

COORDINACIÓN EJECUTIVA

EL GRUPO DE AGUA,
SANEAMIENTO E HIGIENE
EN REPÚBLICA DOMINICANA
Y SU IMPACTO DURANTE LA
EPIDEMIA DE CÓLERA.

Esta publicación es el resultado de un trabajo conjunto del Ministerio de Salud Pública (MSP) de la República Dominicana, a través de su Viceministerio de Salud Ambiental, la Organización Panamericana de la Salud, y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Los planteamientos y opiniones expuestos en esta publicación no necesariamente reflejan las políticas o posiciones de OPS/OMS y UNICEF.

Coordinación:

Dr. Roberto Berroa, Viceministro de Salud Ambiental, MSP

Lic. Luis Feliz Roa, Director General Salud Ambiental, MSP

Lic. Gina Durán, Directora General de Promoción y Educación de la Salud, MSP

Equipo técnico:

Ing. Alba Heredia, encargada Departamento Saneamiento Básico, MSP/VMSA

Ing. Ana García, encargada Departamento de Agua, MSP/VMSA

Ing. Pedro Gómez, responsable técnico eliminación de excretas, MSP/VMSA

Ing. Jorge Abel Collado, responsable técnico desechos sólidos, MSP/VMSA

Revisión Técnica:

Lic. Mjrko Rennola, consultor Agua Saneamiento e Higiene, UNICEF República Dominicana

Dra. Sara Menéndez, Oficial de Salud, CVS & HIV/AIDS, UNICEF República Dominicana

Ing. Ana Quan, consultora Agua Saneamiento e Higiene, OPS/OMS República Dominicana

Revisión y cuidado Editorial:

Lic. Saúl Guerrero, Senior Evaluations, Learning & Accountability Advisor, ACF-UK

Diseño y Producción:

ACW, Londres, Reino Unido

www.acw.uk.com

La edición e impresión de este documento fue realizada gracias al apoyo del proyecto de Asesores Regionales de Coordinación en Emergencias (RECA) financiado por la oficina de Ayuda Humanitaria y Protección Civil de la Comisión Europea (ECHO).

**Regional
Emergency
Cluster
Advisor**



**Ayuda Humanitaria
y Protección Civil**

Primera edición: Diciembre de 2012.

Fotografía de Portada: Unicef República Dominicana / L.Quiroga



© Unicef República Dominicana/ L.Quiroga

La región de América Latina y el Caribe es una de las regiones más expuestas a amenazas de origen natural y a los efectos del cambio climático. Por su ubicación en el Archipiélago de las Antillas, la República Dominicana está expuesta a importantes amenazas sísmicas así como hidrometeorológicas. Eventos como terremotos y los ciclones tropicales son comunes en el país, que es también el segundo más grande del Caribe, tanto por superficie como por población y representa la segunda economía más importante de la región. Sin embargo, los indicadores de crecimiento económico (superiores a las del conjunto de América Latina y el Caribe), se ven contrastados por altos índices de pobreza, agravados por la rápida expansión urbana no planificada, en un contexto socio-económico marcado por la exclusión social y el deterioro ambiental, causas subyacentes de la alta vulnerabilidad de toda la región.

INTRODUCCIÓN

En un contexto donde el número y magnitud de las emergencias, desastres naturales y crisis se han venido incrementando en los últimos años, también se registra un mayor impacto y cantidad de personas que ven afectadas sus necesidades y sus derechos. Por otro lado, la proliferación de actores humanitarios se ve comprometida cuando los actores, con diversos abordajes y especialidad, entran en ineficiente competencia entre sí.

En América Latina como en República Dominicana, los actores nacionales ofrecen, cada vez más, plataformas sólidas de coordinación no siempre disponibles en otros contextos. La posibilidad de involucrarse y apoyar estas estructuras por un lado permite reforzar la titularidad de las autoridades nacionales y crear una red de células locales que pueden facilitar el acceso a información dispersa, y ampliar finalmente el alcance de una intervención coordinada y coherente desde una perspectiva de política pública.

