



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



49.º CONSEJO DIRECTIVO **61.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL**

Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009

Punto 4.18 del orden del día provisional

CD49/22 (Esp.)
19 de agosto del 2009
ORIGINAL: ESPAÑOL

MESA REDONDA SOBRE HOSPITALES SEGUROS

Hospitales seguros: Una meta a nuestro alcance

Introducción

1. Las carencias diarias en la prestación de servicios de salud se pueden compensar con varias medidas, como la de enviar a los pacientes a otros establecimientos. Sin embargo, en las emergencias de gran magnitud es necesario conservar los servicios de salud esenciales, aquellos que salvan vidas.
2. Hoy en día, más de 67% de los casi 18.000 hospitales de América Latina y el Caribe están situados en zonas donde el riesgo de desastres es elevado. Muchos de ellos quedaron inservibles a causa de terremotos, huracanes e inundaciones graves. Debido al impacto de los desastres sobre los establecimientos de salud, más de 45 millones de personas han dejado de recibir atención médica en hospitales durante años y la pérdida económica directa por la destrucción de infraestructura y equipamiento superaría los 4 mil millones de dólares en los últimos 25 años. Un servicio de emergencia inutilizado puede representar la diferencia entre la vida y la muerte. Por ejemplo, en el terremoto de agosto del 2007 en el Perú, la ciudad de Pisco (de casi 100 mil habitantes) perdió más de 97% de sus camas hospitalarias, 595 personas fallecieron y 1.295 pacientes tuvieron que ser evacuados por aire a hospitales de la capital del país.
3. Aunque la justificación social, política y económica de mantener en funcionamiento los hospitales después de los desastres tiene mucho peso por sí misma, hay una justificación aun más importante dentro del propio sector de la salud. El costo de administrar los hospitales en América Latina y el Caribe representa aproximadamente 70% del presupuesto de los ministerios de salud, y la mayor parte del dinero se destina a los sueldos de los empleados. En las zonas aisladas y las naciones insulares pequeñas,

con frecuencia hay un solo establecimiento de este tipo y si no funciona, representa una pérdida de 100%.

4. Sin embargo, la naturaleza por sí sola no es la causa del derrumbe de los hospitales. La construcción de hospitales nuevos sin tener en cuenta el riesgo ni los peligros naturales, así como el deterioro gradual o la falta de mantenimiento de la infraestructura sanitaria existente, generan vulnerabilidad e intervienen en la destrucción de los establecimientos y la muerte de sus ocupantes. Las amenazas suelen ser naturales, pero la vulnerabilidad de los establecimientos y el riesgo resultante no lo son.

5. Esta Mesa Redonda responde a la necesidad de facilitar y promover con las autoridades de salud de los Estados Miembros un debate amplio y profundo del impacto socioeconómico, las lecciones aprendidas y las estrategias exitosas para lograr la meta de hospitales seguros, tanto en los establecimientos de salud existentes como en los nuevos proyectos de inversión en salud.

Antecedentes

6. El 45.º Consejo Directivo aprobó la resolución CD45.R8, que en su segundo acápite resuelve: “Exhortar a los Estados Miembros a que adopten el lema de “hospitales seguros frente a desastres” como una política nacional de reducción de riesgos; a que establezcan la meta de que todos los hospitales nuevos se construyan con un nivel de protección que garantice mejor su capacidad de seguir funcionando en las situaciones de desastre; y a que implanten medidas adecuadas de mitigación para reforzar los establecimientos de salud existentes, especialmente los que brindan atención primaria.”

7. La Conferencia Internacional de Desastres Naturales de las Naciones Unidas aprobó el Marco de Acción de Hyogo 2005-2015, en el que los 169 países participantes adoptaron como meta que en el 2015, todos los países deberán: “Integrar la planificación de la reducción del riesgo de desastre en el sector de la salud; promover el objetivo de hospitales a salvo de desastres.”

8. La Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres de las Naciones Unidas (EIRD) decidió organizar la Campaña Mundial de Reducción de Desastres 2008-2009: Hospitales seguros frente a desastres, destacando que se trata de una iniciativa compleja que exige la colaboración de todos los sectores, incluso de las instituciones financieras, con el fin de que los hospitales tengan capacidad de resistir los fenómenos naturales y continuar funcionando en casos de desastre.

9. La 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la Resolución CSP27.R14 “Hospitales seguros: Iniciativa regional sobre los establecimientos sanitarios capaces de resistir los efectos de los desastres.”, y acordó: “Instar a los Estados Miembros a que:

[...] apoyen activamente la campaña mundial de hospitales seguros de la EIRD 2008-2009 [...] y solicitar a la Directora que:

- a) elabore herramientas nuevas para evaluar las probabilidades de que los establecimientos de salud sigan funcionando durante y después de un desastre y ayude a los Estados Miembros a aplicarlas;
- b) apoye a los países para que documenten y compartan las mejores prácticas y puedan de este modo llevar adelante la iniciativa sobre los hospitales seguros;
- c) promueva y fortalezca la coordinación y cooperación con los organismos regionales y subregionales relacionados con el tema de desastres.”

10. La Organización Mundial de la Salud ha dedicado el Día Mundial de la Salud 2009 al mejoramiento de la seguridad de los establecimientos de salud y los preparativos del personal de salud para atender a la población afectada por emergencias y desastres.

