



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD



COMITE EJECUTIVO DEL CONSEJO DIRECTIVO

SUBCOMITE DE PLANIFICACION Y PROGRAMACION

23^a Reunión

Washington, D.C., 8-9 de diciembre de 1994

Tema 7 del programa provisional

SPP23/6 (Esp.)

21 noviembre 1994

ORIGINAL: INGLÉS

**PROGRAMA DE PREPARATIVOS PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA Y
COORDINACIÓN DEL SOCORRO EN CASOS DE DESASTRE (PED) CON
ÉNFASIS EN LA EXPERIENCIA DE LA OPS EN AYUDA HUMANITARIA**

Como su nombre lo indica, el Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Coordinación del Socorro en Casos de Desastre tiene dos mandatos importantes que son, por una parte, los preparativos en caso de desastre y, por la otra, la coordinación del socorro para esos casos. Con el correr de los años, la OPS/OMS ha ampliado su campo de acción, que abarcaba principalmente los desastres naturales (terremotos, huracanes, erupciones volcánicas), y ha comenzado a aplicar un método de riesgos múltiples, entre ellos los desastres tecnológicos y las emergencias complejas como las que resultan de conflictos civiles. Hoy en día, las actividades de la OPS/OMS en materia de desastres van más allá del ámbito sanitario e incluyen otros sectores y actores clave; originalmente participaban organismos como los de defensa civil o los de obras públicas, mientras que más recientemente se han agregado los cuerpos legislativos y los ministerios de asuntos exteriores. Además, estas actividades ya no se limitan solo a los preparativos tradicionales sino que ahora se ocupan también de la mitigación de desastres para la infraestructura del sector de la salud.

La respuesta a los desastres también ha evolucionado de lo que fue inicialmente, una coordinación de la ayuda internacional, para desempeñar ahora una función operativa directa en caso de desastres complejos. El ejemplo más notable se encuentra en las actividades que ha realizado la OPS en Haití, desde diciembre de 1991. Allí, la Organización ha encabezado la prestación de ayuda humanitaria relacionada con la salud. Se ha dado apoyo directo para el mantenimiento de programas fundamentales de salud pública y se han establecido varios programas que son cruciales para impedir que la situación sanitaria continúe deteriorándose en Haití como resultado de las sanciones económicas. Entre ellos figura un centro para la distribución de medicamentos esenciales y suministros médicos, así como un programa para distribuir combustible a las organizaciones que participan en la prestación de ayuda humanitaria y otro de vuelos de carácter humanitario para que los productos esenciales siguieran llegando a pesar del embargo.

Se pide al Subcomité de Planificación y Programación que estudie cuál debe ser la participación de la OPS en la promoción de las medidas de mitigación de desastres en los servicios de salud y si la Organización debe ocuparse del problema de los desastres tecnológicos. Asimismo, se le solicita que opine sobre la conveniencia de llevar a cabo, en cooperación con la CEPAL, un estudio más exhaustivo de los aspectos económicos de la salud en caso de desastres.

Se invita también al Subcomité a que analice cuál debe ser la participación operativa de la OPS en caso de desastres complejos; a que considere la necesidad de ajustar las normas y procedimientos de la Organización a los requisitos operativos especiales de la ayuda humanitaria; y a que emita su opinión sobre la forma de evaluar la experiencia en Haití.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
1. Introducción	3
1.1 De los desastres naturales a un método de riesgos múltiples	3
1.2 Hacia un frente multisectorial	3
1.3 Promoción de la cooperación entre países vecinos	4
1.4 De los preparativos y la respuesta a la prevención y la mitigación	5
2. Cuestiones relativas a la prevención y preparativos en casos de desastres	6
2.1 Integración de los preparativos para casos de desastres dentro de la Oficina del Representante de la OPS/OMS	6
2.2 Preparativos para casos de desastres tecnológicos	7
2.3 Aspectos económicos de la reducción de desastres	7
3. Socorro en casos de desastre y ayuda humanitaria: la experiencia reciente	7
3.1 Nicaragua	8
3.2 El Salvador	8
3.3 Haití	8
4. Tendencias y cuestiones en la ayuda humanitaria a nivel regional y mundial	13
4.1 Se asigna demasiada importancia a la respuesta en casos de desastres complejos a expensas de la preparación y la prevención	13
4.2 Se asigna excesiva importancia a la respuesta exterior	13
4.3 La OPS/OMS y la coordinación del sector de la salud	14
5. Conclusiones generales	17

1. Introducción

En 1976, abrumado por una serie de desastres repentinos que cobraron las vidas de casi 100.000 personas en la primera mitad de los años setenta, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud aprobó la Resolución X, donde se daba instrucciones al Director para "establecer en la Oficina Sanitaria Panamericana...una 'Unidad de Desastres'" con un mandato claro para desempeñar una función primordial en los preparativos para casos de desastre en el sector de la salud.

Desde su creación en 1977, el Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Coordinación del Socorro en Casos de Desastre ha evolucionado considerablemente para ajustarse a los cambios en las necesidades a nivel regional y a los nuevos métodos y tendencias a nivel mundial. Esta evolución se resume en los siguientes párrafos.