La isla La Española estuvo libre de cólera por más de cien años, hasta que se introdujo en Haití en octubre del 2010 y se propagó rápidamente en la vecina República Dominicana tres semanas después. La dramática experiencia del **cólera en la Isla La Española** ha puesto a prueba la capacidad de respuesta del sector salud de ambos países.

En República Dominicana, el Viceministerio de Salud Ambiental (ex-DIGESA) apoyado por UNICEF en coordinación con la OPS, elaboró y coordinó la implementación de un Plan de Acción ante la Alerta Epidemiológica de Cólera, que define las líneas prioritarias, así como las acciones preparativas y de respuesta del sector agua, saneamiento e higiene, que han permitido contener la epidemia en sus primeros dos años.



COORDINACIÓN SECTORIAL ASH EN EMERGENCIA



LA REFORMA HUMANITARIA (NUEVO ENFOQUE SECTORIAL O POR CLUSTER, 2005)

En 2005, las evaluaciones de respuesta humanitaria a eventos como la crisis del Darfur (África), el tsunami en Asia y el terremoto de Pakistán, reconocen que existe una **colaboración limitada** entre los sectores humanitarios a nivel internacional, los organismos nacionales y los otros actores que intervienen en ayuda humanitaria. Asimismo, se reconocen una serie de **vacíos en la** responsabilidad de los sectores afectados por la emergencias (p.ej. agua y saneamiento, albergues, etc.).

La reforma humanitaria propone mejorar la capacidad de respuesta humanitaria, reforzando el liderazgo, la responsabilidad y la previsibilidad en los sectores más importantes en una emergencia. A través de la coordinación entre los diferentes actores humanitarios y las organizaciones nacionales, se busca entonces una mejor colaboración entre los distintos actores humanitarios, que permite, en último análisis, facilitar el acceso a la disponibilidad de financiamiento adecuado, a tiempo y flexible.

CONFORMACIÓN DEL GASH EN RD (ORIGEN CON LAS TORMENTAS NOEL Y OLGA, 2007)

En noviembre del 2007 en República Dominicana se crea el **Grupo de Agua, Saneamiento e Higiene** (GASH) para coordinar la respuesta sectorial a las necesidades humanitarias ocasionadas por la tormenta Noel y Olga. El grupo GASH se inspira en la definición de sus responsabilidades a los principios de la Reforma Humanitaria y las directivas del Comité Inter-agencial Permanente (IASC), velando por la generación de reportes, el intercambio de información, y la coordinación intersectorial.

El **objetivo general** del grupo GASH es mejorar la cooperación del Sector Agua, Saneamiento e Higiene, con el fin de lograr una mejor priorización de los recursos disponibles para contribuir a prevenir y controlar enfermedades vinculadas al agua y al saneamiento.

El **objetivo específico** del GASH es facilitar la coordinación entre actores nacionales, locales, internacionales y agencias de Naciones Unidas operando en República Dominicana en el sector de Agua, Saneamiento e Higiene involucrados en la prevención y control de enfermedades, asegurando respuesta temprana y consiguiendo satisfacer eficaz y eficientemente las necesidades de los beneficiarios.