Objetivos

- Evaluar el impacto socioeconómico de los desastres sobre la salud e identificar estrategias y fuentes de financiamiento para la reducción del riesgo en hospitales.
- Compartir las lecciones aprendidas en la ejecución de la iniciativa de hospitales seguros en los Estados Miembros.
- Fortalecer la coordinación y cooperación entre el sector de la salud, los organismos responsables de la reducción de desastres y otros sectores, para lograr la meta de hospitales seguros en el 2015.

Estructura de la Mesa Redonda

Hospitales seguros: Una meta a nuestro alcance	
<i>Presentación magistral</i> (20 minutos): <i>La seguridad de los hospitales es más que un asunto médico.</i> Dr. Claude de Ville de Govet.	
Mesas de discusión: (90 minutos)	
Mesa de discusión n.º1	
Tema:	¿Cómo lograr financiamiento para mejorar la seguridad en hospitales?
Moderador:	Presidente del Consejo Directivo
Exposición del tema de discusión:	Arq. Myriam Urzúa, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Guía de discusión:	<ul style="list-style-type: none">• Impacto socioeconómico de los desastres sobre la salud.• Análisis costo beneficio de contar con hospitales seguros.• Estrategias y fuentes de financiamiento al alcance del sector de

	la salud para la seguridad de los establecimientos de salud frente a desastres.
Mesa de discusión n.º2	
Tema:	Lecciones aprendidas en la ejecución de programas nacionales de hospitales seguros
Moderador:	Vicepresidente del Consejo Directivo
Exposición del tema de discusión	Dra. Caroline Chang, Ministra de Salud, Ecuador
Guía de discusión:	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis crítico del proceso de ejecución de programas nacionales de hospitales seguros. • Sinergia con otras iniciativas y procesos en marcha: seguridad del paciente, salud ocupacional, cirugías seguras, acreditación, etc. • Utilidad de la aplicación del Índice de Seguridad Hospitalaria y la lista de verificación de hospitales seguros. • Esfuerzo coordinado entre diversas unidades e instituciones del sector de la salud.
Mesa de discusión n.º3	
Tema:	¿Quién está a cargo realmente de la protección de los hospitales frente a los desastres?
Moderador:	Vicepresidente del Consejo Directivo
Exposición del tema de discusión	Lic. Laura Gurza, Coordinadora General, Sistema de Protección Civil (México)
Guía de discusión:	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad de los sistemas nacionales de prevención y atención de desastres y del sector de la salud en la seguridad de los hospitales frente a desastres. • Mecanismos de diagnóstico, seguimiento y vigilancia de la seguridad de los establecimientos de salud en emergencias y desastres. • Estrategias y experiencias exitosas en las Américas para alcanzar la meta de Hospitales Seguros en 2015.
Informes	
Informe de Relatoría: Los tres relatores de las tres <i>mesas de discusión</i> se reúnen y elaboran un informe conjunto.	
Presentación del informe en la sesión plenaria (10 minutos)	Dr. Jean Luc Poncelet, Gerente del Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre, presenta el informe ante la sesión plenaria del Consejo Directivo.
Participantes e invitados	
Delegados oficiales de los Estados Miembros ante el Consejo Directivo	
Delegados de organismos internacionales, entre ellos:	
<ul style="list-style-type: none"> • Organización de los Estados Americanos (OEA) 	

- Banco Interamericano de Desarrollo (BID)
- Fundación Panamericana para el Desarrollo (PADEF)
- Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA)
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
- Banco Mundial (BM)
- Centro de Prevención de Desastres de America Central (CEPRENAC)
- Comité Andino de Prevención y Atención de Desastres (CAPRADE)
- Caribbean Disaster Emergency Response Agency (CDERA)
- Estrategia Internacional de Reducción de Desastres (EIRD)
- Organismos de cooperación: Oficina de Ayuda de Desastre Externa de los EE.UU. (Office of US Foreign Disaster Assistance, OFDA), Organismo Canadiense para el Desarrollo Internacional (Canadian International Development Agency, CIDA), Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (UK Department for International Development, DFID), Organismo Sueco de Cooperación para el Desarrollo (Swedish International Development Cooperation Agency, SIDA), Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), Departamento de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (European Commission Humanitarian Aid Department, ECHO), etc.

Exposición

11. Se invita a los Estados Miembros a exponer experiencias exitosas y avances en la ejecución de la iniciativa de Hospitales Seguros en sus respectivos países.
12. La exposición de material gráfico, impreso y audiovisual se realizará en las áreas contiguas a las salas de sesiones del Consejo Directivo.

Anexo

DOCUMENTO DE ANTECEDENTES¹ PARA LA MESA REDONDA SOBRE HOSPITALES SEGUROS

Hospitales seguros: Una meta a nuestro alcance

1. Introducción

1. En el transcurso de los últimos 36 años, los desastres han asestado un duro golpe a las condiciones económicas y humanas de América Latina y el Caribe: Más de 114.000 personas han muerto y más de 47 millones se han visto afectadas, la mayoría de ellas pertenecientes a grupos de la población que ya viven en condiciones precarias de vivienda, ingresos, educación y otros indicadores sociales. Las repercusiones económicas de los desastres no son solo la destrucción física y el daño a bienes, capital e infraestructura (que asciende a casi US\$ 53.000 millones en esos 36 años), sino que además implican las pérdidas derivadas de dichos daños, que superan los \$32.000 millones en dólares corrientes y representan un costo promedio anual que se aproxima a los \$7.000 millones.²

2. El sector de la salud, y en particular la infraestructura sanitaria, también han absorbido la mayor parte de estas pérdidas. Más de 67% de los casi 18.000 hospitales de América Latina y el Caribe están ubicados en zonas de alto riesgo de desastres. Muchos de ellos han quedado inoperantes tras terremotos, huracanes e inundaciones de envergadura. En los 25 últimos años, el efecto de los desastres sobre los establecimientos de salud ha impedido que más de 45 millones de personas reciban atención médica en los hospitales, y las pérdidas económicas directas resultantes de la destrucción de la infraestructura y equipos sanitarios probablemente superen los \$4.000 millones.