1.1 *De los desastres naturales a un método de riesgos múltiples*

Cualquier tipo de situación aguda de emergencia, ya sea consecuencia de un suceso natural como un terremoto, inundación o huracán, o el resultado de un accidente tecnológico o de disturbios sociales (desastres complejos), tiene repercusiones potencialmente graves para la salud. Paulatinamente, los expertos han ido reconociendo que es esencial aplicar un método que abarque una diversidad de riesgos tanto a nivel nacional como internacional. Los Estados Miembros de la OPS/OMS apoyaron la adopción de un método de este tipo en la Resolución XXIII aprobada en 1985, en la cual se solicitaba al Director a prestar "... cooperación técnica y la coordinación de la Organización en las actividades de preparación del sector salud para que este responda eficazmente ante los problemas de salud causados por desastres tecnológicos, tales como explosiones y accidentes químicos, así como por el desplazamiento de grandes grupos de población a causa de desastres naturales o provocados por el hombre". Debe aplicarse un método que permita lograr un equilibrio en la forma de hacer frente a los riesgos naturales, a los tecnológicos y a los causados por el hombre para evitar que se asigne demasiada importancia a los desastres complejos tan comunes hoy en día y que, a nivel mundial, tienden a hacer que se le reste importancia a los desastres naturales.

1.2 *Hacia un frente multisectorial*

La Constitución de la OMS define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", y cada vez se ha comprendido con mayor claridad que no es posible lograr buenas condiciones de salud sin la participación activa de otros sectores, ya sean públicos o privados. Los preparativos para situaciones de emergencia y la respuesta del sector de la salud en esos

casos se encuentran estrechamente vinculados con otros sectores, por ejemplo, las fuerzas armadas, el sector económico, el de obras públicas y otros.

Es común que se reconozca que el sector sanitario ha demostrado un sólido compromiso con la causa y el avance de la prevención y los preparativos para casos de desastre. Sin embargo, si dicho sector lleva a cabo programas en forma aislada, estos pueden resultar susceptibles, o hasta inútiles, debido a la ausencia de una política multisectorial bien coordinada. La OPS/OMS ha ampliado la cooperación técnica y el asesoramiento a otros sectores no solo para mejorar el componente sanitario en la respuesta nacional ante los desastres, sino también para fortalecer a los ministerios de salud en su calidad de líderes del sector. Durante los últimos cinco años algunos proyectos regionales se han orientado, por ejemplo, a los parlamentarios, con miras a ayudar en la revisión de la legislación, o a los ministerios de asuntos exteriores para preparar a su personal consular y diplomático, formular normas de respuesta e incluir el manejo de desastres en el programa de estudios de los diplomáticos.

Pero quizás lo más importante ha sido el criterio multidisciplinario y multisectorial aplicado para la prestación de la cooperación técnica al sector de la salud. Desde las etapas iniciales, la OPS/OMS ha promovido la participación activa de organismos de defensa civil, bomberos, policía, obras públicas, industria privada, Cruz Roja y otras ONG en las actividades de preparativos para casos de desastre del sector de la salud, y en particular en las 220 reuniones, aproximadamente, auspiciadas anualmente por la Organización.

1.3 *Promoción de la cooperación entre países vecinos*

Los desastres siempre han estimulado una notable solidaridad entre los países. En esta Región, los países vecinos que están expuestos a los mismos riesgos y comparten culturas similares han sido, tradicionalmente, los más eficaces en la prestación de ayuda humanitaria apropiada e inmediata en el terreno de la salud. Particularmente en años recientes, la singular contribución de la OPS/OMS ha consistido en estimular iniciativas subregionales de salud, a medida que las prioridades dejan de ser las actividades nacionales para favorecer la promoción política y el apoyo técnico a los convenios entre países que deben hacer frente a riesgos comunes, como terremotos, erupciones volcánicas, huracanes. Aunque se han logrado ciertos avances (por ejemplo, la creación del Organismo Caribeño de Respuesta a Emergencias y Desastres, la participación activa del Convenio Hipólito Unanue en la región andina o el convenio entre empresas de ingeniería de Colombia y del Ecuador para la ayuda mutua después de los desastres y para llevar a cabo algunas actividades conjuntas en materia de adiestramiento), parte de la atención y los recursos concentrados en la cooperación técnica usual a nivel de los países debe destinarse a apoyar las iniciativas subregionales a nivel de interpaíses. La reducción de desastres puede ser un vehículo muy eficaz para promover los convenios

fronterizos y, en general, la integración a nivel subregional. Sin embargo, uno de los problemas que se presenta es la dificultad administrativa y logística de las comunicaciones transfronterizas entre contrapartes. La OPS/OMS actualmente está negociando con la Administración Nacional de Aeronáutica y del Espacio de los Estados Unidos de América (NASA) para establecer en Internet una red de manejo de desastres.

1.4 *De los preparativos y la respuesta a la prevención y la mitigación*

La resolución de 1976, por virtud de la cual se creó la Unidad de Desastres de la OPS/OMS, claramente marcaba un cambio con respecto a lo usual, que era dar una respuesta particular posterior a un desastre, para pasar a la preparación activa del sector de la salud antes de los desastres. Los preparativos para casos de desastre implican que se acepta la probabilidad de que un desastre repercuta negativamente en la salud pública, e inicialmente, la OPS/OMS asignó particular importancia a la disposición del sector para responder con prontitud y eficiencia cuando ocurre el desastre. Si bien en algún momento la Región se mostró algo confiada en los logros alcanzados en materia de preparativos para casos de desastre, los dramáticos sucesos que ocurrieron como secuela del terremoto de 1985 en México vinieron a sacudirla. En un solo lugar, el Hospital Juárez de la Ciudad de México, murieron 561 personas que eran pacientes, familiares de estos o personal del hospital. Irónicamente, los profesionales de la salud que perecieron se encontraban entre quienes estaban mejor preparados en el país para responder ante casos donde hubiera gran número de víctimas. El dramático derrumbamiento de este solo hospital puso de relieve que, aun cuando se cuente con personal bien adiestrado en los hospitales y con planes institucionales para casos de desastre suficientemente ensayados, estos no tienen gran utilidad si los edificios mismos no resisten los efectos de un desastre. Por lo tanto, el alcance de la ayuda de la OPS/OMS se amplió para abordar la mitigación de desastres en los establecimientos de salud.

