

La respuesta de salud al terremoto de Haití

Enero de 2010

Enseñanzas que deben aprenderse para
el próximo desastre repentino de gran magnitud



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

La respuesta de salud al terremoto de Haití

Enero de 2010

Enseñanzas que deben
aprenderse para el próximo
desastre repentino
de gran magnitud

Claude de Ville de Goyet

Juan Pablo Sarmiento

François Grünewald



Organización Panamericana de la Salud
La respuesta de salud al terremoto de Haití Enero de 2010 - Resumen
Washington, D.C.: OPS, © 2012

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al Servicio Editorial, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América. El Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre; phone (202) 974-3399; email disaster-publications@paho.org podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2012. Todos los derechos reservados

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

La producción de esta guía ha sido posible gracias al apoyo financiero de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA), la Oficina de Asistencia al Exterior en Casos de Desastre de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (OFDA/AID), el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID), la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y el Departamento de Ayuda Humanitaria y Protección Civil de la Comisión Europea (ECHO).

Diseño gráfico y foto de la portada: OPS/OMS, Victor Ariscain

Tabla de contenidos

Introducción.....	1
Haití antes del terremoto	1
Situación socioeconómica y política.....	1
Situación sanitaria	2
Gestión y reducción de riesgos	2
La “singularidad” de Haití.....	3
El terremoto del 12 de enero de 2010.....	3
Las repercusiones globales.....	3
Las repercusiones sobre la salud	4
a. La mortalidad.....	4
b. La morbilidad	4
c. Los desplazamientos de la población	4
d. La naturaleza de los traumatismos	5
Los actores humanitarios	6
Los actores haitianos.....	6
a. El personal nacional de salud	6
b. Los haitianos radicados en el extranjero	6
Los actores internacionales	6
a. Los actores presentes en el lugar	6
b. Los equipos desplegados para la respuesta al sismo.....	6
c. Los países de América Latina y el Caribe	7
d. La ayuda bilateral	7
Las enseñanzas obtenidas.....	8
La respuesta inmediata	8
Las operaciones de rescate desde el punto de vista de la salud	8
El tratamiento de las personas heridas.....	9
a. Contribución de los equipos médicos y hospitales de campaña	9
b. La clasificación de las personas heridas (<i>triage</i>).....	10
c. Problemas médicos especializados	10
d. Atención posoperatoria, transferencia y evacuación de los pacientes	11
La gestión de los cadáveres.....	13

La respuesta secundaria: más allá de la atención a las personas heridas	13
Atención primaria de salud para la población desplazada.....	13
Las enfermedades transmisibles.....	14
Salud mental y apoyo psicosocial.....	14
Salud reproductiva y violencia de género.....	15
a. Salud reproductiva.	15
b. Violencia sexual de género	15
Suministros.....	16
a. El Programa de Medicamentos y Suministros Esenciales (PROMESS).....	16
b. Las donaciones de medicamentos y su gestión.....	16
La rehabilitación de las personas discapacitadas	16
Agua, tratamiento de excretas e higiene.....	16
a. El abastecimiento de agua.....	16
b. Saneamiento en los asentamientos temporales y hospitales.....	17
c. Alimentación y nutrición	17
La gestión de la información	18
La evaluación preliminar rápida.....	18
El análisis del impacto	18
Evaluaciones específicas	19
La información sobre la ayuda exterior	19
a. Lista y mapa de las agencias y las organizaciones.....	19
b. Inventario y registro de las donaciones materiales	19
c. Contribución de los medios de comunicación y las redes sociales.	20
La coordinación	20
La coordinación nacional	21
La coordinación internacional	21
a. La Reforma Humanitaria	21
b. El Grupo Sectorial de Salud.....	21
Enseñanzas estratégicas para el próximo desastre repentino	23
a. Restablecer las estructuras nacionales de salud en el puesto de mando	23
b. Controlar la calidad de la asistencia médica	23
c. Mejorar la coordinación.....	23
Vínculo entre el socorro y el desarrollo	24
Conclusión	24

Introducción

La presente publicación ofrece a la comunidad hispanohablante un resumen del libro *Health response to the earthquake in Haiti. January 2010 – Lessons to be learned for the next massive sudden-onset disaster*, publicado por la Organización Panamericana de la Salud, oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). El objetivo es destacar las enseñanzas pertinentes para mejorar la respuesta frente a un futuro desastre de gran magnitud, que sin duda sobrevendrá repentinamente en alguno de los numerosos países vulnerables del mundo.

La publicación se centra en los primeros tres meses de la respuesta: el periodo inicial durante el cual tantos errores parecieron repetirse.

Los autores expresan su agradecimiento a sus colegas haitianos y expatriados por haber compartido sus experiencias, datos y puntos de vista sobre la respuesta sanitaria desplegada para hacer frente a una de las tragedias más graves que se han cernido sobre una nación.

Haití antes del terremoto¹

Desde hace más de 200 años, Haití es un país independiente que, junto con la República Dominicana, ocupa la isla de La Española, situada en el archipiélago de las Antillas Mayores del Mar Caribe. La población haitiana asciende a unos 10 millones de habitantes y habla principalmente criollo haitiano; una minoría con más educación habla francés. Alrededor de 2,3 millones de personas viven en la zona metropolitana de Puerto Príncipe, la capital del país.



Situación socioeconómica y política

Haití es uno de los países más pobres del mundo. Su producto nacional bruto es de US\$ 850 por persona, en comparación con los US\$ 4.860 de su vecina República Dominicana. Asimismo, Haití está clasificado entre los más corruptos: su índice de corrupción, uno de los más elevados del mundo, es comparable al de Pakistán, país que también se vio afectado por un terremoto de gran magnitud en 2005. (Transparency International, 2011).

La historia reciente de Haití es turbulenta. En 1991, un golpe militar dio lugar a un embargo internacional, a una intervención militar y, por último, a la supresión del ejército. En 2004, las Naciones Unidas establecieron una fuerza en el país para mantener la paz, la MINUSTAH², que tendría una función fundamental después del terremoto de 2010.

1 Las fuentes utilizadas en este capítulo incluyen: Instituto Haitiano de Estadística e Informática, 2010; Banco Mundial, *Haiti at a glance*, 2006; OPS/OMS, Perfil de Salud de Haití, 2010; Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2008 Revision*, 2009.

2 Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití.

Las instituciones estatales son endebles y dependen en su mayor parte del apoyo financiero internacional. Los donantes tienden a canalizar la ayuda hacia los programas que consideran prioritarios a través de las organizaciones no gubernamentales (ONG), dejando de lado a las autoridades nacionales, lo que en última instancia las debilita.

Situación sanitaria

Si bien los datos estadísticos de salud son poco confiables, ponen de manifiesto una prevalencia elevada de todas las enfermedades transmisibles³ y una falta de acceso a la atención de salud en la mitad de la población, sobre todo entre las personas con menos recursos y en las zonas rurales. Aunque hay servicios privados de atención sanitaria reservados para la élite, principalmente en las ciudades, el 75% de los servicios de atención sanitaria, de calidad variable, son prestados por ONG religiosas o laicas. La mayoría de las ONG establecen sus propias prioridades y normas, a menudo sin tener en cuenta las recomendadas por el Ministerio de Salud haitiano; no en balde se le conoce a Haití como “la República de las ONG”.

Los servicios especializados de rehabilitación postraumática, salud mental o transfusión, cuya importancia es decisiva después de un desastre, no cumplen con las normas modernas ni satisfacen las necesidades de la población en tiempos normales.

El abastecimiento de medicamentos y otros productos esenciales del sector sanitario se realiza mediante el Programa de Medicamentos y Suministros Esenciales (PROMESS), administrado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el apoyo de donantes.

Por último, el 80% de los 10 millones de habitantes no tienen acceso mínimo al conjunto de servicios de agua potable y saneamiento (por ejemplo, tratamiento de excretas y desechos sólidos).

Gestión y reducción de riesgos



Haití es un país muy vulnerable a los riesgos climáticos, entre otras tantas contingencias. En los años anteriores al sismo, la comunidad internacional emprendió un esfuerzo considerable para reforzar a largo plazo el programa multisectorial de gestión de desastres de la Dirección de Protección Civil. El esfuerzo se centró en primer lugar en los riesgos más frecuentes, como huracanes e inundaciones; aunque se conocía el riesgo de un terremoto de gran magnitud en zonas urbanas, no se le prestó la atención adecuada.

En Puerto Príncipe, la capital superpoblada y construida en las laderas de montañas, no existen normas de construcciones antisísmicas para los hospitales y otras instalaciones de vital importancia, o simplemente se hace caso omiso de ellas

El Ministerio de Salud, que está mal equipado para satisfacer las necesidades que exigen las situaciones diarias de emergencia, no supo cómo priorizar su programa de preparación frente a desastres y, por lo tanto, no pudo asignar los recursos necesarios para que dicho programa fuera eficaz.

³ Con excepción del cólera, que aparecerá en Haití nueve meses después del terremoto.

La “singularidad” de Haití

De alguna manera, Haití es un caso único tanto en el continente americano, como sucediera entre los países recientemente afectados por un desastre de gravedad, como el tsunami que devastó Indonesia y Sri Lanka (2004) o el terremoto que azotó Pakistán (2005). En el cuadro 1 se resumen las principales diferencias entre los países afectados por estos desastres, las cuales indican que, en cuanto a desarrollo, Haití está más cerca de Pakistán que de su vecino contiguo o de otros países afectados en los últimos años.