3. Y el futuro no luce alentador. A medida que las poblaciones que se trasladan a zonas más vulnerables continúen aumentando y los cambios climáticos afecten los niveles del mar, cabe esperar que la seriedad o la frecuencia de las inundaciones y tormentas aumente, al igual que la gravedad del riesgo de desastres para los sistemas de salud.

1.1 Niveles de protección contra peligros

4. La infraestructura fundamental, como los hospitales y las escuelas, puede y debe ciertamente estar protegida contra peligros. Sin embargo, existen diferentes niveles de protección. El nivel uno, Protección de vidas, es el nivel mínimo de protección que se requiere en una estructura para conseguir que no se derrumbe. El nivel dos, Protección de

¹ Debido a las limitaciones sobre la longitud de los documentos presentados a los Cuerpos Directivos, este se ha condensado. La versión original está disponible a solicitud de los interesados.

² De acuerdo con cálculos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

la inversión, abarca toda o parte de la infraestructura y equipos, aunque el propio establecimiento pueda dejar de funcionar. El nivel tres, Protección de las operaciones, busca prevenir las lesiones a los ocupantes de un establecimiento y daños costosos a la infraestructura, así como mantener la capacidad de funcionamiento de las instalaciones. Este es el nivel que se requiere para los establecimientos de salud esenciales.

5. La definición de la OPS de un hospital seguro se basa en el nivel tres de protección. Inicialmente, un hospital seguro se definía como “un establecimiento de salud cuyos servicios permanecen accesibles y funcionan a su máxima capacidad, y en la misma infraestructura, durante una amenaza natural e inmediatamente después de la misma”.³ Más recientemente, se amplió el alcance de esta definición para incluir no solo la protección contra peligros naturales sino también después de la ocurrencia de un “desastre a gran escala o situación de emergencia”.⁴

1.2 Qué significa un “hospital seguro”

6. Muchos factores entran en juego para hacer un hospital seguro frente a los desastres. Dichos factores son generalmente de índole estructural, no estructural y funcional.

- a) **Factores estructurales:** Estos factores incluyen la elección de la ubicación, la naturaleza del suelo y las normas y técnicas de construcción. Son competencia de los ingenieros, arquitectos y otros científicos.
- b) **Factores no estructurales:** Se refieren al daño a los elementos de la edificación que no soportan peso, como paredes, techos falsos o alumbrado; también tiene que ver con la caída o el desplazamiento de equipos, materiales o suministros. Aunque el daño a los elementos no estructurales podría no representar una amenaza a la integridad estructural del establecimiento, puede incapacitar el establecimiento durante un período prolongado.
- c) **Factores funcionales:** En esta categoría se incluye la protección de todos los servicios esenciales para proporcionar atención médica (desde rutas de acceso transitables hasta la disponibilidad de agua, electricidad e insumos) y el nivel de preparación del establecimiento de salud (desde planes y procedimientos de emergencia hasta ejercicios y simulacros).

7. Los hospitales seguros obligan a atender las tres categorías de factores. La mera preparación del personal de un establecimiento de salud para responder a una situación es fútil si el establecimiento no funciona en el momento de la emergencia o, lo que es más trágico, si los mismos trabajadores de salud capacitados se convierten en víctimas.

³ CE140/13 (Spa.) 2007.

⁴ www.safehospitals.info Folleto “Hospitales seguros frente a los desastres”.

2. Antecedentes

2.1 Antecedentes regionales

8. Los Cuerpos Directivos de la OPS han apoyado firmemente la adopción de una iniciativa regional sobre hospitales seguros. En el 2004, el 45.º Consejo Directivo instó a los Estados Miembros a que construyeran todos los hospitales nuevos con un nivel de protección que garantizase mejor la continuación de sus operaciones en situaciones de desastre. Posteriormente, en el 2007, la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la resolución CSP27.R14, por la cual se solicitó a la Directora la elaboración de nuevas herramientas para evaluar las probabilidades de que los establecimientos de salud siguieran funcionando durante y después de un desastre y para apoyar a los países en la documentación y el intercambio de las mejores prácticas.

9. En otros sectores, como los ministerios de finanzas, planificación o desarrollo, se reconoce cada vez en mayor medida la importancia de reducir los riesgos como un factor esencial para el desarrollo sostenible. El apoyo del Grupo del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo ha generado una mayor conciencia sobre este tema fuera del sector de la salud.

2.2 Antecedentes mundiales

10. La Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Reducción de Desastres aprobó el Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015. Los 169 países participantes adoptaron la meta de que para el 2015, todos los países deben: “Integrar la planificación de la reducción del riesgo de desastre en el sector de la salud; [y] promover el objetivo de “hospitales a salvo de desastres”.