Los medios empleados para la mitigación se ponen en práctica antes de que sobrevenga un desastre, con la finalidad de reducir al mínimo la pérdida de vidas y materiales. Para abordar estas inquietudes, la OPS/OMS ha empezado a trabajar con los Estados Miembros para elaborar, perfeccionar y poner a prueba los procedimientos y las normas aplicadas en el sector sanitario para determinar la seguridad estructural de sus instalaciones, incluidos los sistemas de agua y alcantarillado. Empleando técnicas de utilidad comprobada para fortalecer los preparativos para casos de desastre, se están identificando las carencias existentes en la producción de materiales de adiestramiento técnico para mitigación de desastres en hospitales. La OPS/OMS está vigilando y apoyando la inclusión de técnicas para mitigar daños a la infraestructura causados por desastres en el programa de estudios de las facultades de ingeniería de América Latina y el Caribe (Universidad de las Indias Occidentales). Muchas instituciones ya han incluido análisis de resistencia a los sismos en el diseño y readaptación de edificios.

A nivel internacional, no hay ningún código de construcción ni principios universalmente aceptados que rijan la construcción de obras de infraestructura financiadas por organismos bilaterales o instituciones bancarias multilaterales. Para mitigar este problema, el PED organizará una conferencia regional en 1995 sobre mitigación de desastres en hospitales y en la infraestructura sanitaria. El objetivo de esta conferencia será promover la inclusión del análisis de riesgos en los estudios de factibilidad para la inversión en infraestructura sanitaria.

La mitigación de desastres se fortaleció y reforzó gracias a la instauración del Decenio Internacional de las Naciones Unidas para la Reducción de los Desastres Naturales (DIRDN). El DIRDN ha servido de marco para integrar muchos sectores diferentes al de la salud en las actividades que lleva a cabo la OPS/OMS en materia de preparativos y mitigación para casos de desastre. La Secretaría del DIRDN, que forma parte del Departamento de Asuntos Humanitarios de la Naciones Unidas (DHA), estableció una oficina regional para América Latina y el Caribe en San José, Costa Rica, y nombró a un funcionario de tiempo completo para desempeñar este puesto. La OPS/OMS asumió la responsabilidad de la supervisión operativa de esa oficina, y aportó apoyo técnico y material. Muchas actividades regionales del sector de la salud se han beneficiado de la estrecha colaboración con esta oficina.

2. Cuestiones relativas a la prevención y preparativos en casos de desastres

2.1 *Integración de los preparativos para casos de desastres dentro de la Oficina del Representante de la OPS/OMS*

En la actualidad, el concepto de preparativos para casos de desastre en el sector de la salud es ampliamente aceptado y está bien documentado. Hay una considerable cantidad de material educativo y de normas a nivel regional y bastantes conocimientos a nivel de los países. Ha llegado el momento de que la Oficina del Representante de la OPS/OMS, y no un programa regional especializado, asuma la responsabilidad de la cooperación técnica en este campo. Durante los últimos cinco años, cada Oficina designó a un funcionario como "punto focal" para casos de desastre. Al principio, estos funcionarios hacían el seguimiento entre las visitas del asesor regional. Estos puntos focales ahora deben convertirse en proveedores de primera línea de la cooperación técnica y trabajar con los ministerios de salud en la determinación de las prioridades para la acción. Esto le permitirá al personal del PED concentrarse en nuevas esferas o iniciativas técnicas y en la colaboración entre países, y prestar cooperación técnica solo cuando se le solicite, o si ello fuese más apropiado o más eficaz en función de los costos que recurrir a otras fuentes locales.

2.2 *Preparativos para casos de desastres tecnológicos*

En estrecha cooperación con la División de Salud y Ambiente (HPE), el Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO), el Programa Internacional de Seguridad de las Sustancias Químicas (IPCS) y el Proceso de Información y Preparación para Casos de Accidentes Industriales a Nivel Local (APELL) del PNUMA, el PED utilizó muy pocos recursos de base para hacer que el sector sanitario tomara conciencia de la vulnerabilidad ante accidentes químicos y radiológicos. Puesto que los Estados Miembros se dan cuenta de que tienen necesidad de prepararse en este campo y están solicitando mayor apoyo, se le va a exigir a la Organización que aumente su cooperación. Será necesario asignar mayores recursos para hacer frente a lo que probablemente vaya a ser el principal peligro en el siglo XXI.

2.3 *Aspectos económicos de la reducción de desastres*

Tradicionalmente, la OPS/OMS ha tenido mayor participación en los aspectos sociales que en los económicos de la reducción de desastres. Sin embargo, los factores de costo y beneficio son críticos en el campo de la salud. La reciente participación formal de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en los aspectos económicos de la prevención de desastres es alentadora. En una resolución de 1994, se pide a la Secretaría de la CEPAL que emprenda investigaciones sistemáticas para determinar el total de las consecuencias económicas ocasionadas por los desastres en los países de la Región. En consecuencia, la OPS/OMS ha celebrado varias reuniones de coordinación interinstitucional para analizar las iniciativas conjuntas. En particular, la oferta de la CEPAL de prestar apoyo administrativo y espacio de oficinas en su sede, en Chile, a un especialista en desastres nombrado por la OPS/OMS, podría servir para fortalecer los conocimientos y la experiencia de la Organización en los aspectos económicos de la reducción de desastres en el sector de la salud y para incrementar su cooperación técnica general a los países del Cono Sur. En este caso, habría que buscar financiamiento para un puesto.