Cuadro 1. Indicadores de Haití, República Dominicana y tres países afectados por un desastre de gran magnitud

Indicador	Haiti	Republica Dominicana	Sri Lanka	Pakistán	Indonesia
Habitantes (millones)	10	10	20	161	228
Producto Nacional Bruto - PNB per cápita (2010, US\$) ⁴	650	4,860	2,290	1,050	2,580
Esperanza de vida (años)	62	73	69	63	67
Mortalidad de los niños menores de 5 años (muertes por cada 1.000 nacidos)	76	24	17	97	34
Vacunación contra el sarampión (%)	58	95	98	85	83
Medicamentos por cada 10.000 habitantes	3	19	6	8	1

El terremoto del 12 de enero de 2010

Las repercusiones globales

Poco antes de las 5 de la tarde del 12 de enero de 2010, un terremoto de magnitud 7 en la escala de Richter sacudió Puerto Príncipe, la capital de Haití. Aunque su magnitud y duración (35 segundos) no son nada novedosas mundialmente, sus repercusiones en una metrópoli superpoblada donde se concentran los escasos recursos del país, así como las organizaciones internacionales, no tienen precedentes.

El sismo destruyó la mayoría de los establecimientos públicos: la Presidencia, el Parlamento, los ministerios de Justicia, Salud y Educación, el aeropuerto, las instalaciones portuarias y muchos otros edificios. Las pérdidas materiales incluyen más de 50 hospitales o centros de salud, 1.300 escuelas o centros educativos y 310.000 viviendas particulares. Las pérdidas económicas ascienden a US\$ 7.800 millones y equivalen a un retroceso de 10 años en el caso de un país tan pobre como Haití.

La comunidad internacional también se vio afectada. Las Naciones Unidas perdieron un gran número de empleado, incluido su Jefe de Misión, al derrumbarse su cuartel general y la mayoría de las organizaciones no gubernamentales de ayuda humanitaria sufrieron pérdidas importantes (PDNA-Haití, 2010).

⁴ El Producto Nacional Bruto (PNB, también conocido como Ingreso Nacional Bruto) comprende el valor de todos los bienes y servicios producidos durante un año y todos los insumos de otros países. Estas cifras se obtuvieron de la base de datos del Banco Mundial (2010).

Las repercusiones sobre la salud

a. La mortalidad

Los cálculos de las pérdidas humanas varían ampliamente según las fuentes. Los más elevados, procedentes de las autoridades nacionales (220.000 muertos y un año después más de 300.000), son objeto de fuertes críticas por parte de los científicos y la prensa internacional. La falta de una metodología objetiva y los beneficios esperados en cuanto a movilización de recursos al utilizarse los datos estadísticos más elevados, han alimentado esta controversia científica y política. De cualquier manera, las cifras de mortalidad más conservadoras obtenidas de los estudios más fundamentados (65.575 y 158.679)⁵ confirman la magnitud de las pérdidas para un país tan pequeño como Haití. Estas muertes no son consecuencia de un terremoto particularmente grave, sino de la extrema vulnerabilidad de la población urbana de escasos recursos y sin educación sobre reducción de riesgos.

b. La morbilidad

Aunque el número de personas heridas (más de 300.000 según las autoridades haitianas) también es poco confiable, demuestra claramente la desproporción entre la demanda de servicios de atención inmediata o diferida y la capacidad del país donde la mayoría de los recursos sanitarios se encontraban en la zona afectada. En el estudio realizado por la Universidad de Michigan (Estados Unidos) se calcula que más del 20% de las muertes (37.301 personas) ocurrieron en las seis semanas posteriores al terremoto.

Los datos estadísticos de morbilidad y mortalidad cobran su verdadero significado cuando se considera el tamaño de Haití. En el cuadro 2 se comparan las defunciones por cada 1.000 habitantes durante los desastres de mayor magnitud del último decenio.

Cuadro 2. Indicadores de salud de Haití, República Dominicana y otros tres países afectados por un desastre de gran magnitud

País (año)	Número de habitantes (millones)	Defunciones	Mortalidad por 1.000 hab.	Heridos	Morbilidad por cada 1.000 hab.
Indonesia (2004)	228	167.450 ⁶	0,7	25.572	0,1
Sri Lanka (2004)	20	35.322	1,8	21.441	1,1
Pakistán (2005)	161	73.388 ⁷	0,5	128.309	0,8
Haití (2010)	10	entre 65.225 y 300.000	De 6,5 a 30	>300.000	>30

c. Los desplazamientos de la población

En las semanas posteriores al terremoto, 1,5 millones de personas estaban viviendo en alojamientos temporales, incluidos cerca de 1.200 campamentos improvisados en lugares públicos y cualquier espacio libre de la zona metropolitana de Puerto Príncipe. Asimismo, 600.000 personas buscaron en un principio refugio en los departamentos no afectados. Esta dispersión de los grupos de población afectados planteó considerables dificultades logísticas y operativas.

5 Estudio encargado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) (Schwartz, Pierre, Calpas, 2011) y encuesta realizada por la Universidad de Michigan (Kolbe et al., 2010), respectivamente.

6 Telford, Cosgrave y Houghton, 2006.

7 Base de datos EM-DATA del Centro para la Investigación de la Epidemiología de los Desastres.

8 Estas cifras también son motivo de debate.

d. La naturaleza de los traumatismos

En los primeros diez días posteriores al terremoto, pocos equipos médicos llevaron un recuento, así fuera muy superficial, del tipo de patologías que encontraban. Sólo dos semanas después se comenzaron a perfilar los tipos de intervenciones realizadas basadas en los datos estadísticos publicados por algunos hospitales de campaña, aunque cada autor adoptó su propia clasificación (terminología, numerador y denominador) y periodo abarcado. Sin embargo, estos datos discordantes (véase el cuadro 3) subrayan la importancia relativa de las lesiones de las extremidades, del cráneo y de la médula espinal, de las amputaciones y del síndrome por aplastamiento.

Cuadro 3. Distribución de las lesiones⁹

Lesiones e intervenciones	Intervalo (%)
Cráneo o médula espinal	entre 0,5 y 2
Fractura de extremidades	21,9
Amputaciones	entre 0,2 y 16
Síndrome por aplastamiento	entre 1,7 y 5,6
Heridas infectadas	entre 18,4 y 60,4

La gran heterogeneidad de las cifras refleja la diversidad de naturaleza y función de los actores (desde el equipo médico versátil hasta el hospital de referencia más sofisticado), la mezcla de diagnóstico y tipo de intervención que figuran en los informes y, por último, el período abarcado.

Se pueden sacar algunas conclusiones, a saber:

- Las infecciones secundarias representan el problema más común una vez superada la situación de emergencia inicial.
- La prevalencia de la insuficiencia renal posterior al aplastamiento se considera inferior a la observada en otros desastres (Van Holden et al., 2011). Cabe preguntarse si esta situación obedece a una falta de diagnóstico, a una mortalidad elevada debido a la prestación insuficiente de servicios de atención sanitaria durante la primera semana, o realmente a una incidencia más baja.
- En los primeros meses después del terremoto se notificaron más de 135 casos de paraplejia.¹⁰ Nuevamente, se desconoce el número de personas que no sobrevivieron en la primera semana (Burns et al., 2010).
- Por último, no fue sino hasta más de dos semanas después del terremoto que las consultas relacionadas con el sismo comenzaron a dar paso a las patologías más habituales.



⁹ Recopilado a partir de distintas fuentes: Magloire et al., 2010; Handicap International, 2010; y Calvot y Shivji, 2011.

¹⁰ Base de datos confidencial administrada por Healing Hands for Haiti.

Los actores humanitarios

La respuesta más rápida y por lo tanto la más eficaz es llevada a cabo por la ciudadanía y las organizaciones ya presentes en el país. La respuesta externa al terremoto de Haití, más tardía, fue masiva y contó con la participación de una gran variedad de actores, algunos de competencia cuestionable.

Los actores haitianos

a. El personal nacional de salud

Se han hecho muchas observaciones acerca de la dedicación del personal nacional de salud que trabajó en los primeros días posteriores al terremoto en condiciones mucho más difíciles que las que afrontaron los equipos médicos externos. El sector privado con fines de lucro, normalmente reservado a la élite más afortunada, abrió sus puertas a todas las víctimas.

Transcurrieron dos meses después del sismo antes de que se llevara a cabo un recuento del personal médico del sector público, el cual reveló que sólo 48 médicos estaban de servicio en la zona metropolitana (MSPP, 2010a). Esta cifra de apariencia alarmante no refleja una falta de ética profesional, sino que más bien es consecuencia en gran parte de la competencia desenfrenada (sustracción de personal o poaching, en inglés) que generan las numerosas ONG y los equipos externos al ofrecer salarios 4 a 5 veces más elevados y condiciones laborales muy superiores a las del sector público; por caso, Médicos Sin Fronteras (MSF) empleó a 2.844 haitianos y solo a 260 expatriados (MSF, 2011, p. 6).

b. Los haitianos radicados en el extranjero

Muchos de los numerosos médicos haitianos que han emigrado a los Estados Unidos, Canadá o Francia ofrecieron sus servicios durante las primeras semanas. Los interlocutores locales a menudo han agradecido estas contribuciones individuales, aunque han lamentado la incapacidad de las asociaciones de médicos haitianos en el extranjero para organizar equipos médicos autosuficientes.