11. La Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres de las Naciones Unidas (EIRD) organizó la Campaña Mundial 2008-2009 para la Reducción de Desastres: Hospitales seguros frente a los desastres, para tratar este tema. Se indica en el documento que se trata de una iniciativa compleja que requiere de la colaboración de todos los sectores, incluidas las instituciones financieras, para ayudar a los hospitales a desarrollar la capacidad para resistir fenómenos naturales y seguir operando en caso de un desastre. La OMS y la EIRD emprendieron conjuntamente esta campaña.

12. La OMS dedicó el Día Mundial de la Salud 2009 a la resiliencia y seguridad de los establecimientos de salud y del personal sanitario que atiende a aquellos afectados por las emergencias.

13. Motivadas por la campaña y los eventos mundiales, otras regiones de la OMS lanzaron varias iniciativas dirigidas a reducir el riesgo, especialmente vinculados con proyectos de reconstrucción luego de importantes desastres naturales.

2.3 Valoración económica⁵

14. Los desastres deben considerarse desde un punto de vista sistémico (o sea, intersectorial): lo que afecte a la economía afectará al sector de la salud, y viceversa. Después de la respuesta emocional de los primeros días, las autoridades encargadas de las situaciones de crisis reaccionan principalmente ante realidades políticas y económicas, no frente a indicadores de salud. La valoración económica de la carga social —valer decir, asignar un valor monetario al costo— se convierte en una herramienta fundamental en la competencia de diversos sectores por recursos escasos.

15. *El daño directo* se define como las pérdidas materiales que ocurren como consecuencia inmediata de un desastre. Las pérdidas físicas incluyen activos, capital y elementos materiales que pueden contarse, como camas o equipos de hospitales y medicamentos. Reconstruir los establecimientos con el mismo grado de vulnerabilidad sería inadmisibles; la infraestructura sanitaria afectada por los desastres debe reemplazarse con instalaciones más resilientes y eficaces o reconstruirse mejor para garantizar un servicio mejor y sostenible.

16. *Los efectos indirectos de los hospitales dañados* abarcan tanto los ingresos no percibidos en razón de la disminución de la atención de salud como el incremento de los costos para prestar servicios después del desastre.

17. No es fácil cuantificar las amplias repercusiones económicas de la interrupción de los servicios de salud tras un desastre. Sin embargo, la reciente epidemia de dengue en Bolivia y la pandemia (H1N1) en México en el 2009⁶ demuestran que cuando una emergencia de salud pública se convierte en un desastre, el impacto económico puede exceder la pérdida de vidas o la morbilidad. En el caso de México, se calculó que las pérdidas económicas fueron superiores a \$9.000 millones; los costos sanitarios reales (por concepto de atención médica, puesta a prueba de casos, tratamiento de pacientes, etc.) representaron menos de 2% de esta suma. En el caso de Bolivia, los costos médicos reales (sin incluir las campañas de prevención) representaron cerca de 13% del costo económico total calculado de la emergencia, resultantes principalmente de la pérdida de ingresos y de días no trabajados.

⁵ *Disease Control Priorities for Developing Countries*, segunda edición. Oxford Press y Banco Mundial. Grupo del Banco Mundial (2006). (Adaptado del capítulo 61 sobre respuesta y mitigación de desastres, Ricardo Zapata).

⁶ Según cálculos de la OPS y la CEPAL, a partir de una herramienta metodológica en proceso de formulación.

2.4 “Hospitales seguros” más que un tema médico o de desastres

18. Las consecuencias para la salud de la interrupción de los servicios de un hospital tras un desastre no se limitan a la incapacidad para prestar atención de urgencia a las víctimas. El colapso estructural de un hospital también amenaza directamente las vidas de los pacientes y el personal sanitario. Cuando se presta atención en establecimientos temporales, disminuye el acceso a una atención de calidad y de largo plazo.

19. Igualmente, a menudo se pasa por alto la repercusión a nivel social. Las comunidades con frecuencia gravitan alrededor de centros sociales clave como la iglesia, la escuela y el centro de salud. La pérdida de uno de estos centros afecta gravemente la resiliencia de la comunidad.

20. El enfoque sobre “hospitales seguros” requiere de una amplia proyección intrasectorial, así como de la cooperación y participación activa en este esfuerzo de muchos otros sectores que asuman el liderazgo en ciertos aspectos. No se trata de un problema que pueden resolver los profesionales de la salud por sí solos: tan importantes como los expertos en salud son los ingenieros estructurales, arquitectos, geólogos, expertos en agua y electricidad, así como otros sectores o profesiones.

21. El mejoramiento de la resiliencia de los establecimientos de salud pasa por una inversión sostenida. A pesar de las graves consecuencias económicas a corto y largo plazo de la interrupción de los servicios hospitalarios, la reducción de riesgos no consigue aún atraer el financiamiento necesario. Se requieren enfoques innovadores y fuentes alternativas de fondos.

3. Responsabilidad intersectorial

3.1 Interesados directos

22. Al menos siete categorías de interesados directos participan en el programa de hospitales seguros (apoyo a los servicios de salud, fomento de la reducción de riesgos de desastres y preparativos para situaciones de emergencia, reglamentación de la construcción de edificios y de los servicios de salud, construcción de infraestructura sanitaria, operación de servicios de salud, suministro de servicios básicos y otros servicios y financiamiento de establecimientos de salud). Los interesados directos pueden pertenecer a más de una categoría; por ejemplo, la seguridad social apoya, opera y financia los servicios de salud.