3. *Socorro en casos de desastre y ayuda humanitaria: la experiencia reciente*

En los años ochenta, el programa de la OPS/OMS asignó particular importancia al desarrollo de la capacidad nacional y subregional. La respuesta en casos de desastre solía ser una función intensa pero de corta duración del Programa. En los noventa, la Organización se volvió mucho más activa desde el punto operativo en el caso de desastres "complejos" ocasionados por conflictos o situaciones políticas.

3.1 *Nicaragua*

La OPS/OMS tomó parte en la ayuda humanitaria para desastres complejos en febrero de 1990 con motivo de las elecciones en Nicaragua. La Organización de los Estados Americanos (OEA) solicitó a la OPS/OMS que formara parte de un grupo encargado de observar el proceso electoral. Treinta funcionarios de la OPS/OMS se sumaron a la misión de la OEA integrada por 300 personas y vigilaron el proceso de votación en ocho regiones del país. Esta función contribuyó a estabilizar el clima de paz, lo cual, a su vez, benefició al sector de la salud. Posteriormente, de conformidad con el convenio vigente en Nicaragua sobre la desmovilización voluntaria, la repatriación y el reasentamiento de los combatientes de la resistencia y de sus familias, se delimitaron las responsabilidades. Entre 1990 y 1991, la oficina de las Naciones Unidas en Centroamérica dirigió la transferencia de armamentos; la OEA supervisó la entrega de alimentos y de ropa y el transporte; y la OPS/OMS asumió la responsabilidad de la ayuda médica durante la desmovilización de más de 20.000 excombatientes y la repatriación de más de 18.000 de sus familiares. En colaboración con algunas ONG, como Médicos sin Fronteras, la OPS/OMS contrató a 144 profesionales y técnicos de salud que ofrecieron consultas médicas, exámenes dentales y servicios de vacunación, farmacéuticos y de laboratorio, y que mantuvieron las comunicaciones por radio.

3.2 *El Salvador*

De manera análoga, tras la firma del acuerdo de paz, en enero de 1992, entre el Gobierno de El Salvador y el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN), la Organización se encargó de mantener los servicios de salud en 18 campamentos establecidos para facilitar la desmovilización de las fuerzas de combate y la reintegración de los combatientes y sus familiares a la sociedad. La OPS/OMS aportó los servicios de 66 profesionales de salud que realizaron más de 60.000 exámenes médicos y dentales, y ofrecieron tratamiento especializado en más de 6.000 casos.

Los ejemplos de Nicaragua y El Salvador ilustran operaciones humanitarias bien trazadas tanto en lo relativo al tiempo como a la ubicación geográfica. Estos proyectos latinoamericanos fueron llevados a cabo por las oficinas de los Representantes de la OPS/OMS sin que ello entorpeciera las actividades de cooperación técnica en curso en estos países.

3.3 *Haití*

El ejemplo más notable de la participación de la OPS/OMS en actividades de ayuda humanitaria comenzó luego del golpe militar ocurrido en Haití en septiembre de 1991. Al principio, en diciembre de 1991, la OPS/OMS desempeñó una función

importante como coordinador técnico de la misión de la OEA para evaluar las necesidades de ayuda humanitaria.

Posteriormente, con el propósito de hacer frente al deterioro del país, acelerado por esta crisis, las Naciones Unidas y la OEA formularon el Plan Conjunto de Acción Humanitaria en Haití e hicieron un llamamiento a la comunidad internacional para que intensificara sus esfuerzos por atender las necesidades prioritarias de la población haitiana. La Organización asumió diversas responsabilidades, desde la prestación de asesoramiento técnico hasta la ejecución de las actividades. Su función abarcó la coordinación de toda la ayuda humanitaria relacionada con la salud y el apoyo técnico directo (financiero, logístico) para mantener importantes programas de salud pública, como los de salud maternoinfantil; prevención y control de enfermedades transmisibles; medicamentos esenciales; abastecimiento de agua y saneamiento; y, en resumen, el mantenimiento de cualquier actividad sanitaria destinada a impedir la pérdida de vidas. Hay documentación más detallada disponible sobre las actividades humanitarias de la OPS/OMS en Haití.

Una función importante de la OPS/OMS ha sido la formulación de políticas y estrategias y la coordinación de la ayuda externa. Durante los tres años de la crisis, la OPS/OMS ejerció esta función de liderazgo mediante:

- el establecimiento de un Comité de Coordinación de Salud con las autoridades sanitarias constitucionales, organismos de las Naciones Unidas, ONG y donantes;
- la compilación y la publicación de una encuesta anual sobre la situación sanitaria (en tres idiomas);
- la formulación de un plan maestro para el financiamiento y la ejecución de proyectos para la ayuda humanitaria por donantes multilaterales como la Oficina para Asuntos Humanitarios de la Comunidad Europea (ECHO);
- llamamientos periódicos a los donantes internacionales.

La comunidad internacional respondió generosamente, comprometiendo \$31,6 millones, una cantidad considerable, pero que apenas basta para mitigar el deterioro de la salud pública resultante de la crisis misma y de las sanciones consiguientes.