Los actores internacionales

a. Los actores presentes en el lugar

Además del importante contingente de médicos de la MINUSTAH, la misión de estabilización de Naciones Unidas en Haití, también estaban presentes en el país muchas organizaciones de ayuda humanitaria o de desarrollo. A pesar de que incluso ellas sufrieron pérdidas considerables, igualmente fueron capaces de movilizarse durante las primeras horas. El Comité Internacional de la Cruz Roja, Médicos Sin Fronteras, Médicos del Mundo, las Brigadas Médicas Cubanas y muchos otros organismos estuvieron entre los primeros actores que intervinieron la misma noche en que sobrevino el terremoto.

b. Los equipos desplegados para la respuesta al sismo

Las observaciones sobre la respuesta externa para hacer frente el tsunami de 2004 en el Océano Índico siguen siendo muy pertinentes para Haití (traducido de Telford, Cosgrave, Houghton, 2006, p. 55):

El número de organismos internacionales que participaron en la respuesta aumentó a un ritmo constante. Todos acudieron: grandes y pequeños, competentes e incompetentes, bien preparados y no preparados, seculares y religiosos, de buena reputación y de mala fama, conocidos y desconocidos, ambiciosos y humildes, comprometidos y oportunistas, gubernamentales y no gubernamentales, nacionales e internacionales, bilaterales y multilaterales, bien establecidos y creados únicamente para la situación.

La diferencia entre Haití (2010) e Indonesia (2004) es cuantitativa: en Banda Aceh se registraron cerca de 180 organismos de todos los sectores; y en Haití, alrededor de 400 organismos sólo del sector de la salud (según los datos del Grupo Sectorial de Salud).

c. Los países de América Latina y el Caribe

Prácticamente todos los países de la Región ofrecieron servicios de atención sanitaria o médica. Los países vecinos jugaron un papel particularmente importante en la asistencia Sur-Sur:

- La República Dominicana movilizó todos sus recursos sanitarios para ofrecer atención inmediata a miles de haitianos, muchos de ellos gravemente heridos, que concurrieron en gran número a la frontera (OPS/OMS, 2010).
- Gracias a la presencia de más de 300 profesionales de la salud rápidamente reforzados por los equipos de respuesta, Cuba trató a más de 20.000 pacientes.¹¹
- Además de asistencia médica en nombre de los países caribeños, Jamaica ofreció períodos cortos de descanso y recreación al personal haitiano de salud.

d. La ayuda bilateral

Los Estados Unidos, Canadá, Francia (y sus departamentos de ultramar Martinica y Guadalupe) y muchos otros países de todas las regiones del mundo manifestaron su solidaridad hacia Haití. La asistencia que prestaron fue de carácter gubernamental, privada o institucional, incluidas las universidades. La atención sanitaria prestada por los Estados Unidos fue notable y abarcó desde la alta tecnología médica de su buque-hospital *USNS Comfort* hasta la ayuda clínica o epidemiológica del Departamento de Salud y Servicios Humanos y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Se pueden obtener varias enseñanzas de la intervención masiva de los grupos universitarios, entre ellos, de las universidades estadounidenses de Harvard, de Chicago y de Miami. El hecho de formar parte de un grupo universitario de prestigio mundial no es suficiente en sí mismo para desplegar una respuesta eficaz, sino que también:

1. Es indispensable tener experiencia en el país o al menos una colaboración estrecha con algún socio local; y
2. El compromiso debe ampliarse no sólo hacia el nivel médico, sino también hacia los niveles administrativo, financiero y logístico.

11 Información proporcionada a la OPS/OMS por las Brigadas Médicas Cubanas.

Las enseñanzas obtenidas

A diferencia de los desastres recientes de gran magnitud —como el tsunami de 2004 en el Océano Índico y el terremoto de 2005 en Pakistán— en Haití:

- La prestación de servicios médicos externos se mantuvo muy por debajo de las necesidades, mientras que en el caso del tsunami se volvió inútil en poco tiempo.
- La respuesta externa fue mucho más rápida (18 horas en lugar de 3 a 4 días), teniendo en cuenta la situación geográfica de Haití.
- La falta de apoyo logístico por parte de las fuerzas armadas locales (una ventaja en los otros casos) fue compensada por la MINUSTAH y las fuerzas armadas de los países vecinos grandes.
- Los médicos emigrados (de la diáspora haitiana) jugaron un nuevo papel, al igual que las principales universidades estadounidenses.

En cambio, otras enseñanzas obtenidas sólo confirman la tendencia observada en los casos anteriores, a saber, que la proliferación creciente e incontrolada de instituciones médicas da lugar a la presencia de muchos actores que no tienen la preparación adecuada y que, en algunos casos, son incompetentes. La avalancha de actores rebasó los mecanismos de filtrado y coordinación.

La respuesta inmediata

La respuesta de salud puede dividirse arbitrariamente en dos fases:

1. La respuesta inmediata, dirigida a salvar tantas vidas como sea posible. Esta fase se centra en medias que salvan vidas y en la atención de urgencia a las personas que han sufrido traumatismos.
2. La respuesta tardía, centrada principalmente en la atención posoperatoria y de rehabilitación, en el restablecimiento de los programas habituales y la atención al bienestar de la población desplazada (atención primaria, alimentación, agua, higiene, etc.).

En este apartado se aborda la respuesta inmediata. Debido a la magnitud del número de muertos y al abismo entre las necesidades inmediatas y los recursos existentes, en Haití la duración de esta fase fue de aproximadamente dos semanas, mucho más que en el caso de los otros desastres mencionados (el tsunami de Indonesia de 2004 y el terremoto de Pakistán de 2005).

Las operaciones de rescate desde el punto de vista de la salud

La Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCHA en su sigla en inglés, 2010) notificó que más de 60 equipos externos rescataron a 132 personas con vida entre los escombros.¹² Estos datos no incluyen las 78 vidas salvadas por los dos equipos nacionales, que no estaban tan bien equipados ni entrenados como la mayoría de los grupos internacionales.¹³

¹² La mayoría eran de origen extranjero.

¹³ Presentación de la Dirección de Protección Civil en la Reunión del Grupo Asesor Internacional de Operaciones de Búsqueda y Rescate (INSARAG), celebrada en Kobe, Japón, en 2010.

El análisis de las operaciones de rescate en cuanto a los resultados (vidas salvadas) da lugar a algunas preguntas o conclusiones preliminares:

- La eficiencia en términos de número de vidas salvadas en relación con el costo del despliegue de equipos fue baja; en algunos casos, el costo promedio de rescatar a una persona ascendió a cerca de un millón de dólares estadounidenses. Esta eficiencia disminuye rápidamente con el tiempo. Suiza, país líder en materia de rescate, decidió no desplegar su equipo de búsqueda y rescate, pese a que es muy experimentado, y envió en su lugar a un equipo médico que, se calcula, salvó alrededor de 200 vidas, una cifra superior al total de vidas salvadas por cerca de 2.000 rescatistas.¹⁴
- La modesta inversión autorizada para la formación de equipos nacionales para la prestación de socorro de emergencia (búsqueda y rescate, y primeros auxilios) es notablemente eficaz y debe ser una prioridad internacional.
- El sector de rescate está mejor organizado en el nivel internacional que el sector de la salud, ya que a lo largo de los años se han elaborado criterios y normas mínimas. El Grupo Asesor Internacional de Operaciones de Búsqueda y Rescate (INSARAG)¹⁵ ha puesto en práctica un proceso de control de calidad y de clasificación, (para evitar el empleo del término certificación), así como sistemas de coordinación (virtuales o no). Aunque las repercusiones de estas iniciativas sobre la calidad y la pertinencia de esta asistencia especializada en Haití aún no han sido estudiadas de forma crítica y autónoma, el sector de la salud en el nivel internacional debiera inspirarse en este esfuerzo para reglamentar y controlar la calidad de la ayuda externa.

El tratamiento de las personas heridas

Al menos durante las primeras 24-48 horas, Haití sólo contó con sus propios recursos, si bien éstos habían sido parcialmente destruidos por el terremoto. El hecho de que el desastre haya tenido lugar en la capital del país y la falta de capacidad de reserva en las regiones o departamentos fuera de la zona afectada, distinguen a Haití de todos los demás países afectados por desastres recientes (Indonesia, Sri Lanka y Pakistán).¹⁶ El número de personas heridas (unas 300.000) superó con creces la limitada capacidad de todos los socios en la esfera de la salud (públicos, privados o humanitarios). En el estudio retrospectivo de la Universidad de Michigan, se calcula que el 12% de los heridos fallecieron durante las primeras seis semanas después del terremoto (Kolbe et al., 2010).

a. Contribución de los equipos médicos y hospitales de campaña

Unas 18 horas después del terremoto, los primeros médicos procedentes del extranjero se presentaron ante las autoridades del Hospital Universitario de Haití (HUEH, también conocido como Hospital General). En los días y las semanas siguientes, equipos y hospitales de campaña llegarían y partirían sin la posibilidad —y, a veces, sin la voluntad— de incorporarse a un plan de respuesta más coordinado. Veinticuatro días después del terremoto se identificaron 91 sitios de prestación de servicios en la capital Puerto Príncipe, incluidos 21 hospitales de campaña.