23. *Apoyo a los servicios de salud.* Esta categoría reúne a las entidades que promueven la salud y apoyan los servicios sanitarios. Incluye a los sectores público y

privado, la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones comunitarias.

24. *Fomento de la reducción de riesgos de desastres y preparativos para situaciones de emergencia.* Es amplia la gama de actores que conforman este grupo, cuya función es disminuir el riesgo en los servicios fundamentales para proteger la infraestructura física, los equipos y el personal sanitario, los pacientes y los visitantes dentro de las instalaciones. También están interesados en la planificación para casos de emergencia que pudieran presentarse fuera o dentro del hospital.

25. *Reglamentación de la construcción de edificios y de los servicios de salud.* Los interesados directos reunidos en esta categoría van desde los entes normativos nacionales responsables del ordenamiento del uso de la tierra, los códigos de construcción y las normas relativas a los establecimientos y servicios de salud, hasta las autoridades y auditores locales encargados de ejecutar las políticas y hacer cumplir los reglamentos.

26. *Construcción de infraestructura sanitaria.* Esta categoría incluye a los constructores públicos y privados que deben responder a las normas y reglamentos para una construcción adecuada de la infraestructura física. En este grupo se consideran criterios como la eficacia en función de los costos, el control de calidad y la responsabilidad civil.

27. *Operación de servicios de salud.* En esta categoría participa una variedad de interesados directos que se desenvuelven en la prestación de servicios de salud, generalmente dentro de una red sanitaria. Su relación con la seguridad de los hospitales tiene que ver principalmente con la vulnerabilidad funcional y los planes de emergencia, más que con la vulnerabilidad estructural y no estructural.

28. *Suministro de servicios básicos.* En situaciones de emergencia, los proveedores de servicios básicos pueden representar la diferencia entre un hospital que sigue funcionando y uno que no puede hacerlo. Incluso un hospital que cuenta con equipos sofisticados y personal calificado podría no poder estar en capacidad de responder ante una emergencia si no tiene agua, electricidad o gas.

29. *Instituciones financieras.* Esta categoría promueve el desarrollo social y responde a las exigencias sociales. A nivel nacional, la acción se centra en las agendas de desarrollo social, en las cuales los establecimientos de salud se promueven y financian por intermedio de ministerios distintos al ministerio de salud, así como por medio de algunas instituciones vinculadas a mandatos presidenciales que canalizan recursos importantes hacia la construcción de infraestructura física, entre ellos establecimientos de salud y escuelas.

3.2 Liderazgo para los hospitales seguros

30. Es fundamental establecer la responsabilidad de cada interesado directo en los programas nacionales de hospitales seguros. Aunque los países de la Región han adoptado enfoques diferentes, los programas que han arrojado resultados positivos muestran características comunes: el liderazgo de una institución de salud ha contado con un sólido apoyo normativo y político del sistema de seguridad social, la protección civil, el comité nacional de emergencias o alguna otra institución intersectorial responsable de la reducción de los riesgos de desastre.

31. El enfoque recomendado consiste en establecer una unidad dentro del ministerio de salud para liderar y reglamentar las labores de un “grupo de trabajo sobre hospitales seguros”. El liderazgo del ministerio de salud debe permitir y alentar que otros actores asuman papeles protagónicos, se brinden apoyo mutuo y busquen sinergias entre los diferentes participantes. El esfuerzo conjunto debe sustentarse en un plan de trabajo que ha de elaborarse de una manera participativa y que considere la naturaleza de los diferentes interesados directos, sus inquietudes, capacidades y posibles contribuciones.

32. Dado que lo que debe hacerse para proteger los establecimientos de salud excede los recursos disponibles, es importante proseguir un enfoque mancomunado, interinstitucional, lo que permitiría acordar criterios para priorizar las intervenciones de reducción de los riesgos de desastre en los establecimientos de salud o para construir nueva infraestructura sanitaria segura. Los criterios serían asignar prioridad a los servicios de salud sumamente complejos, o colocar unidades de atención de salud en lugares estratégicos, o hacer funcionar los establecimientos de salud como nódulos dentro de las redes sanitarias.

3.3 Seguimiento y evaluación

33. La falta de mecanismos de seguimiento y evaluación es en parte responsable del progreso más lento de lo previsto hacia los hospitales seguros. Es importante dar seguimiento y dejar constancia de la ejecución de las actividades y el cumplimiento de las metas, así como determinar las limitaciones y obstáculos de los cuales aprender alguna lección. Este seguimiento debe ser independiente e interinstitucional.

34. El sector privado también puede participar activamente en los mecanismos de seguimiento y evaluación a través de las asociaciones profesionales (de ingenieros y arquitectos, por ejemplo), firmas de auditoría y expertos.

35. Es menester aclarar, y quizás ampliar, la función de seguimiento de los organismos subregionales de reducción de desastres como el Organismo Caribeño de Respuesta de Emergencia en caso de Desastres (CDERA), así como el papel del Caribe y

la OPS a nivel regional, a fin de velar por que las normas y reglas se ajusten a los requisitos regionales y que, especialmente después de un desastre, se extraigan y difundan enseñanzas en toda la Región.

