

Voluntad política, coordinación y planificación: componentes clave para fortalecer la respuesta nacional a emergencias y desastres de salud pública en países de América Latina y el Caribe*

Ciro Ugarte,¹ Pablo Aguilar
Alcalá² y Julie Mauvernay¹

Forma de citar (artículo original) Ugarte C, Aguilar Alcalá P, Mauvernay J. Political Will, Coordination, and Planning: Key Components for Strengthening National Response to Public Health Emergencies and Disasters in Latin America and the Caribbean Countries. *Am J Public Health*. 2018;108(S3):S209-S211. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304639>.

* Traducción no oficial del manuscrito original en inglés revisada por los autores. En caso de discrepancia entre ambas versiones, prevalecerá la original (en inglés).

¹ Departamento de Emergencias, Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, Estados Unidos.

² Consultor independiente, Gaithersburg, Maryland, Estados Unidos. Enviar la correspondencia a Pablo Aguilar Alcalá aguilarpab@paho.org

La necesidad de fortalecimiento de las capacidades para responder a emergencias y desastres en la región de América Latina y el Caribe (ALC) fue un problema identificado en los años setenta. Con el objetivo de mejorar las capacidades para proteger las vidas de sus ciudadanos, los Ministerios de Salud solicitaron a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que mejorara sus capacidades de preparativos y respuesta emergencias y desastres, dado que solo unos pocos de los 35 países tenían personal asignado o planes de respuesta y planes de acción. En respuesta a esta solicitud, la OPS creó en 1976 el Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Respuesta en Casos de Desastre, marcando una nueva era de esfuerzos cooperativos para abordar las emergencias y los desastres relacionados con la salud.

La concientización sobre el riesgo y el conocimiento sobre la gestión de desastres se aumentaron como resultado de la asistencia técnica directa, apoyada con la redacción y difusión de publicaciones de buenas prácticas y lecciones aprendidas en el terreno durante la respuesta a desastres. En 1986, luego del terremoto de México y la erupción del volcán Nevado del Ruiz en Colombia, representantes de varios gobiernos y organizaciones internacionales desarrollaron una política regional sobre asistencia humanitaria en salud con un enfoque en la mitigación de desastres.

Construyendo la estructura de los países para hacer frente a los desastres

La nueva cultura de prevención promovida a través de todos los sectores gubernamentales llevó a la creación de los sistemas nacionales de gestión de riesgos. Los Ministerios de Salud participaron activamente en estos esfuerzos mediante el desarrollo de planes regionales y nacionales para aumentar la gobernanza en salud, en cuanto a preparativos y la respuesta, incluyendo, la designación de coordinadores de desastres del sector salud y la creación de programas de emergencias y desastres, así como la actualización de los códigos de construcción de hospitales seguido por el lanzamiento de la Iniciativa Hospitales Seguros, y la creación de equipos de respuesta en salud.

Para el año 2015, 31 de 35 (89%) de los Ministerios de Salud en LAC informaron tener un programa nacional de gestión de riesgos. Sin embargo, las diferencias en cuanto a las capacidades institucionales, tanto en términos de preparativos como de respuesta entre los países persisten (p.ej. solo 15 tienen personal y presupuesto dedicados) (1).

La experiencia de los hospitales seguros e inteligentes

Desde el año 2005, los países de LAC han trabajado para mejorar los preparativos de los establecimientos de salud para enfrentar desastres a través de la Iniciativa del Hospital Seguro (2), tomando en cuenta que 13566 de los 17618 (77%) hospitales estaban situados en áreas propensas a desastres y por lo tanto requerían de una evaluación de la probabilidad de permanecer funcionales durante y después de un desastre. Diez años más tarde, en 2015, hubo una creciente demanda de hospitales seguros, así como una mayor voluntad política. Veinticinco de 35 países (71%) tenían una política y un programa nacional de hospitales seguros, 23 países (66%) actualizaron los estándares para el diseño de instalaciones de salud y 28 países (80%) incluyeron conceptos de hospitales seguros en nuevos proyectos de infraestructura de salud. Eventos recientes, tales como el terremoto que afectó la

ciudad de México en septiembre de 2017, mostraron que casi todos los hospitales lograron un progreso significativo a través de la Iniciativa de Hospitales Seguros ya que la mayoría permaneció en funcionamiento, a diferencia de 32 años antes, cuando varios hospitales sufrieron daños severos o colapsaron.