¹⁴ Informe de evaluación de la Cooperación para la Ayuda Humanitaria de Suiza en Haití (2010).

¹⁵ Mecanismo de coordinación y consulta administrado por la OCHA y los principales proveedores de equipos de salvamento.

¹⁶ En Sri Lanka, los 35.522 lesionados a causa del tsunami fueron tratados en los niveles local y departamental. El hospital de referencia terciario de Colombo (2.000 camas) prácticamente no participó.

A menudo se ha observado que en los desastres anteriores los equipos extranjeros llegaron demasiado tarde, es decir, cuando los servicios nacionales o de los países vecinos ya habían respondido a las necesidades más apremiantes. Pero éste no fue el caso en Haití, donde la demanda de servicios de atención traumatológica u ortopédica superó con creces la oferta, por más abundante que ésta fuera.

La asistencia médica incluyó, por ejemplo, cinco buques-hospital (de Colombia, España, los Estados Unidos, Francia y México)¹⁷, de capacidad y nivel tecnológico variable que llegaron después de pasada la primera semana del terremoto y permanecieron en Haití de 10 a 64 días.

Las clínicas y hospitales móviles colaboraron de diversas maneras con las instancias y autoridades locales, adoptando desde una actitud de respeto y colaboración hasta la toma de posesión de facto de las instalaciones públicas, y excluyendo de la participación al personal local.

La marginación e impotencia de las autoridades sanitarias, así como la falta de normas establecidas, no permitieron detener las actividades de varios equipos que perseguían objetivos meramente oportunistas y de interés propio, o bien eran considerados incompetentes por la comunidad internacional. A pesar de esos casos de deficiente competencia y comportamiento, la mayoría de los equipos extranjeros ayudaron a reducir el número de muertes y de secuelas permanentes.

b. La clasificación de las personas heridas (*triage*)



El desequilibrio entre el número de heridos y los recursos disponibles durante las primeras semanas obligó a cada organización a aplicar principios de clasificación; es decir, hacer todo lo posible para el mayor número de personas: desde una simple selección para excluir a la mayoría de los pacientes con movilidad suficiente hasta un examen médico realizado con criterios objetivos que condicionen el ingreso.

Esta última estrategia se aplicó en la mayor parte de los hospitales militares. Dado que el objetivo consistió en optimizar la utilización de sus recursos quirúrgicos (humanos y materiales), la estadía hospitalaria se redujo al mínimo. La creación de “burbujas de excelencia” generó numerosos problemas secundarios dado el resentimiento de los pacientes rechazados sin una explicación comprensible y la falta de seguimiento posoperatorio de los pacientes dados de alta de cuidados intensivos, la única prioridad de estos hospitales.

c. Problemas médicos especializados

La mayoría de las intervenciones consistieron en reducir las fracturas, desbridar las heridas infectadas y, sobre todo, brindar atención de enfermería para el seguimiento; sin embargo, algunas afecciones e intervenciones merecen atención especial.

• Insuficiencia renal

El síndrome por aplastamiento a menudo no se diagnostica como es debido. Generalmente, su evolución lleva a la muerte al cabo de varios días si no se adoptan medidas para prevenir una insuficiencia renal aguda (Sever, Lamiere y Vanholder, 2009).

17 Colombia: entrevista a Guillermo Barrera en Radio Santa Fe;
Francia: [Http://tcd.siroco.free.fr/actualites2010haiti.htm](http://tcd.siroco.free.fr/actualites2010haiti.htm)
México: http://www.navy.mil/search/display.asp?story_id=50975
España: Revista Española de Defensa (2010).
Estados Unidos: Galeckas (2011).

Un grupo de intervención formado por la Sociedad Internacional de Nefrología y especializado en el tratamiento de estos casos (diálisis incluida) participó en Haití, en colaboración con Médicos Sin Fronteras (MSF).¹⁸ Cinco días después del terremoto, ocho unidades de diálisis estaban en funcionamiento; pero no se utilizaron lo suficiente por diversas razones, principalmente debido a que no se proporcionó información a los socios durante las reuniones de coordinación en el Grupo Sectorial de Salud (Vanholder et al., 2010).¹⁹

• Lesiones de la médula espinal

Al igual que en los casos de insuficiencia renal, las lesiones de médula espinal no reúnen los criterios de clasificación (*triage*), es decir, pacientes que tengan las mayores probabilidades de sobrevivir con el menor costo en cuanto a recursos. Sin embargo, más de 150 pacientes recibieron la atención adecuada gracias a los esfuerzos y los servicios prestados por grupos dedicados al tratamiento y la rehabilitación de este tipo de lesiones, entre ellos, ONG especializadas en rehabilitación así como el buque-hospital *USNS Comfort*.

En la opinión de los interlocutores, la probabilidad de supervivencia y rehabilitación en estos casos superó, con mucho, la de las víctimas de accidente antes del sismo.

• Amputaciones

En un primer informe de Handicap International tres semanas después del terremoto se planteó el problema del número demasiado elevado de amputaciones. Las previsiones de 2.000 a 4.000 amputaciones se modificaron posteriormente a la baja, entre 1.200 y 1.500 (O'Connell et al., 2010). Los porcentajes de amputaciones respecto a las otras intervenciones variaron considerablemente entre los diferentes equipos médicos.

La utilización de una técnica rápida conocida como amputación en guillotina dificultó la aplicación de prótesis, la cual requiere una serie de operaciones quirúrgicas correctivas en el muñón. El nivel en el que se realiza la amputación es asimismo importante: de los 107 casos examinados por Handicap International, el 43% consistieron en amputaciones por debajo de la rodilla (O'Connell et al., 2010).

En resumen, la información existente no permite corroborar que un número importante de las amputaciones efectuadas no hayan sido necesarias, habida cuenta de las condiciones extraordinariamente precarias en las que se realizaron. El punto es que en un próximo desastre deben implantarse normas y un sistema de seguimiento desde las primeras horas.

d. Atención posoperatoria, transferencia o evacuación de los pacientes

• Atención posoperatoria

En Haití, como en muchos otros países afectados por desastres, los equipos médicos se concentraron en las cirugías de urgencia en detrimento del seguimiento de la atención. La atención posoperatoria exige mucho tiempo, paciencia y personal de enfermería, servicios muy poco frecuentes en el ámbito de la ayuda humanitaria.



18 Renal Disaster Relief Task Force (RDRTF).

19 Generalmente, Médicos Sin Fronteras se abstuvo de participar en estas reuniones de coordinación interinstitucional.

Cabe mencionar una excepción: el Hospital de Jimaní (República Dominicana), una ONG en Haití (Love a Child) y la OPS/OMS, unieron sus esfuerzos para transformar una escuela en centro de atención posoperatoria en Haití, con capacidad para recibir hasta 400 personas heridas.

Habida cuenta de la elevada proporción de infecciones secundarias, resulta indispensable prestar más atención a este problema y aumentar la proporción de personal de enfermería entre el personal de ayuda humanitaria.

• Transferencia de pacientes entre los establecimientos de atención de salud



El traslado de pacientes entre los establecimientos de atención de salud fue uno de los problemas más difíciles de resolver, en parte por la falta de servicios especializados para recibir a los pacientes, pero sobre todo debido a una deficiencia grave de información y comunicación entre los distintos equipos y hospitales, que estaban sobrecargados de trabajo y funcionaban de manera independiente (burbujas de excelencia).

Entre los ejemplos de falta de coordinación y comunicación se encuentran la subutilización del centro de diálisis y los casos de personas con lesiones de médula relegadas a un colchón en la calle debido a la ignorancia de que había organizaciones capaces de hacerse cargo de ellas.

Transcurrieron cuatro semanas después del terremoto antes de que los responsables de la coordinación sanitaria (en el Grupo Sectorial de Salud) distribuyeran una lista de los números telefónicos de los servicios especializados.

• Evacuación médica al extranjero

A diferencia de lo sucedido en Indonesia, Sri Lanka y Pakistán, en Haití no había ninguna posibilidad de trasladar a los pacientes con enfermedades más complicadas a otras provincias o departamentos.²⁰ Todos los establecimientos médicos de cierto nivel se localizaban en Puerto Príncipe, la capital devastada por el terremoto. La única opción era el tratamiento en el lugar o el traslado al extranjero (Estados Unidos, territorios franceses en el Caribe, etc.).

En los primeros días un número indeterminado de pacientes fueron trasladados a los países de acogida. Numerosos obstáculos dieron lugar a que este procedimiento disminuyera de forma drástica; entre ellos: problemas de inmigración, dilemas éticos y económicos (sobre todo en el caso de los tratamientos de larga duración, como la falta de servicios en Haití para asegurar el seguimiento de las lesiones de médula espinal, entre otras, en caso de repatriación), la necesidad de alojar a la familia, entre otras dificultades.

Se informó ampliamente sobre la ausencia de una política clara en el país de acogida y la falta de consulta a las autoridades haitianas y, ocasionalmente, a las familias, como en el caso de los menores.