4. Ejecución sectorial de un programa nacional de hospitales seguros

4.1 Apoyo político

36. Son contados los países de América Latina y el Caribe que han alcanzado algún avance significativo en la reducción de la vulnerabilidad de sus establecimientos de salud; otros no han logrado obtener resultados concretos. El factor determinante para alcanzar resultados positivos es contar con un compromiso y un apoyo políticos claros y sostenidos de las autoridades sanitarias al más alto nivel. La participación proactiva del ministro de salud es fundamental para promulgar leyes y reglamentos o velar por la reserva y asignación de fondos para fortalecer los establecimientos existentes antes de un desastre.

37. Es común contar con el compromiso y el apoyo políticos inmediatamente después de sufrir las consecuencias de un desastre. Sin embargo, si no se institucionaliza, ese apoyo disminuye rápidamente. Con la institucionalización del apoyo a los hospitales seguros, pueden extraerse lecciones y detectarse deficiencias. En la mayoría de los casos, los países más grandes tienen mayores oportunidades de aprender de estos eventos que los países más pequeños. Por consiguiente, es necesario que la Región lleve a cabo evaluaciones de daños tras un desastre para que todos los países, independientemente de su tamaño, aprendan de un conjunto más amplio de experiencias. Evaluaciones de este tipo proporcionan el grueso del conocimiento científico y práctico, y representan además una motivación de primer orden para el cambio.

38. Algunos países han utilizado la breve oportunidad que se abre tras un desastre natural de envergadura —cuando la sensibilidad y el apoyo público alcanzan su punto máximo— para incorporar medidas de reducción de riesgos en los proyectos de reconstrucción. Al respecto, debe reconocerse la función catalizadora de las organizaciones subregionales y regionales de gestión de desastres y de las instituciones financieras internacionales.

4.2 Alcance de un programa de “hospitales seguros”

39. ¿Qué entraña un programa de hospitales seguros? La reducción de la vulnerabilidad de la extensa red de hospitales, bancos de sangre, establecimientos de salud pública y centros de atención primaria de salud es un emprendimiento serio, técnicamente exigente

y de largo plazo que no puede improvisarse o reemplazarse con la adopción *ad hoc* de medidas tras un terremoto o huracán. El programa incluye los pasos siguientes.

a) *Estrategia y diagnóstico*

40. El primer paso es definir qué establecimientos de salud estarán cubiertos (establecimientos nuevos y existentes, hospitales, bancos de sangre, laboratorios, etc.) en un programa de hospitales seguros. En la práctica, los países y la OPS han adoptado una definición pragmática basada en el número de camas (con 50 como el umbral común) e incluye los establecimientos médicos y de salud pública nuevos (aún por construirse) y existentes, públicos y privados (con fines de lucro) y de la seguridad social (sin fines de lucro).

41. La elaboración del mapa del riesgo geológico o hidrológico no es responsabilidad directa del ministerio de salud, sino de la institución a cargo de la protección civil u otra entidad intersectorial. No obstante, el sector sanitario es responsable de buscar estos datos y utilizarlos en su planificación diaria de la infraestructura.

42. Existe amplio consenso en toda la Región de que los nuevos establecimientos propuestos deben cumplir con requisitos estrictos de seguridad estructural y no estructural. La comprobación del cumplimiento de tales requisitos podría seguir siendo un problema.

b) *Definición de prioridades y formulación de un plan*

43. Lograr que todos los establecimientos nuevos o renovados se construyan y operen en cumplimiento de los requerimientos de seguridad es una cuestión de voluntad política. La falta de financiamiento no es una razón válida para pasar por alto este paso básico que han acordado todos los gobiernos.

44. El fortalecimiento de todos los establecimientos existentes en riesgo representa un desafío diferente. No es factible ni rentable hacer esto a corto plazo. No obstante, no es posible, desde un punto de vista técnico o ético, el no atender este problema. Una manera de establecer prioridades es aplicar el índice de seguridad de los hospitales. La experiencia de México en los 1.381 establecimientos del Instituto Mexicano de Seguridad Social demostró que la aplicación de este índice es un proceso relativamente rápido que permitió a todos los interesados a nivel local identificarse con el mismo.

El índice de seguridad de los hospitales

El índice de seguridad de los hospitales es un primer paso importante para la priorización de la inversión de un país en la seguridad de los hospitales. El índice proporciona una idea exacta en un momento dado de la probabilidad de que un hospital o establecimiento de salud pueda seguir funcionando en situaciones de emergencia.

Primero, un equipo de evaluación independiente utiliza la **Lista de verificación de hospitales seguros**, que es una lista estandarizada, para evaluar el nivel de seguridad del hospital en 145 áreas. Una vez cumplimentada la lista de verificación, el equipo de evaluación valida colectivamente los puntajes y los introduce en una calculadora de calificación, que pondera cada variable según su importancia relativa para la capacidad de un hospital de resistir un desastre y seguir funcionando. El puntaje final del índice de seguridad coloca al establecimiento de salud evaluado en una de tres **categorías de seguridad**, lo que ayuda a las autoridades a determinar qué establecimientos necesitan intervenciones con la mayor urgencia:

- **Categoría A:** Es para los establecimientos que se consideran en capacidad de proteger la vida de sus ocupantes y probablemente de continuar funcionando en situaciones de desastre.
- **Categoría B:** Se asigna a los establecimientos que pueden resistir un desastre, pero en los cuales corren riesgo los equipos y los servicios fundamentales.
- **Categoría C:** Designa un establecimiento de salud donde las vidas y la seguridad de los ocupantes se considerarían en riesgo durante un desastre.