Motivados por la amenaza del cambio climático y los huracanes, varios Ministros de Salud del Caribe acordaron la necesidad de contar con un enfoque que les permita mejorar aspectos relacionados con la mitigación y adaptación de los establecimientos de salud frente al cambio climático de forma que puedan asegurar el mantenimiento de operaciones durante y después de los desastres. La iniciativa del Hospital Resiliente (SMART Hospital) (3), basada en la iniciativa del Hospital Seguro, tiene como objetivo mejorar la resiliencia física del hospital, fortalecer la capacidad operativa e incorporar tecnologías verdes. Durante el huracán Irma, el Centro Nacional de Operaciones de Emergencia en las Islas Vírgenes Británicas fue transferido y operó desde un hospital “resiliente”, mientras que, en Dominica, pese a que el huracán María afectó el hospital principal, la mayor parte de su funcionalidad se conservó durante y después del desastre. La evidencia de la efectividad de esta iniciativa permitió aumentar la demanda por parte de los Ministros de Salud y su escalamiento a siete países del Caribe, mientras se ha generado un creciente interés dentro de la región de las Américas y otras regiones.

Preparativos frente a la pandemia de influenza y respuesta al brote de zika

La amenaza de la pandemia de influenza estimuló las actividades de preparativos en ALC desde el año 2006. Los Ministerios de Salud en coordinación con otros sectores llevaron a cabo actividades integradas de preparativos en todos los niveles. A fines del 2006, 35 países de LAC (100%) tenían un Plan Nacional de Influenza Pandémica. Los esfuerzos de preparativos fueron puestos a prueba por una nueva cepa de influenza tipo A (H1N1) que surgió en México en el año 2009. Las lecciones de este brote pandémico mostraron que el apoyo del presidente de México fue clave para acciones efectivas y oportunas, basadas en la evidencia técnica y los planes desarrollados por la Secretaría de Salud. Sin embargo, los problemas operacionales requerían de una mayor coordinación y la toma de decisiones conjunta con otras Secretarías de Estado en lo que respecta a trabajo, educación, desarrollo social, agricultura, economía y tesoro (4).

La rápida aparición del virus del Zika, que afectó a 48 países y territorios en las Américas (5), incrementó las alertas de salud pública en toda la región, destacando los desafíos en materia de conocimiento, investigación y coordinación. La respuesta a la epidemia de Zika se basó en la experiencia de preparativos para una pandemia, reuniendo a expertos en vigilancia y enfermedades transmisibles. En este caso, la comunidad de conocimiento nacional e internacional en trabajo conjunto con la OPS proporcionó asesoramiento científico y estratégico a los Ministerios de Salud, apoyando a los tomadores de decisión en la asignación de fondos para la prevención y la respuesta.

La iniciativa de equipos médicos de emergencia

Luego de las grandes emergencias ocurridas en 1986, los países de ALC se centraron en implementar una política regional de asistencia humanitaria y el establecimiento de una coordinación y procedimientos para el despliegue de Hospitales de Campaña para asistir a los países afectados y proveer de atención médica y quirúrgica de urgencia. La respuesta médica masiva y descoordinada al terremoto de 2010 en Haití (magnitud 7.0, que causó la muerte de más de 200000 personas) impulsó la revisión de dichas políticas y procedimientos. Como resultado, el nuevo enfoque fue establecer estándares de calidad y responsabilidad de los equipos médicos. Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó en el año 2013 la Iniciativa de Equipos Médicos de Emergencia (EMT).

Los potenciales beneficios de esta iniciativa incluyen una respuesta predecible y oportuna de equipos bien entrenados y autosuficientes que cumplen con los

estándares mínimos y un aseguramiento de calidad. Desde la perspectiva del Ministerio de Salud, la Iniciativa de Equipos Médicos de Emergencia mejora las capacidades de los países para identificar, seleccionar y coordinar el apoyo de los equipos que deben cumplir con estos estándares. La voluntad política de los Ministerios de Salud de países tales como Costa Rica y Ecuador, países con un alto conocimiento de su riesgo a desastres, permitió que sus equipos nacionales fueran los primeros dos equipos médicos de emergencia en ALC en recibir la certificación oficial de la OMS.

Perspectiva para futuras emergencias de salud

Las prioridades expresadas por los Ministerios de Salud de América Latina y el Caribe para el periodo 2016 a 2021 (1) se centran en el continuo fortalecimiento de las capacidades para la gestión de emergencias a gran escala. Esto incluye la evaluación de riesgos y la toma de decisiones basadas en información científica con sistemas de alerta temprana multi amenaza centrados en las personas, una gobernanza más sólida, gestión de riesgo de desastres y la implementación de sistemas de manejo de incidentes. Algunos aspectos adicionales pueden incluir la expansión de las iniciativas de Hospital Seguro y Hospital Resiliente como parte de redes de servicios de salud resilientes, así como una mayor capacidad del sector de salud para responder a epidemias y desastres, el fortalecimiento de los equipos de respuesta de emergencia en todos los niveles, incluidos los estándares de calidad para la gestión clínica y la activación de los Centros de Operaciones de Emergencia como mecanismo de coordinación del sector salud.