La evacuación como último recurso deberá ser objeto de reflexión y consultas más profundas antes de que sobrevenga el próximo desastre de gran magnitud.

²⁰ Después del terremoto que sacudió Bam (Irán, 2003), más de 15.000 heridos fueron distribuidos entre 13 provincias en un plazo de 48 horas, incluso antes de que llegaran los primeros hospitales de campaña extranjeros.

La gestión de los cadáveres

Actualmente se dispone de una documentación sólida sobre el hecho de que los cuerpos de las víctimas de desastres naturales no presentan un riesgo significativo de epidemia y de que las fosas comunes no tienen justificación desde el punto de vista sanitario (OPS/OMS, 2004). La campaña de información lanzada por la OPS/OMS parece haber dado algunos frutos, ya que fueron pocos los rumores que circularon al respecto, con la excepción de algunos medios de comunicación fuera de la Región de las Américas.

Los entierros tradicionales son muy importantes personal y culturalmente en Haití; sin embargo, las limitaciones logísticas obligaron a las autoridades a adoptar medidas para, de forma colectiva y poco ceremoniosa, la disposición de decenas de miles de cadáveres esparcidos por la capital.

No se adoptó ninguna medida sistemática (fotos, localización de cadáveres, documentos, descripción, etc.) para facilitar la identificación posterior de los cadáveres. Habida cuenta de la multiplicación de las ONG especializadas en campos muy específicos de las operaciones de socorro, es lamentable que ninguna de ellas se haya ocupado de esta especialización.

La respuesta secundaria: más allá de la atención a las personas heridas

Al cabo de 10 días, las operaciones de búsqueda y rescate finalizaron oficialmente; y cuatro días después, las autoridades nacionales conferían prioridad a la atención primaria de salud y a la atención al bienestar de la población desplazada.

Atención primaria de salud para la población desplazada

Desde la segunda semana, el Gobierno haitiano estableció una comisión y grupos de trabajo para preparar un paquete mínimo de servicios para la población afectada. El decimocuarto día, desde el Ministerio de Salud se solicitó a los socios de ayuda humanitaria que concentraran sus esfuerzos en la atención primaria de salud: no sólo en los asentamientos temporales, sino también en las regiones no afectadas adonde la población se había desplazado. Se insistió en que debían establecerse clínicas móviles, en la medida de lo posible, en los locales de los servicios de salud.

Aunque en las dos semanas siguientes se desplegaron más de 250 clínicas temporales, muy pocas se instalaron o, mucho menos, colaboraron con los centros de salud cercanos. Los servicios permanecieron concentrados en la zona metropolitana de Puerto Príncipe, con lo cual se desatendieron las regiones o departamentos aledaños saturados por la afluencia de las personas desplazadas.

Del 18 al 25 de marzo de 2010, en un estudio realizado en 206 asentamientos temporales se reveló que sólo el 10% de 79 puestos de salud prestaban todos los servicios incluidos en el paquete mínimo y que 72 del total de 206 tenían acceso en el lugar a los servicios de salud. En otra encuesta realizada en julio de 2010 se indicó que, de una muestra de 286 clínicas móviles o establecimientos, 115 no estaban en funcionamiento o no podían localizarse (MSPP, 2010b).

Las enfermedades transmisibles

Aunque es raro que sobrevengan epidemias después de este tipo de desastres naturales, es considerado generalmente prioritario establecer rápidamente un sistema simplificado de vigilancia de las enfermedades transmisibles (Watson et al., 2007). En Haití, la magnitud de las repercusiones y el elevado número de actores de salud pública retrasó este proceso. No fue sino hasta 12 días después del sismo que los socios llegaron a un acuerdo sobre un formulario que contenía las 25 condiciones médicas que debían notificar los 51 sitios centinela, seleccionados de entre 94 establecimientos de salud pre-existentes asociados al Programa de Lucha contra el Sida.²¹

El sistema presentó numerosas fallas, a saber:

- se inició muy tardíamente;²²
- la lista de condiciones médicas que debían notificarse era demasiado complicada y larga, resultado de las diversas prioridades de los numerosos socios; y
- en el sistema de vigilancia no se incluyó a los equipos médicos extranjeros e instalaciones, incluidos los hospitales.

En el período del 25 de enero al 24 de abril de 2010 no se detectó ninguna epidemia inusual. Las patologías notificadas como, por ejemplo, infecciones respiratorias, malaria y fiebres, correspondieron al perfil normal de un país como Haití (Magloire et al., 2010).

Entre los aspectos positivos, es necesario mencionar el fortalecimiento eficaz del Laboratorio de Salud Pública Nacional de Haití gracias a la aportación del CDC, así como el fortalecimiento de los programas normales de vacunación.

En efecto, desde el Ministerio de Salud prudentemente se decidió no promover campañas de vacunación indiscriminadas, como suele ocurrir en el caso de las grandes catástrofes mediatizadas. Las prioridades se centraron de forma selectiva en los siguientes aspectos:

- La prevención del tétanos postraumático: aunque el número de casos sigue siendo objeto de especulación, es sorprendente constatar que algunos equipos médicos externos no disponían ni del suero ni de la vacuna antitetánicos.
- Una campaña de vacunación con difteria, tos ferina y tétanos (DPT) para contener una epidemia de difteria anterior al terremoto.
- El fortalecimiento de la muy baja cobertura de vacunación contra la difteria, el sarampión, las paperas y la rubéola en los asentamientos temporales. Esta última directiva fue pasada por alto por algunas ONG de ayuda humanitaria que decidieron aplicar sus propias estrategias y criterios.

Salud mental y apoyo psicosocial

Estos dos términos suelen utilizarse de forma indistinta. Antes del desastre, la atención de salud mental en los casos clínicos graves se limitaba al internamiento de los pacientes en uno de los dos establecimientos psiquiátricos. Los centros de salud y los hospitales no estaban preparados para ofrecer ayuda especializada (OMS, 2010a).

21 Plan de Emergencia para el Alivio del Sida del Presidente de los Estados Unidos (PEPFAR).

22 Las autoridades dominicanas establecieron un sistema de vigilancia epidemiológica en los tres primeros días.

En los desastres anteriores se ha observado cierta obsesión por el síndrome de estrés post-traumático y la medicalización de su tratamiento. Como se señala en las directivas de la OMS, la salud mental y el apoyo psicosocial en las situaciones de emergencia abarcan mucho más que este síndrome. En la OPS/OMS se calculó que en determinado momento en Haití hubo más de 110 organizaciones o grupos que pretendían ofrecer ayuda especializada en este campo.²³ Esta ayuda abarcaba desde la organización de actividades recreativas para los menores hasta servicios psiquiátricos sofisticados. Aunque los efectos del apoyo psicosocial en los beneficiarios no pueden medirse, las repercusiones sobre las políticas del Ministerio y las actitudes de su personal fueron claramente positivas. La salud mental se volvió una prioridad en el marco de la atención primaria de salud y se aprovechó esta oportunidad para el cambio.



Salud reproductiva y violencia de género

a. Salud reproductiva

Como suele ser el caso, las observaciones indican un número elevado de partos prematuros en los primeros días. En los estudios más objetivos realizados bajo la égida del Ministerio de Salud también se reveló una tasa de embarazos dos veces mayor que la normal en los asentamientos temporales (12% en lugar de 6%).

Con ayuda del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), desde el Ministerio de Salud se estableció rápidamente un grupo de trabajo. La promoción de una atención obstétrica mínima en un contexto dominado por la atención ortopédica para los lesionados planteó un desafío que la comunidad internacional hubo de afrontar. Una encuesta realizada en 171 asentamientos temporales en julio de 2010 indicó carencias importantes, pero en general los servicios eran superiores a los disponibles antes del desastre (MSPP, 2010b).



b. Violencia sexual de género

En épocas normales, la frecuencia de la violencia sexual en Haití no se notifica suficientemente. Después del terremoto, *“los mecanismos de protección que ya eran deficientes antes del sismo dejaron de existir por completo”* (Amnistía Internacional, 2010). En marzo de 2010, desde el Ministerio de Salud se promovió un protocolo estandarizado para la atención de las víctimas de la violencia sexual; una iniciativa rechazada por algunas ONG que no estaban dispuestas a cambiar su forma de proceder. Aunque pocas veces es posible documentar de manera objetiva el aumento de este problema, la vulnerabilidad de los grupos de población desplazados exige medidas rápidas y concertadas entre los distintos sectores (sanitario, orden público, etc.).

Suministros

a. El Programa de Medicamentos y Suministros Esenciales (PROMESS)

Desde el Programa de Medicamentos y Suministros Esenciales (PROMESS), que desempeña la función de farmacia central en Haití, abastece de medicamentos y productos esenciales a los servicios públicos y a las ONG. Al final del año presupuestario de 2009, las reservas acababan de ser renovadas. Durante los

²³ Es decir, alrededor del 1% de los organismos activos en la esfera de la Salud.

primeros 45 días posteriores al terremoto, desde PROMESS se distribuyeron más de 345.000 paquetes de medicamentos y productos esenciales pese a las dificultades logísticas y a la falta de información acerca de la disponibilidad de este servicio entre las organizaciones humanitarias recién llegadas al país.