ESTRUCTURA DE COORDINACIÓN

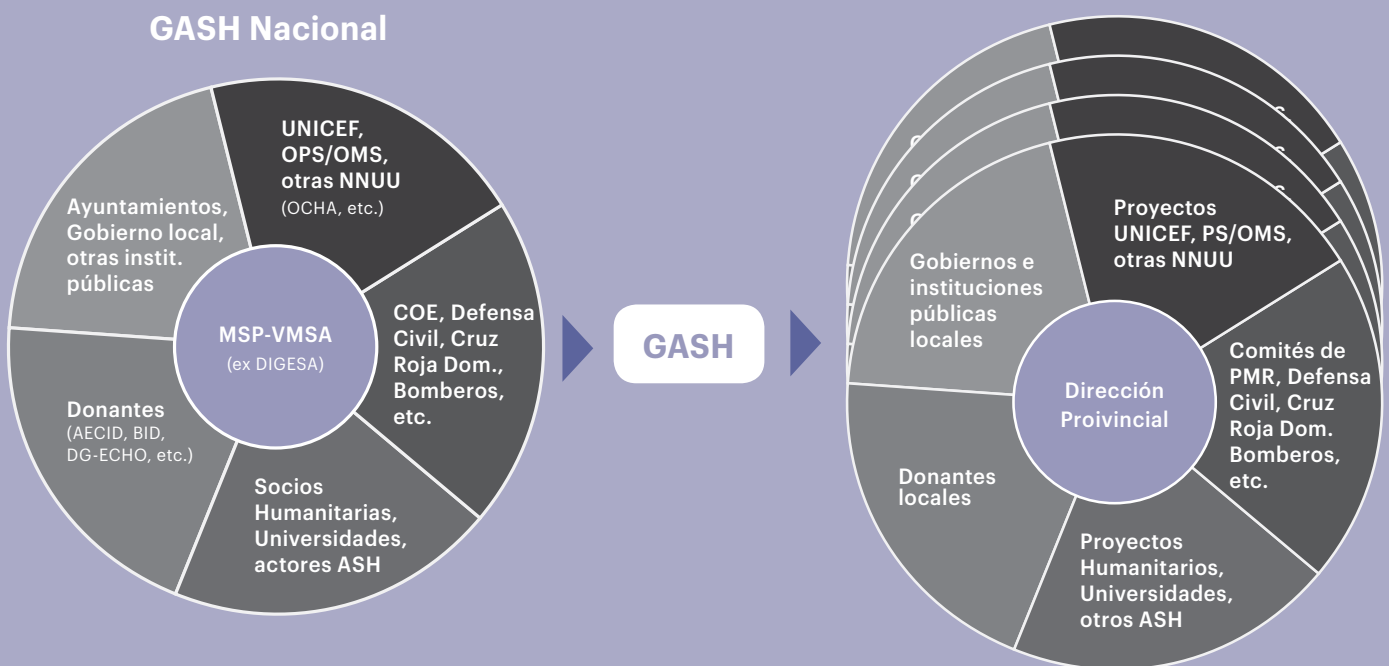
El **GASH funciona para la coordinación en la temática de Agua y Saneamiento y Promoción de Higiene** en situaciones de emergencia y preparación a nivel nacional y local. Las DPS y Áreas de Salud y autoridades locales conforman los GASH Provinciales.

El Ministerio de Salud Pública, a través de su **Viceministerio de Salud Ambiental** (ex DIGESA), coordina el GASH Nacional en coordinación con UNICEF y OPS. Son miembros del GASH todas aquellas instituciones, organizaciones, agencias y actores que realicen actividades en el sector de Agua, Saneamiento e Higiene en casos de emergencias o desastres.

En República Dominicana, desde el 2007, se ha ido consolidando la presencia en el GASH de organizaciones nacionales e internacionales tales y como: el Instituto Nacional de Agua Potable y Alcantarillado (INAPA); las

Corporaciones de Agua Potable y Alcantarillados de Santo Domingo (CAASD), Boca Chica (CORAABO), Puerto Plata (CORAAPLATA), La Romana (COAAROM), Moca (CORAAMOCA); el Ministerio de Educación (MINERD); el Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales (MIMARN); la Federación Dominicana de Municipios (FEDOMU); los mayores donantes internacionales (BID, USAID, DG-ECHO, AECID); diversas organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales (Cruz Roja Dominicana y Española, OXFAM, Caritas Dominicana, Plan Internacional, Vision Mundial); Universidades, entre otros.