45. La seguridad estructural es un requisito primordial. El colapso de un hospital que conlleve a la muerte de empleados y pacientes deja de considerarse aceptable. Si no puede razonablemente esperarse que un edificio se mantenga en pie tras un huracán o terremoto, no tiene sentido tomar medidas amplias de mitigación no estructural.

c) *Promulgación de leyes y elaboración de reglamentos*

46. Será poco el progreso si los adelantos se dejan a la iniciativa y la buena voluntad de las instituciones privadas o públicas. La seguridad debe normarse. Entre los países de las Américas que dictan la pauta en materia de adopción de normas específicas para los hospitales figuran Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, México y el Perú. Son menos numerosos los casos donde la contribución normativa incluyó también la promulgación de reglamentos y procedimientos.

47. El punto clave es que las normas y códigos de construcción aplicables a las viviendas, oficinas e incluso escuelas quizá no sean suficientes para garantizar la operación continua de los establecimientos de salud más fundamentales. Los países a menudo clasifican los edificios en cuatro categorías, la más alta de las cuales cubre aquellas instalaciones que deben permanecer operativas inmediatamente después del desastre. Los centros de telecomunicaciones, la policía y otros servicios de seguridad, los departamentos de bomberos, los centros de coordinación de emergencias —y los establecimientos de salud— se encuentran en esta categoría.

48. La pericia de la división de infraestructura del ministerio de salud será imprescindible para la preparación de normas específicas para los diferentes tipos de establecimientos como hospitales, bancos de sangre y laboratorios.

d) *Ejecución progresiva y verificación*

49. Ocurre con frecuencia que a las evaluaciones del nivel de vulnerabilidad de un establecimiento de salud no le sigue una medida correctiva. Deben asignarse recursos humanos suficientes para la ejecución del programa y el seguimiento de los resultados.

50. Es necesario resolver algunos puntos: 1) ¿quién debe asumir la responsabilidad en el ministerio de salud?; 2) ¿la responsabilidad debe asignarse al programa de gestión de desastres o al departamento de infraestructura que tiene mayor autoridad directa y pericia en ingeniería y mantenimiento?; 3) ¿el programa debe adscribirse al ministerio de salud, que es el ente normativo del sector, o a la seguridad social, que es el organismo con una mayor inversión en hospitales y otras infraestructuras de atención?; 4) por último, ¿la reducción de riesgos es un tema que atañe a las emergencias o al desarrollo sostenible?

51. Entre los Estados Miembros con un programa activo de hospitales seguros, las opiniones y soluciones varían ampliamente. Sin embargo, todos los logros ejemplares comparten una característica común: todas las partes pertinentes participaron activamente. Los gerentes de desastres y los expertos en infraestructura colaboraron estrechamente. La seguridad social y el ministerio de salud, independientemente de quien asumiera el liderazgo, actuaron como socios. Si el programa se aborda como una inversión a largo plazo (el enfoque preferido) o una función relacionada con un desastre, su éxito depende de la actitud colaborativa de todos los socios, mediante la institucionalización de un mecanismo de coordinación, trátase de un comité o un consejo de seguridad hospitalaria.

52. En todo el mundo, las instituciones públicas han mostrado una mayor propensión a derrumbarse que sus equivalentes privados. Una razón quizá sea la antigüedad y el

deficiente mantenimiento de los hospitales públicos. Otra causa podría ser que las normas y los códigos de construcción no se aplicaron adecuadamente.

53. El seguimiento y la supervisión durante la construcción son imprescindibles.

5. Financiamiento

5.1 Costo de reducción de los riesgos

54. El costo de un hospital o establecimiento de salud seguro es insignificante cuando se incluye en las fases iniciales de diseño. Para la gran mayoría de los establecimientos de salud nuevos, la incorporación de la protección integral contra terremotos y eventos climáticos en los diseños desde el principio solo agregaría 4% al costo.⁷

55. El costo de modernizar los establecimientos de salud existentes varía enormemente. Por ejemplo, los elementos no estructurales —el contenido, en lugar del edificio propiamente dicho— representan la mayor parte del valor de un hospital. El daño a los elementos no estructurales es también lo que con mayor frecuencia obliga a la interrupción de las operaciones de un hospital durante un desastre natural. La modernización de los elementos no estructurales cuesta sólo cerca de 1%, pero sirve para proteger hasta 90% del valor de un hospital.⁸

56. La eficacia en función de los costos de prevenir los daños o la pérdida de servicios se ha documentado adecuadamente en algunos establecimientos. Sin embargo, la incertidumbre que rodea las situaciones de desastres requiere de un programa integral de reducción de riesgos en muchas instituciones, lo que constituye una empresa costosa. El retorno financiero de esta medida dependerá del nivel de riesgo (gravedad y reaparición) y el costo.

5.2 Fuentes de financiamiento

57. El financiamiento de un plan nacional intermedio para hospitales seguros debe provenir principalmente de recursos nacionales: presupuesto nacional, presupuesto del sector sanitario y fondos e instrumentos intersectoriales específicos.

⁷ *Protecting New Health Facilities from Disasters: Guidelines for the Promotion of Disaster Mitigation*, Washington D.C., OPS/OMS. 2003.