A pesar de las reservas, la demanda de artículos desechables (apósitos, material de sutura, jeringas, etc.), hizo que se agotaron rápidamente, así como el material de utilización poco común como los aparatos ortopédicos de fijación externa. Sería conveniente prever una reserva internacional de estos artículos antes de que sobrevenga otro terremoto de gran magnitud.

b. Las donaciones de medicamentos y su gestión

Desde la OMS y la OPS se ha abogado durante años porque se respeten las normas de calidad en las donaciones de medicamentos en situaciones de crisis. En Haití, estos esfuerzos parecen haber dado frutos ya que, a diferencia de los desastres que devastaron Asia (el tsunami de 2004 en Indonesia o el terremoto de 2005 en Pakistán), la proporción de medicamentos inutilizables (caducos o con etiquetas en un idioma extranjero) se mantuvo baja (Boletín del Grupo de Acción Sanitaria No. 8—también conocido como el Grupo Sectorial de Salud). La mayoría de los lotes inadecuados provenían de países sin experiencia en el ámbito de la ayuda humanitaria; entre ellos, algunos latinoamericanos.

La rehabilitación de las personas discapacitadas

Hace unos 10 años, la rehabilitación de fracturas y la colocación de prótesis estaban a cargo exclusivo de dos o tres organismos especializados, entre ellos, Handicap International y el Comité Internacional de la Cruz Roja. En Haití, 38 grupos, no necesariamente con experiencia ni bien equipados, proporcionaron prótesis y lanzaron programas de rehabilitación.

Los estudios y las actividades de abogacía realizadas por Handicap International a favor de las personas discapacitadas, (se calcula que “*al menos 7.500 pueden sufrir discapacidades permanentes si no son tratadas correctamente*”)²⁴, movilizaron a la comunidad nacional e internacional para hacer frente a estos problemas de salud, pero también socioeconómicos. Lo que es más importante aún, la actitud de rechazo hacia las personas discapacitadas o la inercia del Gobierno en esta esfera, cambiaron considerablemente. En todo caso y sin duda, Haití está hoy mejor equipado y su gente más motivada para trabajar en este sector que antes del terremoto.

Agua, tratamiento de excretas e higiene

El acceso al agua potable, el tratamiento de excretas y residuos sólidos, y la higiene en general son elementos esenciales de la salud pública.²⁵

a. El abastecimiento de agua

El sistema de abastecimiento de agua a la capital Puerto Príncipe es particular: comprende un sistema comercial de distribución de agua de gran calidad, una red de fuentes públicas subsidiada y administrada por comités locales, y un sistema municipal de canalizaciones muy limitado que ofrece agua de calidad variable en el nivel doméstico.

²⁴ Calvor y Shivji (artículo de próxima aparición).

²⁵ Es sorprendente y lamentable que la coordinación internacional de estos asuntos sea distinta de la de la salud. Muchos interlocutores, en particular los haitianos, lamentaron que las estructuras de coordinación (grupos sectoriales/clusters) establecidas en el marco de la Reforma Humanitaria respondan más a los mandatos de los organismos de las Naciones Unidas que a los de las instituciones y prioridades nacionales.

La principal preocupación después del terremoto no fue reparar las canalizaciones, sino reanudar la distribución comercial o subsidiada y la implantación de sistemas de reservorios flexibles en los lugares de la ciudad donde estaban las personas desplazadas.

Uno de los aspectos alentadores fue el liderazgo de la Dirección Nacional de Agua Potable y Saneamiento (DINEPA), una institución nacional desde la que rápidamente se exigió asumir su función directriz en la coordinación de la respuesta internacional a través del Grupo Sectorial de Agua y Saneamiento (WASH Cluster). Fue una excepción notable que contrastó con la función de segundo plano y marginada de otras instituciones, incluido el Ministerio de Salud.



La estrategia adoptada por la DINEPA en esta esfera fue de índole práctica: aumentar progresivamente la cantidad de agua potable disponible de 3 a 5 litros por persona. Durante las entrevistas, ningún interlocutor o socio mencionó las “normas mínimas” de 15 litros recomendadas en el Proyecto Esfera, una cantidad utópica y un objetivo contraproducente dadas las circunstancias.

b. Saneamiento en los asentamientos temporales y hospitales

Puerto Príncipe es una ciudad con una densidad de población muy elevada que prácticamente carece de servicios de tratamiento de excretas y residuos sólidos en los suburbios más desfavorecidos. La falta de espacio en los asentamientos temporales imposibilitó la construcción de letrinas o fosas tradicionales, por lo que se instalaron más de 3.000 baños portátiles que requirieron una red de mantenimiento compleja y costosa. Aunque por una parte las necesidades teóricas de letrinas, según los criterios del Proyecto Esfera, estuvieron lejos de satisfacerse, muchos interlocutores consideran que los servicios prestados fueron superiores a los disponibles antes del terremoto.

La eliminación de los desechos médicos es un problema crónico que se exacerbó por el número de lugares temporales donde se prestaban servicios, así como por la forma en que se condujeron: las jeringas, apósitos y en algunos casos las extremidades amputadas se desecharon sin tomar las precauciones específicas o necesarias.

c. Alimentación y nutrición

Una carencia generalizada de víveres no suele ser un problema serio después de un terremoto; en realidad, el problema principal es la pérdida de ingresos económicos más que la destrucción de las reservas existentes.

Nuevamente, la estructura de coordinación (encarnada en los grupos sectoriales) resultó poco racional: la nutrición, la ayuda y la seguridad alimentarias se trataron como cuestiones separadas y cada una de ellas fue administrada por un organismo distinto de las Naciones Unidas (Binder y Grünwald, 2010).

Sin embargo, el trabajo del Grupo Sectorial de Nutrición permitió al Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reactivar rápidamente el apoyo a los programas de nutrición y emitir recomendaciones sobre los suplementos nutricionales, las donaciones de leche en polvo (desaconsejadas con poco éxito) y las necesidades particulares de las mujeres que amamantan, entre otros asuntos. Entre 40 y 50 organizaciones participaron en las reuniones de coordinación, de las cuales 15 fueron vistas como amateurs, sin ninguna idea del valor nutricional de los alimentos.

El Grupo Sectorial de Ayuda Alimentaria, dirigido por el Programa Mundial de Alimentos (PMA) se concentró en distribuir suplementos con alto contenido energético y mezclas de maíz y soja a los grupos de población vulnerables, así como en la distribución general de alimentos básicos, llegando un número

máximo de cuatro millones de beneficiarios.²⁶ No se consideró seriamente la distribución de dinero en efectivo (sin trabajo a cambio), en lugar de una donación de víveres tan onerosa y complicada desde el punto de vista logístico.

Las múltiples encuestas indican claramente que la tasa de desnutrición clínica no aumentó en Haití a raíz del terremoto. Esta situación no resulta sorprendente si se consideran las enormes cantidades de alimentos distribuidas así como las generosas transferencias de fondos por parte de los haitianos radicados en el extranjero.

La gestión de la información

La información requerida para una respuesta eficaz no se limita al número de defunciones (un dato que carece de valor funcional), personas heridas (un dato imposible de ser medido antes de que ya no se requiera esta información) y desplazados (un dato útil pero que cambia constantemente).

Las necesidades en materia de información son variadas, específicas y potencialmente ilimitadas. La dificultad radica en diferenciar lo que se quisiera saber de lo que se necesita saber.

La evaluación preliminar rápida

Esta primera evaluación, en la que participan la mayoría de los actores, tiene como objeto identificar aquellas necesidades esenciales que no pueden atenderse con los recursos locales disponibles. Esta evaluación debe ser rápida más que exacta o completa, ya que su objetivo fundamental es orientar y modular la ayuda exterior, no el de producir un informe ni proporcionar datos para la movilización de recursos algunos meses más tarde. La asistencia internacional tiene, sin embargo, su propia dinámica y lógica, con demasiada frecuencia de carácter político; se moviliza de inmediato y sin demora, como se reveló en un estudio posterior al tsunami de 2004, y sin realmente tener en cuenta los resultados de una evaluación interinstitucional (De Ville de Goyet, Morinière, 2006).

La comunidad internacional emprendió la evaluación inicial de las necesidades de Haití 11 días después del terremoto y sus resultados se dieron a conocer a los socios más de un mes después del sismo. Esta evaluación, que costó más de tres millones de dólares estadounidenses, tiene muchas deficiencias, entre ellas las siguientes:

- el cuestionario no se adaptó a las circunstancias de Haití (lengua y cultura);
- la lista de indicadores era demasiado larga (las entrevistas duraban tres horas) y poco pertinente para las necesidades operativas inmediatas, lo cual se debió a una estrategia de consenso que permite a cada actor abarcar de forma exhaustiva los temas de interés institucional; y
- el informe final incluyó centenas de cuadros y gráficos sobre las “necesidades”, sin distinción entre las de carácter crónico derivadas de la pobreza y las causadas por el terremoto.

El análisis del impacto

La evaluación de las necesidades posteriores al desastre (PDNA, por su sigla en inglés) es una actividad multisectorial que se realiza bajo la responsabilidad del Gobierno. Su objetivo es determinar las repercusiones físicas, las pérdidas económicas (directas o indirectas) y las consecuencias humanas y sociales de un desastre. Esta evaluación no orienta las operaciones de rescate, sino la recuperación y la reconstrucción.