Como parte del programa de ayuda humanitaria en Haití, cabe destacar varios proyectos ya sea por su importancia a largo plazo, como el PROMESS, que es un centro de suministro de medicamentos esenciales, o por su amplio alcance, como el programa humanitario de suministro de combustible (PAC) o el proyecto de vuelos aéreos de carácter humanitario (PAT).

3.3.1 *PROMESS (Programme d'approvisionnement en médicaments essentiels)*

La crisis política y el embargo subsiguiente han agotado, o al menos reducido considerablemente, la disponibilidad de medicamentos esenciales y de material médico básico. Con la finalidad de mitigar esta situación, la OPS/OMS creó el PROMESS, que es un servicio central de suministros que mantiene en existencia todos los medicamentos esenciales recomendados por la OMS (unos 270), además de algunos suministros médicos básicos. Este programa ha funcionado como un estabilizador del precio de los suministros médicos en el mercado haitiano, y ha entregado medicamentos a más de 500 instituciones. Además, PROMESS asegura el acceso gratuito y constante a vacunas y jeringas, medicinas contra la tuberculosis, sales de rehidratación oral, anticonceptivos y vitamina A para todos los establecimientos de salud. PROMESS también es responsable de la donación de medicamentos esenciales, de materiales médicos básicos y de productos comestibles para ciertas instituciones de salud dentro del marco de la ayuda humanitaria.

De las 660 instituciones sanitarias del país, 520 han recibido subsidios por \$2,3 millones y más de 3.500 entregas de suministros con un valor total de \$4 millones. Actualmente, la reserva disponible en PROMESS se valora en \$2 millones. Pero más significativa aún es la importancia del PROMESS como mecanismo de adquisiciones y de distribución autosustentado para suministros y medicamentos esenciales destinado a futuras actividades de salud en Haití, lo cual representa una insólita contribución al desarrollo hecha por la ayuda humanitaria de emergencia.

3.3.2 *PAC-Humanitaire (Programme d'approvisionnement en combustible)*

Cuando las Naciones Unidas volvieron a imponer a Haití un embargo de armas y de combustible en octubre de 1993, los donantes y las organizaciones de ayuda humanitaria temían que la escasez o la falta de combustible ocasionara la paralización de sus actividades humanitarias. Ante esta perspectiva, en diciembre de 1993 la Organización de los Estados Americanos y las Naciones Unidas pidieron conjuntamente a la OPS/OMS que estableciera una estructura administrativa para la distribución de combustible con miras a velar por que no se interrumpiera el suministro para ninguno de los programas de ayuda humanitaria, a pesar del embargo. Este programa se convirtió en el PAC-Humanitaire.

La OPS/OMS, en nombre de las Naciones Unidas y la OEA, asumió la responsabilidad de adquirir, almacenar y distribuir el combustible a los organismos humanitarios. Para supervisar el proyecto se estableció un Comité de Gestión del Combustible, formado por representantes de las Naciones Unidas, la OEA, la OPS/OMS, el Gobierno Constitucional de Haití, los principales donantes, una compañía de petróleo y las ONG. La finalidad del Comité era dar orientaciones generales de política, y determinar quiénes podrían optar a las asignaciones de combustible. Dicho

comité, y no la OPS/OMS, decidió cómo se asignaría el combustible, de conformidad con criterios estrictos sobre la ayuda humanitaria. Luego de examinar 625 solicitudes, el Comité autorizó la entrega de combustible a 324 organismos.

Durante un lapso de 10 meses se importaron 2.951.295 galones de diesel y 679.088 galones de gasolina (hasta el 12 de octubre de 1994), lo cual permitió que siguieran funcionando los servicios de salud, los sistemas de agua, la distribución de alimentos y otras actividades críticas para salvar vidas.

En la fase inicial, que fue la más crítica, los costos fueron sufragados con donaciones del Gobierno de los Estados Unidos de América, del Organismo Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA), de Dinamarca y de la Unión Europea. Más tarde, el proyecto pasó a ser autosuficiente y los costos operativos los cubría el producto de la venta de combustible a los usuarios autorizados. Aunque cada organismo beneficiario asumía la responsabilidad y debía rendir cuentas por el uso adecuado del combustible, la OPS/OMS vigiló la situación muy de cerca para detectar posibles abusos. No se notificaron incidentes dignos de mención.

3.3.3 *Vuelos de carácter humanitario*

En junio de 1994, luego de la suspensión de los vuelos comerciales a Haití, y a petición del Gobierno de los Estados Unidos de América, en consulta con las Naciones Unidas y la OEA, la OPS/OMS, en representación de todos los organismos interesados, aceptó la responsabilidad de organizar vuelos fletados de Miami a Puerto Príncipe.

Este proyecto —que desde un punto de vista humanitario era evidentemente necesario— debió hacer frente a considerables dificultades administrativas. Un primer vuelo con suministros de urgencia para un brote de meningitis se retardó en repetidas ocasiones (durante más de cuatro semanas) debido al proceso laborioso de obtener todos los permisos, exenciones o el seguro de responsabilidad civil de las Naciones Unidas, organismos de los Estados Unidos (OFDA, FAA) y del Gobierno *de facto* en Haití. Esto ilustra la complejidad de prestar ayuda humanitaria cuando el país se encuentra sancionado por las Naciones Unidas.