El GASH Nacional celebra reuniones periódicas (normalmente en las oficinas del MSP en Santo Domingo), mientras que las reuniones de los GASH Provinciales son convocadas localmente.



FUNCIONES Y RESPONSABILIDAD DEL GASH

La Misión del GASH es asegurar la **coordinación político-estratégica** de un *grupo amplio e inclusivo* de actores del sector Agua, Saneamiento e Higiene; **fortaleciendo la fase de preparación y organizando la respuesta** a emergencias, según la finalidad de asegurar que cada actor intervenga en su ámbito de trabajo en coordinación con las líneas estratégicas definidas.

El grupo GASH busca brindar apoyo a la comunidad nacional e internacional, asegurando la participación de todos los socios clave en el sector agua, saneamiento e higiene (ASH) para la planificación, establecimiento y mantenimiento de mecanismos de coordinación apropiados, con el fin de asegurar la complementariedad entre todos los actores. Asimismo, procura que las acciones sean tomadas de manera conjunta con las autoridades locales/nacionales y con la participación de las propias comunidades.

ACTIVIDADES DEL GASH NACIONAL POR LÍNEA DE TRABAJO ESPECÍFICA

Preparación ante emergencias	<p>Asegurar una adecuada planeación de contingencia y preparación.</p> <p>Identificar vacíos en el campo de WASH y proponer cómo se podrían satisfacer las necesidades sectoriales a través del esfuerzo colectivo.</p> <p>Desarrollar y actualizar estrategias acordadas de respuesta y planes de acción de WASH y asegurar que estos se reflejen adecuadamente en las estrategias generales en el nivel de país.</p>
Planificación y desarrollo de estrategias	<p>Liderar el desarrollo de estrategias y planes sectoriales.</p>
Establecimiento y mantenimiento de la coordinación humanitaria apropiada	<p>Asegurar la coordinación adecuada entre todos los socios humanitarios WASH (ONG nacionales e internacionales, el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, etc.), a través del establecimiento y mantenimiento de mecanismos adecuados de coordinación del sector WASH, incluidos los grupos de trabajo en el nivel nacional y, de ser necesario, también en el nivel local, vinculándose con la Mesa de ASH del COE para la coordinación operativa de acciones por parte del gobierno.</p> <p>Asegurar que los compromisos de los socios humanitarios de WASH respondan a las necesidades, llenen los vacíos, garantice una distribución apropiada de las responsabilidades, con puntos focales claramente definidos para temas específicos.</p> <p>Asegurar la complementariedad de las diferentes acciones de los actores humanitarios.</p>
Evaluación y análisis de necesidades	<p>Asegurar una efectiva y coherente evaluación y análisis la situación general, población afectada, necesidades, riesgos, capacidades de respuesta y brechas de capacidades.</p>
Abogacía y movilización recursos	<p>Abogar por la movilización de recursos y asesorar en la asignación de recursos de los fondos conjuntos (CERF, Flash Appeal).</p>
Atención a temas transversales prioritarios	<p>Asegurar la inclusión y trabajo en los temas transversales prioritarios como edad, diversidad, ambiente, género, HIV/AIDS, apoyo psicosocial.</p>
Aplicación de normas y estándares	<p>Asegurar que los actores humanitarios participantes adhieran a los estándares técnicos existentes y guías de políticas (ESFERA, estándares nacionales y otros).</p>
Monitoreo y presentación de informes	<p>Asegurar un adecuado monitoreo de la situación, la elaboración de informes y la difusión de la información a todos los integrantes del grupo e instancias relevantes.</p> <p>Mantener información sobre todos los socios WASH actuales y potenciales, sus capacidades y áreas de trabajo (incluido, quién, qué, dónde y cuándo).</p>
Formación y desarrollo de capacidades	<p>Liderar la capacitación y construcción de capacidades de los trabajadores humanitarios, de las agencias, así como también de las autoridades nacionales y sociedad civil.</p>
Construcción de la respuesta en base a las capacidades locales	<p>Asegurar que la respuesta humanitaria sea construida en base a la capacidad local para el establecimiento de apropiados vínculos con las autoridades nacionales/locales, sociedad civil, etc.</p>
Coordinación intersectorial	<p>Establecer efectivos vínculos con otros Grupos Sectoriales.</p>
Adopción de enfoques comunes	<p>Promover la adopción de enfoques participativos y basados en la comunidad en las evaluaciones, análisis, planificación, monitoreo y respuesta relacionados con WASH.</p>