Como suele ser el caso, este estudio se centró particularmente en la infraestructura, en tanto que la mayoría de las limitaciones se encontraban en los sectores de la gobernanza y el institucional. En el sector de la salud, la PDNA permitió hacer una reflexión colectiva sobre las ideas innovadoras de reforma, muchas de ellas ya estaban en la etapa de proyecto piloto antes del terremoto.

Evaluaciones específicas

Al igual que en los países afectados por un desastre repentino, en Haití pudo observarse que se realizaron un gran número de encuestas y evaluaciones destinadas a atender las necesidades de información más centradas en una disciplina particular o en determinados grupos de beneficiarios. En general, los resultados de estas evaluaciones eran más relevantes para los organismos a cargo de ellas.

El desafío consistió en integrar estos datos especializados en una visión global accesible para todos. Se dieron a conocer las conclusiones de algunos estudios, pero otras permanecieron confidenciales. Una medida favorable fue la formación de grupos de trabajo establecidos por la OCHA en el nivel inter-sectorial y por el Ministerio de Salud en el nivel sectorial, a fin de compilar estos datos (inventario de estudios).

La información sobre la ayuda exterior

Un flujo constante de personal y material fue la respuesta a la situación de emergencia. Los esfuerzos para catalogar este flujo y, de ser posible, ajustar la oferta a la demanda no fueron fructíferos; no obstante esto, merecen mencionarse dos iniciativas:

a. Lista y mapa de los organismos y las organizaciones

Se elaboró una lista de los actores para saber quién hace qué y dónde (en inglés, las “3 W”: *Who, What, Where*) en el nivel intersectorial y en cada sector, incluido el de la salud. La utilidad de esta información depende de la colaboración y transparencia de todos los actores. En el sector de la salud, 390 organismos se registraron en el mecanismo de coordinación (el Grupo Sectorial de Salud), un número que quizá represente mucho menos de la mitad de los actores realmente presentes. Muchos equipos de voluntarios no vieron la utilidad de registrarse. Validar, completar y actualizar la información periódicamente habría exigido emplear recursos humanos y logísticos a costa de otras prioridades.

El servicio de elaboración de mapas detallados fue muy apreciado; su gran variedad permitió visualizar espacialmente las intervenciones y los recursos sanitarios de todo tipo. Sin embargo, estos sistemas de información geográfica sólo pueden difundir la información disponible en las bases de datos, que a menudo están incompletas o son poco confiables (por estar basadas en lo que los actores decían que estaban haciendo o tenían intención de hacer).



b. Inventario y registro de las donaciones materiales

El registro sistemático de los artículos de ayuda humanitaria (independientemente de su fuente o destino) es indispensable para detectar la carencia o el exceso de insumos en el nivel local o mundial.

En los desastres de los últimos 20 años, la OPS/OMS ha puesto a disposición la experiencia adquirida con un sistema informatizado para el apoyo logístico humanitario, conocido como Sistema de Manejo de Suministros Humanitarios (LSS/

SUMA). Este sistema, activado en Haití y la República Dominicana durante los primeros días después del terremoto, proporcionó informes periódicos detallados sobre los suministros médicos y otros que llegaban a la República Dominicana (país de tránsito) o directamente a Haití. A diferencia de otros sistemas de información, el LSS/SUMA fue administrado directamente por la Dirección de Protección Civil y no por las organizaciones internacionales. Si bien la información suministrada por este sistema se basó en la inspección física de los insumos en puertos y aeropuertos, su utilidad depende de la colaboración entre los organismos y las organizaciones, al igual que el caso de otras iniciativas dirigidas a inventariar la ayuda exterior. Fueron demasiados los actores que se han mostrado reticentes a compartir esta información y que hacen caso omiso de las directivas del Gobierno acerca del registro.

c. Contribución de los medios de comunicación y las redes sociales

En todos los desastres, la ayuda exterior está determinada principalmente por la cobertura de los medios de comunicación. Por lo tanto, no sorprende que los actores de ayuda humanitaria en Haití, cuyo criterio de éxito es la cuantía de los recursos movilizados, consideren a los medios de comunicación como un instrumento de relaciones públicas o de promoción de sus prioridades y no como un medio para informar o educar al público.

En Haití, las redes sociales (como Twitter, YouTube, Facebook, Skype, etc.) compitieron por primera vez con el monopolio de los medios de comunicación (la prensa y la televisión). Durante las primeras 24 horas, las numerosas imágenes e informes no provenían de los medios de comunicación profesionales, sino de los ciudadanos comunes y corrientes. (MacLeod, 2010).

Las repercusiones de esta tendencia para los desastres futuros no quedan claras. Pero una cosa es segura: se cuestionará el monopolio ejercido por el Estado sobre la información (con comentarios pacificadores como por ejemplo *“la situación está bajo control”*) y el monopolio de los medios sobre la comunicación al público.

La coordinación

Los donantes invirtieron sumas importantes para la coordinación internacional al mismo tiempo que se abstuvieron de someter su ayuda bilateral a los mecanismos que ellos mismos ayudaron a crear. ¿Fue fructífero este esfuerzo financiero? Si los interlocutores coinciden en algo, es en el aspecto caótico de la respuesta exterior. Un alto funcionario de las Naciones Unidas llegó incluso a considerar esta falta de coordinación como una ventaja en última instancia para los beneficiarios, al permitir que numerosos grupúsculos de voluntarios ofrecieran servicios sin obstáculos.

La primera pregunta es quién debe, en una situación de desastre natural coordinar: la comunidad internacional o el país afectado? Los documentos de las Naciones Unidas y las directivas correspondientes son claros a este respecto: el gobierno nacional tiene esta responsabilidad. En la práctica, la situación dependerá del equilibrio entre las fuerzas. El Gobierno de Haití no tuvo suficiente peso, en comparación con la comunidad internacional y las Naciones Unidas, frente a los grandes donantes, la plétora de ONG (la llamada “*República de las ONG*”) y la presencia política de una misión integrada por naciones directamente bajo la égida de un representante especial del Secretario General de las Naciones Unidas.

La coordinación nacional

En Haití, los organismos de ayuda humanitaria y los donantes marginaron de forma prolongada las instituciones nacionales consideradas “débiles y corruptas”. Aunque nadie podía negar la necesidad de un liderazgo internacional provisional para afrontar un desastre que afectaba tan profundamente las estructuras nacionales, la palabra clave en esta cuestión es prolongada (mucho más de los tres meses abarcados en este estudio).

El brazo operativo para la coordinación de las emergencias en Haití es la Dirección de Protección Civil, que recibe apoyo financiero del Banco Mundial, del Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID) y de la Unión Europea. Al no tener influencia sobre los recursos humanos y materiales extranjeros que entraban al país, ni acceso directo a la información sobre lo que cada quién hacía (el 90% de los actores hicieron caso omiso de las directivas presidenciales que les pedían registrarse en el ministerio pertinente), ni los medios logísticos (en manos de las instancias bilaterales o del PMA), la Dirección de Protección Civil no pudo cumplir su función de liderazgo ni en la respuesta ni en la recuperación.

La Presidencia nombró numerosas comisiones, incluida una comisión destinada al sector de la salud. Las opiniones varían en cuanto a la utilidad de esta última en el contexto de las fuertes tensiones que se manifestaron entre la burocracia y el nivel político dentro del Ministerio.

La coordinación internacional

a. La Reforma Humanitaria

Establecido en 1992, el Comité Permanente entre Organismos (IASC en su sigla en inglés) es el mecanismo para la coordinación y toma de decisiones entre organismos humanitarios internacionales. Los países afectados no participan en las reuniones de este Comité. En 2005, el Comité lanzó una reforma humanitaria que consistió en introducir el criterio de grupos sectoriales (*clusters*), entre otros, según el cual las actividades de una esfera técnica son coordinadas por un organismo del Sistema de las Naciones Unidas. La expresión “cluster” no puede traducirse por “sector” debido a que las esferas técnicas corresponden más al mandato de las distintas agencias del Comité que a la estructura sectorial clásica del sector público de los países. El sector de la salud se divide en tres grupos sectoriales: nutrición, agua y saneamiento, y salud. Asimismo, las tareas de la asistencia psicosocial (salud mental), los aspectos médicos de la violencia sexual y la atención en los asentamientos temporales, serán coordinadas por uno o más grupos sectoriales distintos. Las autoridades del país, en este caso el Ministerio de Salud, no tienen automáticamente un liderazgo reconocido por el grupo sectorial.



b. El Grupo Sectorial de Salud

En el caso de Haití, la aplicación de la estrategia de grupos sectoriales no estuvo exenta de problemas. Las funciones asignadas: coordinación, información y toma de decisiones estratégicas, exigen la movilización rápida de un gran número de profesionales altamente calificados. En el caso de la salud, esta inversión no tuvo lugar. En lugar de apoyar a las autoridades, los mecanismos resultantes de la reforma humanitaria contribuyeron de hecho a debilitarlos, sin que por ello lograran coordinar el mundo individualista de la ayuda humanitaria de forma más eficaz que como lo hubiera hecho el Gobierno.