Hasta el 24 de octubre de 1994, se habían entregado 163.682 lb de carga en nueve vuelos que llevaron principalmente suministros médicos provenientes de la OPS/OMS. Aunque el plan estipulaba que el Departamento de Asuntos Humanitarios (DHA) de las Naciones Unidas haría algunos arreglos para el traslado humanitario de pasajeros, la necesidad urgente de los organismos humanitarios instó a la OPS/OMS a que incluyera a 148 miembros del personal de actividades humanitarias en algunos de los vuelos que se efectuaron después.

3.3.4 *Puesta en práctica del Sistema de Manejo de Suministros después de los Desastres (SUMA)*

El manejo de los suministros de socorro que llegan a las localidades afectadas y los ofrecimientos de la comunidad donante exigen atención especializada en todas las operaciones de ayuda humanitaria. La OPS/OMS puso a disposición del PNUD, del DHA y de las autoridades haitianas los servicios de un equipo regional de expertos del *SUMA*. Se agregó al software un módulo para administrar los suministros prometidos, a fin de satisfacer los requisitos específicos del DHA. Esta experiencia en Haití ha fortalecido la colaboración dentro de las Naciones Unidas y ha confirmado que el *SUMA* es adecuado para los casos de desastres, tanto naturales como complejos.

Puede decirse que la experiencia ganada por la OPS/OMS en Haití reviste características únicas, por los siguientes motivos:

- La comunidad internacional y la Organización consagraron tres años exclusivamente a la ayuda humanitaria a corto plazo. Como cuestión de política, se suspendieron las actividades de desarrollo a largo plazo hasta que se reinstaurara la democracia en Haití.
- No hubo colaboración ni contactos formales con el gobierno *de facto* ni con las autoridades sanitarias, lo cual es una situación insólita ya que la OPS es un organismo cuyo principal interlocutor suele ser el ministerio de salud.
- Se confió en las ONG locales e internacionales como socios para la implementación. Esta experiencia que resultó por demás satisfactoria debería contribuir a cambiar, para bien de todos, la relación de la OPS/OMS con las ONG, en general.
- Al tener que trabajar bajo las condiciones del embargo, la OPS/OMS observó con inquietud no solo las repercusiones económicas directas de este sobre el segmento más pobre de la población, sino también sobre la capacidad de los organismos humanitarios para suministrar bienes y servicios exentos de las sanciones.
- Por haberse constituido en el principal actor en materia de ayuda humanitaria en Puerto Príncipe, y por ser el único organismo de las Naciones Unidas que combina una sólida capacidad operativa y un historial de excelencia técnica, la OPS/OMS se convirtió en la elección lógica, si no la única, para llevar a cabo actividades que normalmente están fuera del ámbito de acción de los programas tradicionales relativos a la salud, como por ejemplo, distribuir combustible y dirigir un servicio de aviones fletados.

Los logros de la OPS/OMS se debieron a la capacidad de liderazgo de sus dos representantes y a la dedicación del personal asignado a la Representación durante este período (21 funcionarios internacionales y 79 haitianos), quienes desempeñaron sus labores bajo condiciones difíciles y peligrosas. Esto pone de manifiesto que la ayuda humanitaria eficaz solo es posible mediante la participación activa de todos los que trabajan en el campo.

De esta experiencia es posible aprender muchas lecciones. Se recomienda la preparación, con la ayuda de especialistas externos independientes, de un informe formal de evaluación, para publicarlo posteriormente y así enriquecer la memoria institucional, preservar las lecciones administrativas, técnicas y políticas aprendidas, y sugerir métodos para mejorar las futuras actividades humanitarias.

4. Tendencias y cuestiones en la ayuda humanitaria a nivel regional y mundial

Según se ha indicado, la experiencia de la OPS/OMS en la Región debe examinarse teniendo en cuenta los cambios importantes que están ocurriendo a nivel mundial en materia de ayuda humanitaria. Estos cambios influyen en la Región y la OPS/OMS. A la inversa, la credibilidad y la competencia de la OPS/OMS podrían y deben ejercer alguna influencia en las tendencias y las cuestiones mundiales.

4.1 *Se asigna demasiada importancia a la respuesta en caso de desastres complejos a expensas de la preparación y la prevención*

A nivel mundial, se observa claramente que cada vez se asigna mayor importancia a la respuesta humanitaria a los desastres complejos. Esta situación está restándole atención al fortalecimiento de la capacidad local mediante preparativos y reducción de la vulnerabilidad. No obstante, cabe observar que la respuesta de la OPS/OMS y de la Región a las emergencias recientes ha resultado eficaz gracias solamente a su sólida tradición en materia de preparativos para casos de desastre.

Cabe hacer notar que la OPS/OMS no cuenta con un equipo de respuesta para casos de desastre: lo que tiene es un programa de preparativos para casos de desastre que se activa como respuesta si hubiere la necesidad. La existencia de este tipo de programa de cooperación técnica permanente es, en nuestra opinión, un factor decisivo para poder dar una respuesta eficaz y apropiada.

4.2 *Se asigna excesiva importancia a la respuesta exterior*

Los planes mundiales de respuesta de las Naciones Unidas toman pocas medidas para que haya participación efectiva de la gente del lugar. Existe el riesgo, y quizás la

tendencia, a aplicar el modelo de la intervención en Somalia o en Rwanda, donde los equipos del exterior (de las Naciones Unidas o bilaterales) son la respuesta a todas las situaciones de emergencia.