GASH PROVINCIALES Y COORDINACIÓN LOCAL CON COMITÉS PMR

De acuerdo con la estrategia operativa de los GASH provinciales definida en el noviembre 2010, los GASH a nivel provincial, están conformados por representantes de las instituciones nacionales en el nivel local que hacen parte del GASH a nivel central, así como otras que tengan representación regional o subnacional.

Tal y como para el nivel nacional, la coordinación de los GASH locales está a cargo del Ministerio de Salud Pública, a través de las Direcciones Provinciales de Salud (DPS) y Direcciones de Área de Salud (DAS), quienes a su vez activan las operaciones en coordinación con los Comités Locales de Prevención, Mitigación y Respuesta (PMR)¹.

La experiencia de la República Dominicana ha demostrado la importancia que asume la vigilancia de los factores de riesgo subyacentes a una epidemia de cólera, donde la ocurrencia de brotes requiere una intervención inmediata desde el primer nivel de afectación: el mismo nivel comunitario. En este sentido, las organizaciones comunitarias de base deberían estar también vinculadas al GASH local, asegurando un énfasis suficiente sobre el trabajo de auto-cuidado, de movilización social y de fortalecimiento de acciones en el nivel domiciliario.

1. De acuerdo con la Ley 147-02 sobre Gestión de Riesgo, "se crean los Comités Regionales, Provinciales y Municipales de PMR ante Desastres" (art.14). Estos comités locales de PMR elaborarán, coordinarán y ejecutarán, en su territorio de referencia, el "plan de acción específico [...] de acuerdo con las orientaciones establecidas en el decreto de declaratoria" de emergencia (art. 24).

EL GASH EN EL CONTEXTO DEL CÓLERA

EL CÓLERA EN REPÚBLICA DOMINICANA

La isla La Española estuvo libre de cólera por más de cien años, hasta que se introdujo en Haití en octubre del 2010:

- ▶ **21 Octubre de 2010.** El Ministerio de Salud Pública, a través de la OPS fue informado de la presencia de cólera en el departamento del Centro y Artibonite de Haití
- ▶ **15 noviembre del 2010.** Se confirma el primer caso de cólera en República Dominicana. Se activa la Comisión Nacional de Lucha contra el Cólera y la Sala de Situación de Lucha contra el Cólera en el Viceministerio de Salud Colectiva

