escala de Richter, epicentro a 133 kilómetros al suroeste de Pijijiapan (Chiapas) y a 58 km de profundidad**

 **19 de setiembre a las 13:14:40 horas, magnitud 7,1 grados en la escala de Richter, epicentro a 12 km al sureste de Axochiapán, Morelos y a 57 km de profundidad**



Viviendas verificadas:

Se verificó daños en 44.206 viviendas. En Ciudad de México se realizó la evaluación estructural de 10.903 inmuebles, de los cuales 500 se catalogaron en color rojo (daños estructurales graves).



Servicios de salud:

134 unidades de salud evaluadas: 90 en funcionamiento, 31 funcionando parcialmente y 13 no funcionales (4 en Morelos, 4 en Ciudad de México, 3 en Puebla y 1 a Tlaxcala).



Servicio educativo:

14.907 escuelas tienen algún tipo de daño, 288 planteles deberán reconstruirse totalmente y 6.175 requieren reconstrucción parcial.



Atenciones médicas:

9.536 personas atendidas.



Promoción de la salud:

348.313 actividades de promoción en viviendas y 20.341 pláticas informativas.



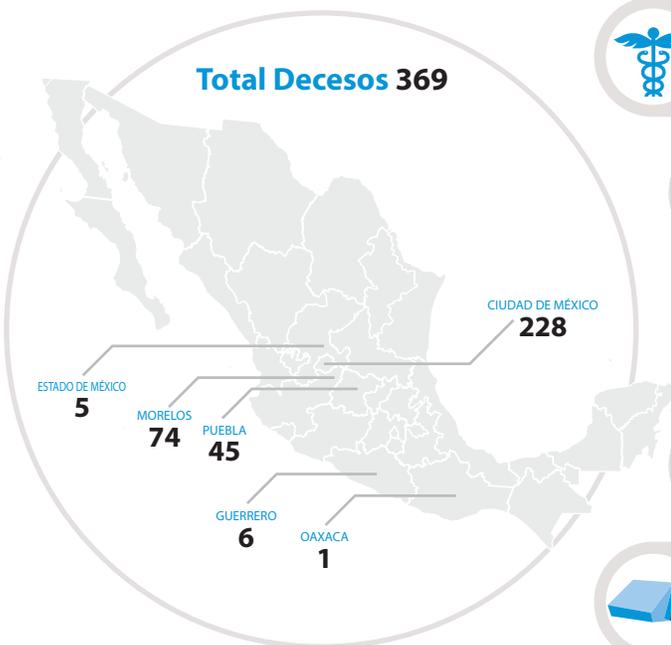
Refugios temporales:

76 refugios albergan a 4.505 personas; 44 en Morelos con 3.795 personas, 20 en Ciudad de México con 451 personas, 8 en Estado de México con 117 personas y 4 en Guerrero con 142 personas.



Agua y saneamiento:

Cloración de 2.603.06 litros de agua, distribución de 5.959 tabletas de hipoclorito de calcio, 688 pláticas a la comunidad sobre alimentación higiénica y saneamiento básico, y aislamiento de 3.922,3 kg de medicamentos caducados y 171,1 kg de medicamentos controlados.





Entrega del reconocimiento de la clasificación como EMT tipo II y célula quirúrgica a la Ministra de Salud Pública de Ecuador, Dra. Verónica Espinosa, por parte del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, junto a la Dra. Carissa F. Etienne, Directora de la OPS/OMS, el Dr. Peter Salama, Director Ejecutivo del Programa de Emergencias en Salud de la OMS, y el Dr. Ciro Ugarte, Director del Departamento de Emergencias en Salud de la OPS/OMS.

Equipo médico de emergencia de Ecuador recibió clasificación como EMT de la OMS

El equipo médico de emergencias del Ministerio de Salud Pública de Ecuador es el segundo de la región de las Américas en recibir la verificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como parte de su iniciativa de Equipos Médicos de Emergencia (EMT por sus siglas en inglés).

En una ceremonia realizada en la sede de la Organización Panamericana de la Salud, en Washington, D.C., el Director General de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, entregó el reconocimiento de la clasificación a la ministra de Salud Pública de Ecuador, Verónica Espinosa, junto con la Directora de la OPS, Carissa F. Etienne. Ambos felicitaron a Ecuador por su logro.

El objetivo de esta clasificación es crear un listado internacional para asegurar una respuesta previsible y coordinada de Equipos Médicos de Emergencia que han demostrado

que cumplen con los estándares y técnicos internacionalmente acordados para EMT.

"Esta es una manera para Ecuador de devolver aunque sea un poco, todo lo que recibimos después del terremoto" que azotó al país en 2016, afirmó la ministra Espinosa.

Los EMT tipo 2 prestan atención de emergencia las 24 horas, pueden facilitar cuidados ambulatorios de urgencia, hacer cirugías generales y obstétricas de emergencia, además de tratar fracturas y heridas. Pueden desplegar un hospital de campaña con al menos 20 camas, con servicios de laboratorio, radiología, quirófano, transfusiones y hasta cuentan con una unidad de rehabilitación. Son totalmente autosuficientes durante el tiempo de su misión.