Es interesante observar el contraste entre el enfoque adoptado por la OPS/OMS en su proyecto SUMA —mediante el cual se ha impartido adiestramiento a más de 600 personas de la Región para hacer el inventario, la selección y la clasificación de los suministros de socorro que llegan— con las iniciativas lanzadas por las Naciones Unidas, como los equipos UNDAC (Coordinación de Evaluación de Desastres, de las Naciones Unidas), donde hasta ahora, solo se ha adiestrado a un número reducido de expertos de los países donantes que están "listos" para coordinar la ayuda y evaluar las necesidades en los países afectados del mundo en desarrollo, o el INSARAG (Grupo Asesor Internacional de Búsqueda y Rescate) cuya función principal es asignar la responsabilidad de las operaciones extranjeras de búsqueda y rescate entre los equipos internacionales en competencia. El DHA ha venido sugiriendo la aplicación de un método más equilibrado y la OPS/OMS debe continuar abogando enérgicamente por la necesidad de fortalecer la capacidad local de manejo de desastres y poner en duda la dependencia excesiva de un mecanismo mundial que esté listo para actuar en cualquier momento.

4.3 *La OPS/OMS y la coordinación del sector de la salud*

La OMS, y la OPS en la región, tienen la responsabilidad general de coordinar toda la gama de la asistencia sanitaria, ya sea humanitaria o de otro tipo. Este mandato dentro del sistema de las Naciones Unidas no siempre es reconocido claramente por los coordinadores de la ayuda humanitaria de la Organización de las Naciones Unidas. Se observa una tendencia alarmante a repartir la responsabilidad de los asuntos sanitarios de manera arbitraria entre los organismos de las Naciones Unidas, con lo cual se restringe a la OPS/OMS a cumplir apenas una parte de su mandato. Esta responsabilidad es particularmente crítica cuando se va a hacer un llamamiento de las Naciones Unidas.

Es esencial que los coordinadores de la ayuda humanitaria de las Naciones Unidas (el DHA) reconozcan la responsabilidad que compete a la OPS/OMS en la fijación de prioridades y la formulación de una estrategia integral para todas las actividades sanitarias de las Naciones Unidas, incluyendo nutrición, saneamiento. No obstante, la responsabilidad de la ejecución y de la recaudación de fondos debe compartirse entre los diversos socios.

Un aspecto que debe tener en cuenta el Subcomité es hasta qué punto debe la OPS/OMS cumplir funciones operativas; es decir, si debe asumir las responsabilidades humanitarias además de su mandato básico de coordinación y de cooperación técnica.

4.3.1 *Criterios*

La OPS y la OMS tienen una función definida que desempeñar en los desastres complejos, la cual implica llevar a cabo las operaciones en el campo. Según se desprende de la experiencia de la Oficina Regional para Europa (EURO) lo que concierne a la antigua Yugoslavia, en la OPS/OMS estas funciones tienen que definirse mejor mediante la adopción de criterios para distinguirla de otros organismos humanitarios. Los criterios expuestos a continuación cuentan con el apoyo del Comité Regional de Europa y se someten a la consideración del Subcomité de Planificación y Programación:

La decisión de asumir responsabilidades **humanitarias operativas**, que se suman a su función básica de coordinación y cooperación técnica, puede apoyarse en los siguientes criterios:

- que haya una necesidad urgente y prioritaria en materia de salud;
- que ningún otro organismo esté dispuesto o sea competente para atender esa necesidad o que la OMS tenga conocimientos técnicos particulares que le den una "ventaja comparativa" con respecto a otros organismos;
- que la participación operativa de la OMS no desvíe recursos ni distraiga la atención de su función principal (cooperación técnica y coordinación);
- que la participación de la OMS sea importante para sus actividades de desarrollo a largo plazo.

4.3.2 *Gestión y descentralización*

Aunque parece ser que a nivel mundial estuviese cobrando impulso una tendencia hacia el manejo centralizado de la respuesta a las emergencias complejas, la eficacia de la respuesta depende, en gran medida, de la capacitación local y del conocimiento de la situación. Por lo tanto, la función de los Representantes de la OPS/OMS es crucial y debe hacerse más hincapié en el adiestramiento y la preparación del personal local, que son quienes están mejor capacitados para evaluar las condiciones que cambian aceleradamente, responder con flexibilidad y prestar servicios dentro del marco político general definido por el nivel central. Es necesario reconocer y apoyar la función fundamental de las oficinas de los Representantes de la OPS/OMS y la necesidad del manejo descentralizado y flexible de las actividades humanitarias.

4.3.3 *Delegación de autoridad*

A lo largo de los años, el manual de normas y procedimientos de la OMS se ha convertido en el instrumento administrativo empleado para llevar a cabo la cooperación técnica, que permite al mismo tiempo velar por la integridad del sistema. En condiciones normales, brinda un marco para la toma de decisiones "sin errores". Sin embargo, las actividades humanitarias han creado un nuevo reto para la toma de decisiones rápida e innovadora bajo condiciones de incertidumbre. Las decisiones que se toman en las operaciones de urgencia conllevan un cierto riesgo de "error" y de costos más altos.

En la Resolución 46/182, la Asamblea General de las Naciones Unidas observó: "Las Naciones Unidas deberían elaborar normas y procedimientos especiales para casos de emergencia a fin de que todas las organizaciones pudieran desembolsar rápidamente fondos de emergencia, proporcionar suministros y equipo de emergencia y contratar personal de emergencia".

El manual que utiliza la OPS/OMS no se ha actualizado para reflejar la función operativa cada vez mayor de la Organización en las situaciones de emergencia. La OPS/OMS debería someter a examen los procedimientos administrativos y financieros vigentes que rigen las operaciones de preparativos para situaciones de emergencia en la Región, con miras a mejorar lo oportuno de la respuesta, contar con procedimientos permanentes, y lograr mayor flexibilidad y delegación de la autoridad al campo.