⁸ *Guidelines for Seismic Vulnerability Assessment of Hospitals*. Organización Mundial de la Salud y la National Society for Earthquake Technology (NSET), Nepal.

a) *Mecanismos intersectoriales*

58. Los fondos nacionales de México en caso de desastres son buenos ejemplos del uso de los instrumentos financieros y la cobertura de seguros para el riesgo general de desastre: un fondo de respuesta en caso de emergencia (FONDEN), dos para la prevención de desastres (FOPREDEN y FIPREDEN); y un bono paramétrico de terremotos que venció en el 2009.

59. Algunos países tienen cobertura de seguros parcial para su infraestructura sanitaria y hospitalaria que normalmente ampara edificios, equipos especializados o existencias. No obstante, se ha prestado poca atención al uso de la cobertura financiera para garantizar la continuidad del servicio (o las “operaciones”). Un área que valdría la pena considerar es la factibilidad de adoptar tal cobertura “paramétrica” o de “continuidad de las operaciones”, mediante un seguro (local, financiado o subsidiado por el Estado o reasegurado en el mercado internacional) o por medio de instrumentos financieros como bonos o derivados.

60. Otro ejemplo es la Facilidad de Seguro de Riesgo de Catástrofes del Caribe, que es también un mecanismo de seguro paramétrico. Este servicio asegura el riesgo del gobierno y está diseñado para limitar el impacto financiero de huracanes y terremotos catastróficos para los gobiernos del Caribe al proporcionar rápidamente liquidez a corto plazo al activarse la póliza cuando se activa la póliza.

b) *Mecanismos sectoriales*

61. El sector de la salud también ha creado sus propios mecanismos para financiar la modernización o reconstrucción de los establecimientos de salud inseguros. La seguridad (o falta de esta) está convirtiéndose en un factor determinante en la ejecución selectiva del plan maestro de reforma y extensión de los servicios de salud del sector sanitario. La mayor prioridad se asigna a la construcción de instalaciones nuevas y más grandes en zonas y comunidades con establecimientos inseguros en áreas de alto riesgo, donde la cobertura sanitaria es insuficiente. La reducción de riesgos se ha convertido en una parte integrante del desarrollo de los servicios de salud.

62. En vista de ello, es necesario ampliar aun más las medidas proactivas, de las cuales la iniciativa de hospitales seguros es un ejemplo positivo, hacia la reducción del riesgo y hacia las medidas preventivas en lugar de curativas que trasciendan los aspectos médicos. Las consideraciones financieras, el seguro contra riesgos y los instrumentos de inversión debe entenderse como una parte importante de una iniciativa de hospitales seguros ante unos riesgos que parecen estar aumentando y haciéndose más internacionales y más graves.

6. El futuro

63. La seguridad de los hospitales está convirtiéndose en una necesidad social y política urgente a medida que el público adquiere mayor conciencia de los crecientes riesgos y los beneficios de las medidas de mitigación. Pero el sector de la salud no puede alcanzar este objetivo por sí solo. Se requiere de la sólida participación, cuando no del liderazgo, del sector de la protección civil y el apoyo explícito y sostenido de las más altas autoridades y los entes legislativos. Los hospitales más seguros deben ser una tarea intersectorial.

64. La naturaleza intersectorial de este asunto no exime al ministerio de salud de su responsabilidad como líder sector sanitario. El ministerio de salud debe asumir el papel de liderazgo para proteger los establecimientos de salud y velar por la continuidad de la atención de salud (las operaciones) en todo el sector. Le corresponde promover y facilitar la participación significativa de la seguridad social y las instituciones privadas (con y sin fines de lucro).

65. De la misma forma, la protección contra los peligros naturales quizá no sea responsabilidad exclusiva del programa o la unidad contra desastres del ministerio. Las divisiones de infraestructura y mantenimiento son igualmente responsables y competentes en esta materia. Su participación, posiblemente en una posición de liderazgo, es esencial.

66. Si bien la reducción del riesgo al mínimo en las nuevas instalaciones es ampliamente aceptado como un requisito esencial, quizás no sea posible reducir el riesgo en todos los establecimientos existentes a corto plazo. Todos los establecimientos deben clasificarse, posiblemente mediante el uso del Índice de Seguridad Hospitalaria de la OPS, y deben definirse prioridades para la modernización progresiva de establecimientos clave como parte de una estrategia y planes nacionales de hospitales seguros.

67. Los hospitales seguros no son una inquietud temporal o una campaña efímera. Son, o deberían ser, un compromiso y un programa a largo plazo en el contexto del desarrollo sostenible. En consecuencia, los países deberían establecer las estructuras legales y administrativas correspondientes y hacer los arreglos presupuestarios pertinentes.

68. Los hospitales seguros requieren de la asignación sostenida de fondos. Este financiamiento puede obtenerse a través de una variedad de mecanismos intersectoriales nacionales o regionales de reducción de riesgo, así como mediante la inclusión de partidas presupuestarias para la evaluación y reducción de riesgos en el presupuesto central de salud y en los situados regionales de los países descentralizados.

69. El apoyo de los entes legislativos es fundamental y no puede improvisarse. Una campaña de información que incluya tanto a los legisladores como al público ayudará a asegurar su apoyo con conocimiento de causa y la sostenibilidad del esfuerzo actual.

- - -