La experiencia de la DINEPA es una excepción que arroja luz sobre este panorama bastante sombrío. Como se mencionó anteriormente, este organismo recién establecido pudo imponer su liderazgo técnico en la esfera del agua y el saneamiento, no sin la reticencia inicial del organismo designado como *“responsable del grupo sectorial”*. La DINEPA salió reforzada de esta experiencia.

Hubo también otros factores que jugaron un papel:

- Limitaciones logísticas insuperables. Los pocos expertos movilizados desde el primer día no pudieron beneficiarse del transporte ni de los medios de comunicación necesarios.
- Obstáculos para desplazarse debido a preocupaciones y regulaciones relacionadas con la seguridad propias de las Naciones Unidas. El riesgo en Haití se exageró enormemente, lo que no sólo paralizó las actividades de coordinación sino que incluso detuvo operaciones cruciales después del atardecer.²⁷

Cabe reconocer que la tarea en sí misma era quizás demasiado ambiciosa, habida cuenta del gran número de actores de capacidad y competencia variables, todos ellos convencidos de que su misión tenía un aspecto indispensable.

Algunas enseñanzas, adquiridas demasiado tarde en el caso de Haití, pueden aplicarse en un desastre futuro, a saber:

- El Ministerio de la Salud debe asumir desde el principio el liderazgo o co-liderazgo del grupo sectorial. La autoridad real de coordinación sobre los actores externos y un mandato de planificación estratégica debe provenir de las instituciones estatales, un hecho que las instancias de ayuda internacional pasaron por alto.
- Los avances se hacen en los grupos de trabajo formados en el interior de cada grupo sectorial. Los temas incluyeron los hospitales de campaña, los consultorios para desplazados, la salud mental, la vigilancia, entre otros asuntos. Estos grupos deben establecerse desde el primer día, en tanto que las sesiones plenarias, menos frecuentes, habrán de quedar relegadas a una función de foro en el que los actores puedan comunicarse sus logros.
- Las decisiones operativas importantes solo pueden ser tomadas por un comité pequeño formado por organismos y ONG que disponen de medios considerables y de una presencia estable en el país. Trabajar por consenso no es posible en un foro constituido por 400 organismos, de entre los cuales muchos ignoran el contexto y algunos ofrecen, en el mejor de los casos, tan sólo una contribución modesta.

En resumen, la estrategia de grupos sectoriales tal como se aplicó en Haití rápidamente dejó de ser pertinente y dio cabida a numerosas animosidades entre los responsables nacionales.

²⁷ El nivel del riesgo promulgado por las Naciones Unidas en Haití era el mismo que el correspondiente a la República Democrática del Congo o Afganistán.

Enseñanzas estratégicas para el próximo desastre repentino

a) Restablecer las estructuras nacionales de salud en el puesto de mando

La participación activa del Ministerio de la Salud es una condición sine qua non para mejorar la calidad profesional y la coordinación de la respuesta de salud puesto que es el Ministerio el que dispone de la autoridad y del mandato necesario. No obstante esta potestad, también debe contar con los medios para hacerlo. El fortalecimiento de las competencias y capacidades tiene sin duda un costo, pero los beneficios de la inversión serán considerables.

b) Controlar la calidad de la asistencia médica

La coordinación y la información son necesarias, pero también son objetivos elusivos. Es inevitable un cierto grado de caos, que seguirá siendo parte integral de la respuesta a los desastres. En cambio, el ejercicio de la medicina y el abastecimiento farmacéutico normalmente están entre las actividades más reglamentadas en todos los países. Cuando sobreviene un desastre, la supervisión y el control de calidad más elementales están ausentes, lo que da lugar a abusos que no habrían sido tolerados en tiempos normales.

Una primera etapa hacia la acreditación de los actores médicos en las situaciones de crisis humanitaria consiste en la formulación de normas y reglas técnicas básicas y el registro previo de las organizaciones que disponen de equipos médicos o de hospitales de campaña. Esta base de datos mundial accesible a los ministerios de salud facilitaría el despliegue preferencial de los equipos enlistados y el examen exhaustivo de las cualificaciones de otros actores.

c) Mejorar la coordinación

La estrategia basada en grupos sectoriales debe adaptarse a las estructuras de cada país, para lo cual deberá negociarse de antemano un acuerdo con las autoridades responsables de la coordinación en situaciones de emergencia. En el marco de este acuerdo:

- 1) El Gobierno determina el número de grupos sectoriales y su mandato técnico, el cual refleja la propia estructura gubernamental.
- 2) En consulta con el coordinador de la respuesta humanitaria de las Naciones Unidas, el Gobierno nombra al organismo internacional responsable de apoyar al ministerio competente en las tareas de dirección y coordinación del grupo sectorial en el nivel nacional. Esta selección es independiente de las funciones asignadas en el nivel mundial.
- 3) El coordinador residente de las Naciones Unidas activa el mecanismo cuando sobreviene un desastre y se hace cargo de su gestión por un periodo inicial, en la medida en que la gravedad de las circunstancias lo exijan.
- 4) El plazo límite (¿tres semanas, negociable?) para transferir esta responsabilidad al Gobierno se fija de común acuerdo.

Vínculo entre el socorro y el desarrollo

Las actividades de socorro no deben perjudicar el desarrollo; de hecho, lo ideal es que haya una sinergia entre el socorro y la reconstrucción.

Un desastre de gran magnitud puede traer consigo cambios positivos a largo plazo, como sucede en el caso de Haití. A continuación se mencionan algunos cambios prometedores:

- Acceso gratuito a la atención. La exigencia de una contribución económica a los pacientes fue un factor que limitó el acceso a la atención primaria antes del sismo. El terremoto llevó al Ministerio de Salud a adoptar una política de atención gratuita en la etapa de emergencia, una estrategia más equitativa que parece estar consolidándose. La comunidad internacional apoyó una iniciativa de la OPS/OMS para que se preste atención obstétrica y atención pediátrica de forma gratuita y permanente.²⁸
- Reforma en profundidad de la atención de salud mental, como se mencionó anteriormente.
- Aceptación social de las personas discapacitadas y apoyo del Estado para la rehabilitación de las discapacidades físicas y postraumáticas.
- Mayor conciencia de la importancia de los actos de violencia sexual.
- Fortalecimiento del Laboratorio de Salud Pública y del sistema de vigilancia.
- Fortalecimiento de la DINEPA como consecuencia de su desempeño, y con apoyo internacional.
- Mayor visibilidad a las prioridades en materia de nutrición.
- Tendencia acelerada hacia la descentralización de los recursos y servicios de salud en el nivel departamental.
- Mayor conciencia de la necesidad de reducir la vulnerabilidad a los sismos y otros riesgos naturales.

Conclusión

Las enseñanzas o lecciones aprendidas suelen indicar lo que no funcionó. Sin embargo, este ejercicio no debe hacernos olvidar los notables logros de la comunidad humanitaria en Haití, que salvó numerosas vidas y atendió las necesidades inmediatas de cientos de miles de supervivientes pese a las deficiencias señaladas en la gestión y la gobernanza de la respuesta.

Si bien es cierto que se observaron numerosas deficiencias, la mayoría de ellas no son propias de la respuesta en Haití: se han repetido en todos los casos en que se ha desplegado una asistencia internacional masiva, como se ha demostrado en los numerosos estudios y evaluaciones. De este modo, el problema no es causado principalmente por una falta de gobernanza en el país afectado, sino que es inherente a una comunidad humanitaria que, al parecer, es incapaz de poner en práctica aquellas enseñanzas aprendidas.

28 Atención obstétrica gratuita (SOG en su sigla en francés) y atención pediátrica gratuita (SIG en su sigla en francés).

El terremoto del 12 de enero de 2010 fue el desastre súbito más devastador que ha afectado a Haití en los últimos 10 años. El impacto del terremoto en el sector de la salud, en términos absolutos (número de muertos y heridos), fue el más alto en tiempos recientes. Cuando se comparan las necesidades con la capacidad de respuesta del país, el desastre realmente no tuvo precedentes.

El nivel de respuesta, especialmente en el sector de la salud, fue generoso, casi abrumador. La organización de la respuesta global masiva fue un reto, y muchos de los problemas que se han visto en desastres anteriores se repitieron en Haití. La información fue escasa, se tomaron decisiones sin contar con evidencia, y hubo serias brechas en la coordinación sectorial en general.

Este resumen—de la publicación original en inglés—presenta lecciones por aprender de Haití, con el propósito de mejorar la respuesta del sector de la salud a los desastres súbitos de gran magnitud en el futuro. También identifica oportunidades que han surgido a raíz del desastre para realizar cambios importantes en los servicios de salud en Haití. Una de las lecciones clave de la tragedia de Haití es que la coordinación solo puede ser efectiva cuando las autoridades nacionales están equipadas para asumir el liderazgo y establecer prioridades de socorro y recuperación.

Este resumen le da énfasis especial a aquellas lecciones que son de interés general, es decir, que no son específicas al caso de Haití. La comunidad internacional tiene mucho por aprender de la respuesta en Haití, donde se demostró la habilidad de repetir errores y faltas de desastres pasados.

Este documento puede ser visto en internet en:
www.paho.org/desastres



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre
www.paho.org/desastres
disaster-publications@paho.org