4.3.4 *La sanidad y las sanciones económicas*

La OPS/OMS pudo comprobar muy pronto que la imposición de sanciones económicas estrictas en Haití tendría graves repercusiones, en particular en el sector sanitario. De hecho, esta constatación justifica ampliamente el hecho de que la Organización hubiese aceptado la responsabilidad, en nombre de las Naciones Unidas y de la OEA, del Programa de Gestión del Combustible y el de los vuelos de carácter humanitario.

Las sanciones han repercutido en el programa de la OPS/OMS de dos maneras:

- Por una parte han afectado directamente a la población. El deterioro resultante en los servicios y la situación de salud, que ya eran los más subdesarrollados de la Región, solo pudo aminorarse gracias al apoyo generoso de la comunidad internacional, canalizado en parte por conducto de la OPS/OMS.
- Por otra parte, los organismos de ayuda humanitaria tuvieron que salvar obstáculos cada vez mayores para prestar los servicios o facilitar los suministros necesarios. Aunque no estaban incluidos en el embargo, los suministros médicos,

por ejemplo, se retrasaban por falta del transporte apropiado o debido a otras formalidades. El ejemplo del retraso de cuatro semanas del primer vuelo con fines humanitarios fletado por la OPS/OMS, que es un organismo especializado de las Naciones Unidas, ilustra las dificultades operativas que se presentan a todas las organizaciones humanitarias.

4.3.5 *Cooperación internacional*

Las actividades de prevención y de respuesta a los desastres de la OPS/OMS se llevan a cabo en estrecha cooperación con otros organismos de las Naciones Unidas y del Sistema Interamericano. En la mitigación y la preparación, los socios principales han sido el DHA, por conducto de la Secretaría del DIRDN, con quien la OPS ha formado una simbiosis mutuamente beneficiosa; el PNUD, mediante el Programa de Adiestramiento para Manejo de Casos de Desastre; y la Organización de los Estados Americanos y la CEPAL, en relación con el costo económico de los desastres en el sector de la salud. También vale la pena señalar la propuesta hecha al DHA para establecer una colaboración formal para el manejo de desastres en la Región.

En materia de ayuda humanitaria, los socios principales son la Sede de la OMS, la Cruz Roja y las ONG. La función coordinadora general del DHA es apoyada, sin duda alguna, por la Organización, que se dirige al DHA para la orientación de política y la coordinación multisectorial mundial.

Una característica importante que le da solidez al Programa es la excelente colaboración que mantiene con organismos bilaterales de los Estados Miembros y Participantes (CIDA del Canadá, ODA del Reino Unido y OFDA y USAID de los Estados Unidos) y de fuera de la Región (en particular, la Oficina para Asuntos Humanitarios de la Comunidad Europea y los organismos de los Gobiernos Miembros de la Unión Europea).

5. Conclusiones generales

La respuesta humanitaria de la OPS/OMS a los desastres complejos se ha convertido en una faceta nueva del Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Coordinación del Socorro en Caso de Desastre. Este programa ha evolucionado considerablemente en los últimos diez años, sin que se hayan hecho los ajustes necesarios en sus recursos financieros y humanos. El Programa, cuyo presupuesto operativo anual para 1977 fue de unos \$25.000, ha pasado a tener un presupuesto anual de \$2,1 millones durante los últimos cinco años. Sin embargo, las solicitudes de cooperación técnica y de apoyo en el área ampliada de manejo y reducción de desastres están sobrepasando rápidamente los recursos existentes, 90% de los cuales son extrapresupuestarios. Por una parte, esto pone de manifiesto que el apoyo básico y

sostenido de CIDA, de la OFDA, de la USAID y de contribuciones específicas de otros donantes, en realidad ha aumentado el nivel de interés y de compromiso a nivel de los países. Por otra parte, ha obligado a los directivos de la OPS y del Programa a revisar constantemente las prioridades, para poder compartir la atención y los recursos con nuevas esferas necesitadas de promoción y apoyo. El personal, en particular en el campo, se ha ajustado a las exigencias cada vez mayores que se le hacen.

A nivel de los países, el ejercicio regular de programación (APB y PTC) debe procurar que la prevención y los preparativos para casos de desastre se planifiquen y se financien a un nivel compatible con la vulnerabilidad del país, independientemente de la contribución extrapresupuestaria regional. De igual manera, la evaluación de los programas de país efectuada por este Subcomité debe incluir la variable de la reducción de riesgos naturales y tecnológicos.

La respuesta humanitaria es un tema sumamente delicado. Junto con la descentralización paulatina de las decisiones operativas hacia las Oficinas de los Representantes de la OPS/OMS, el acceso directo y la presentación de informes del Programa a los altos directivos de la Organización han sido factores decisivos para su éxito.

El enfoque integral y equilibrado del Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Coordinación del Socorro en Casos de Desastre, que integra la mitigación y los preparativos con la respuesta, y abarca todos los tipos de desastres, desde sucesos naturales hasta accidentes tecnológicos, es el resultado de una respuesta a las necesidades identificadas por los países de América Latina y el Caribe. Sin embargo, habida cuenta del amplio alcance de las actividades, ahora más que nunca es importante integrar gradualmente la prevención y los preparativos en caso de desastre en otros departamentos técnicos y oficinas de los Representantes de la OPS/OMS en los países.