CONCLUSIONES

La voluntad política de los Ministros de Salud, en línea con los planes nacionales, las políticas regionales y los marcos globales, ha sido un determinante en la aceleración de los resultados al movilizar fondos, personal y proporcionar el liderazgo necesario a los sectores para que trabajen de manera efectiva con los Ministerios de Salud, mientras enfrentan emergencias de mayor magnitud (6). Fuerzas motrices tales como el clima, las migraciones, la economía los factores sociales y políticas a nivel de cada país y en toda la región, están cambiando los patrones de las enfermedades. El resurgimiento de la malaria en varios países entre 2016 y 2018 después de años de reducción sostenida sumada a los brotes de fiebre amarilla, difteria y sarampión reafirma la necesidad de mayores capacidades de vigilancia epidemiológica y control. El aumento del nivel del mar, tormentas más frecuentes y devastadoras y el riesgo de grandes terremotos requieren mayores capacidades y recursos.

Para desarrollar aún más las capacidades de los países para manejar emergencias importantes y complejas en un escenario de riesgos múltiples, las autoridades nacionales deben apoyar a que los Ministerios de Salud puedan cumplir con las prioridades regionales, mediante el reforzamiento de sus equipos en términos de personal, habilidades técnicas, procedimientos y recursos, trabajando en todos los niveles con todos y cada uno de los sectores. Esto debe hacerse mediante el reforzamiento de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y trabajando de forma conjunta con el Clúster de Salud (7) u otros mecanismos de coordinación según sea necesario.

Contribución de los autores. C. Ugarte contribuyó a la conceptualización y revisión del artículo. P. Aguilar Alcalá dirigió la redacción y revisión. J. Mauvernay contribuyó a la revisión.

Reconocimiento. El progreso pasado y presente en la preparación para desastres y la reducción de riesgos en las Américas ha sido posible gracias a la contribución técnica de expertos nacionales de todos los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y al apoyo financiero de los Estados Unidos (Oficina de Asistencia a Desastres en el Extranjero, Agencia de los

Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y Departamento de Salud y Servicios Humanos), Canadá y el Reino Unido, complementados por la Unión Europea, España, Japón y otros donantes. Los autores también reconocen las contribuciones hechas por Dana Van Alphen, Leonardo Hernández, Alex Camacho y Luis de la Fuente.

Protección de los participantes humanos. No se solicitó aprobación de la junta de revisión institucional porque los datos utilizados para la elaboración de este artículo se limitaron a preparativos a nivel de los países y respuesta ante desastres.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la RPSP/PAJPH y/o de la OPS.

REFERENCIAS

1. Pan American Health Organization. Plan of Action for Disaster Risk Reduction 2016–2021. CD55/17, Rev. August 31, 2016. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35652&Itemid=270%E2%8C%A9en. Acceso el 1 febrero de 2018.
2. Pan American Health Organization. Plan of Action on Safe Hospitals. Disponible en: http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=programdocuments&alias=1121-plan-of-actionon-safe-hospitals&Itemid=1179&lang=en. Acceso el 2 de febrero de 2018.
3. Pan American Health Organization. Smart Hospital Toolkit of PAHO's Health Emergencies Department. Disponible en: http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=1742:smart-hospitals-toolkit&Itemid=1248&lang=en. Acceso el 2 de febrero de 2018.
4. Cordova-Villalobos J, Sarti E, Arzoz-Padr'és J, Manuell-Lee G, Romero M'endez J, Kuri-Morales P. The influenza A(H1N1) epidemic in Mexico. Health research lessons learned. Health Res Policy Syst. 2009;7:21.
5. Espinal M, Aldighieri S, St John R. International health regulations, Ebola, and emerging infectious diseases in Latin America and the Caribbean. Am J Public Health. 2016;106(2):279–282.
6. Lezine DA, Reed GA. Political will: a bridge between public health knowledge and action. Am J Public Health. 2007;97(11):2010–2013.
7. Pan American Health Organization. Plan of Action for the Coordination of International Humanitarian Assistance 2016–2021. CD53.R9, Rev. 2. October 2014. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7647/CD53-R9-e.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acceso el 20 de mayo de 2018.

Manuscrito original en inglés aceptado para publicación el 25 de junio de 2018.