Entre el 13 y 15 de septiembre de 2017, una misión internacional de la OPS/OMS con expertos de Costa Rica, Estados Uni-

dos y Perú verificó el cumplimiento de los estándares mínimos de los EMT. Revisaron la documentación de los procesos, normas y guías de atención a pacientes, procesos administrativos y logísticos y los protocolos de activación, desplazamiento y desactivación de los EMT. En Guayaquil evaluaron al hospital Móvil 1 y a una unidad quirúrgica. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador cuenta con hospitales móviles y unidades quirúrgicas, que se adecuaron para ser clasificados como EMT y pueden desplegarse por carretera en un plazo no mayor a 48 horas en siete camiones que lo transportan.

Hasta el momento, se han clasificado equipos EMT de Alemania, Australia, China, Israel, Japón, Nueva Zelanda, Reino Unido, Rusia, y Costa Rica, que fue el primer país de la región en sumarse. 

Herramienta WISER cada vez más útil

Varios grupos de usuarios probaron la herramienta e hicieron sus recomendaciones

La información es poder, especialmente cuando los primeros en responder a emergencias o aquellos que reciben ayuda debido a incidentes con materiales peligrosos (HazMat), químicos, biológicos, radiológicos, nucleares (CBRN), y el tiempo resulta esencial frente a la posibilidad de múltiples víctimas, incluidos ellos mismos. Por ello, la Biblioteca Nacional de Medicina (NLM, por sus siglas en inglés) pone a disposición un conjunto de herramientas y aplicaciones HazMat/CBRN, de libre acceso para estos grupos. Entre ellas:

- Sistema de información inalámbrica para los respondedores de emergencia (WISER)
- Riesgos químicos y gestión médica de emergencia (CHEMM)
- Gestión médica de emergencia por radiación (REMM).

La herramienta más popular, WISER, recopila información de muchas fuentes confiables y proporciona soporte de identificación, características físicas, información de salud humana, consejo de contención y supresión y capacidades de mapeo. WISER está disponible para descargar a las PC de Windows, así como una aplicación para dispositivos móviles (iOS y Android).

Una versión en línea (WebWISER) también se puede utilizar a través de un navegador web cuando la conexión a Internet está disponible. Debido a su amplia base de usuarios, que abarca la seguridad pública, la salud y los planificadores/capacitadores, NLM llevó a cabo un estudio de usabilidad para determinar si la herramienta proporcionaba el tipo de



información que se necesitaba, en el formato y los dispositivos requeridos.

El estudio se realizó en los cinco grupos de usuarios de WISER (primeros en responder, especialistas en materiales peligrosos (HazMat), EMS, proveedores de hospitales, y planificadores). Nueve participantes de cada grupo usaron la herramienta, profundizaron en las fuentes de información y la estructura, características especiales, herramientas, y otros, probaron su utilidad y funcionalidad.

Los resultados mostraron que muchos usuarios tenían conocimientos previos de WISER, pero pocos conocían todas las capacidades que ofrecía. La mayoría sabía cómo buscar sustancias y encontró la información útil, pero sólo los especialistas en materiales peligrosos eran los más familiarizados con las características especiales.

Ellos encontraron que la herramienta

era fácil de usar, aunque tenía algunos problemas con la navegación. Además, a veces la información no se presentó de manera lo suficientemente concisa para sus necesidades. Esta retroalimentación del usuario ha proporcionado la guía necesaria para hacer la herramienta más completa y fácil de usar. Algunos cambios (navegación, videos tutoriales, y otros) ya se han incorporado, y varios están pendientes.

Dichos estudios deben realizarse periódicamente en todas las herramientas y aplicaciones de seguridad pública/salud/medicina, para asegurar que evolucionan con las demandas del campo.

Esperamos que descargue y explore la gran cantidad de información proporcionada en WISER y nuestras otras herramientas, y que se sienta libre de proporcionar comentarios para ayudarnos a mejorarlo, en: dimrc@nlm.nih.gov.

Próximos Eventos

7ma Conferencia Anual Internacional del Instituto de Recuperación de Desastres (DRI 2018)

11-14 de febrero de 2018/Nashville, Estados Unidos de América.

<http://driconference.org>

El evento reunirá a expertos mundiales para que compartan sus experiencias y conocimientos sobre desastres.

Entendiendo el Riesgo

14-18 de mayo de 2018/Ciudad de México, México

<https://understandrisk.org/event/ur2018>

El evento abordará aspectos técnicos y experiencias relacionadas con el riesgo.

Sexta Plataforma Regional para la Reducción del Riesgo de Desastres

20 al 22 de Junio de 2018 / Cartagena, Colombia

Página web y detalles no disponibles aún

 www.paho.org/emergencias
 disaster-newsletter@paho.org
 www.facebook.com/PAHOemergencias
 www.twitter.com/PAHOemergencias
 202-974-3527 • Fax: 202-775-4578

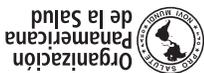
 **Desastres: Preparativos y Mitigación en las Américas**
Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, U.S.A.

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

Desastres: preparativos y mitigación en las Américas es el boletín del Departamento de Emergencias en Salud de la Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. La información sobre acontecimientos, actividades y programas no prejuzga la posición de la OPS/OMS al respecto, y las opiniones manifestadas no reflejan necesariamente la política de la Organización. La publicación de este boletín ha sido posible gracias al apoyo financiero de la Oficina de Asistencia al Exterior en Casos de Desastre de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (OFDA/AID).

Preparativos y Mitigación en las Américas

DESASTRES



December 2017
Número 125

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