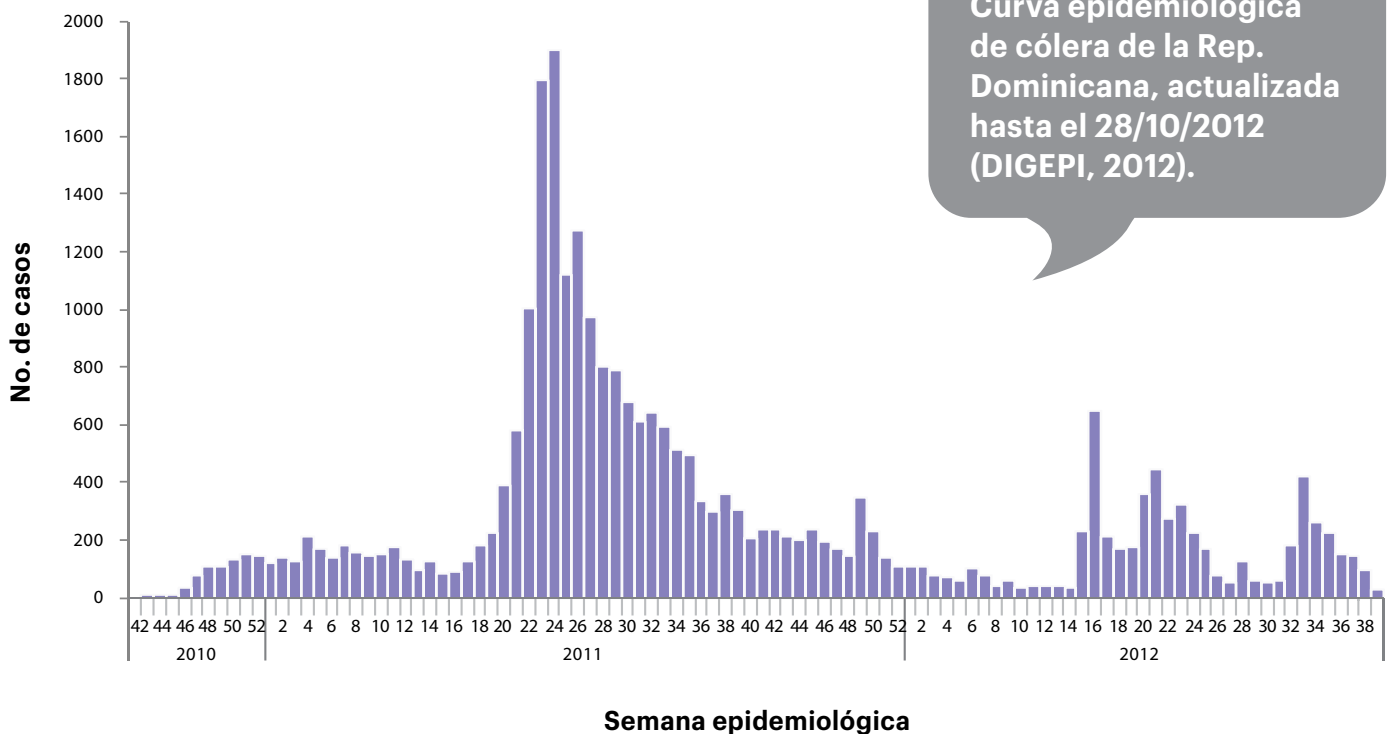
Los primeros casos detectados son **aislados**, aunque estos se cuadriplican en solo tres semanas. Inicialmente, la epidemia presenta brotes familiares o comunitarios en zonas rurales y de frontera. Sin embargo, iniciada la temporada de lluvias (2011) se observa un incremento constante de casos en **áreas urbano-marginales** de las principales ciudades.

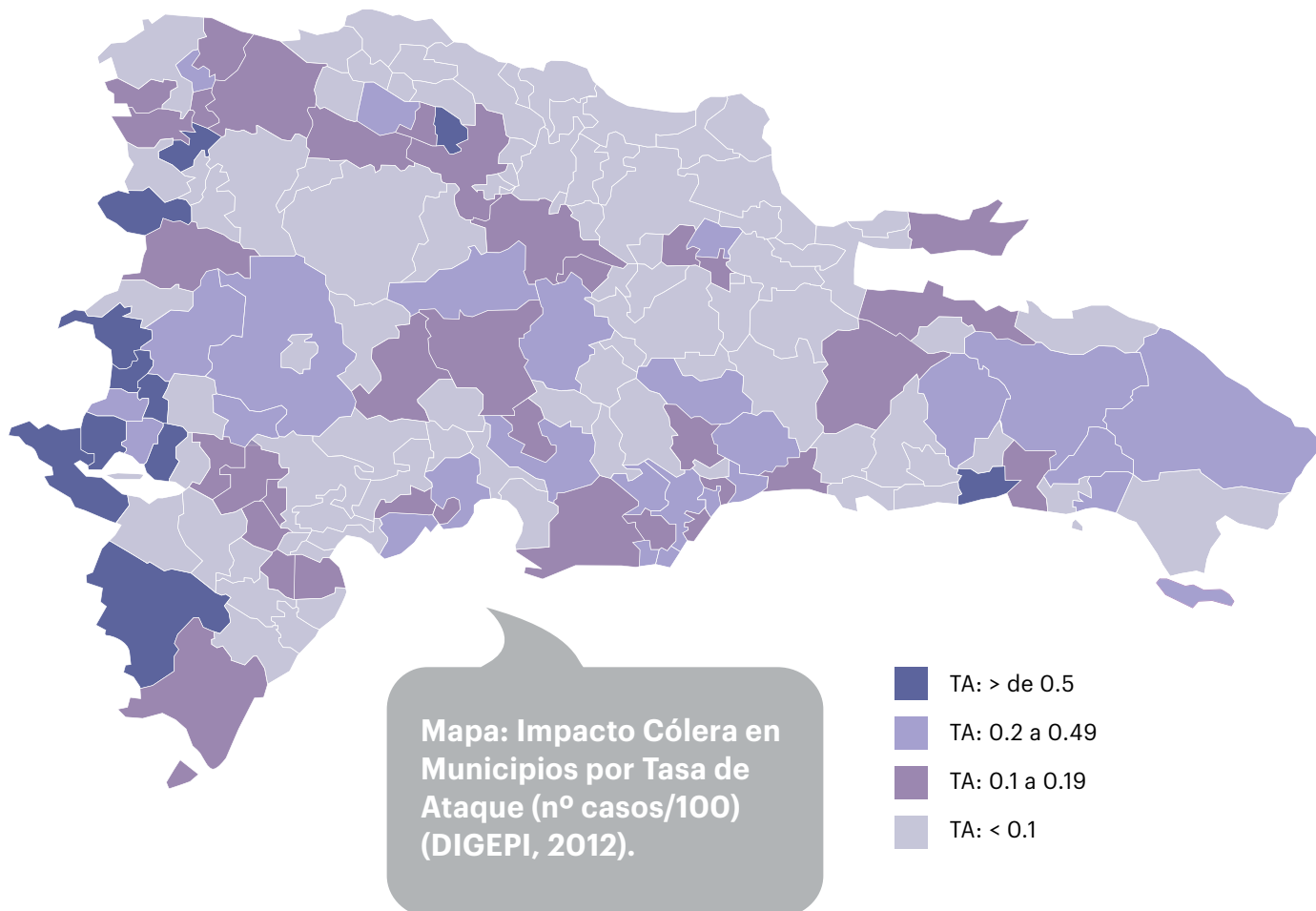
El **total global de la epidemia de cólera en República Dominicana** desde sus principios hasta el momento (SE 43-2012) es de

27,838 CASOS Y 418 DEFUNCIONES

Solamente en los primeros 14 meses (Oct 2010 – Dic 2011) se registraron 21,592 casos y 371 defunciones, a los que se añaden en el 2012 (SE 1-43 2012).

6,246 CASOS Y 47 DEFUNCIONES





CONTEXTO DE ASH Y EL RIESGO EPIDEMIOLÓGICO

Las brechas en las coberturas de servicios adecuados de agua y saneamiento básico son determinantes fundamentales para el incremento de **epidemias de enfermedades** transmitidas por agua y alimentos. Esas debilidades se hacen más agudas en aquellas comunidades y poblaciones con menores ingresos y mayor emarginación social.

Además, los avances importantes registrados en los últimos años en la cobertura de agua potable, no corresponden a iguales mejoras de los sistemas de saneamiento (sobre todo de alcantarillado sanitario y plantas de tratamientos de aguas residuales), resultando en inversiones no prioritarias en el país.



COBERTURA Y CALIDAD DEL AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BÁSICO EN REPÚBLICA DOMINICANA

Cobertura Agua Potable (ENHOGAR 2010)

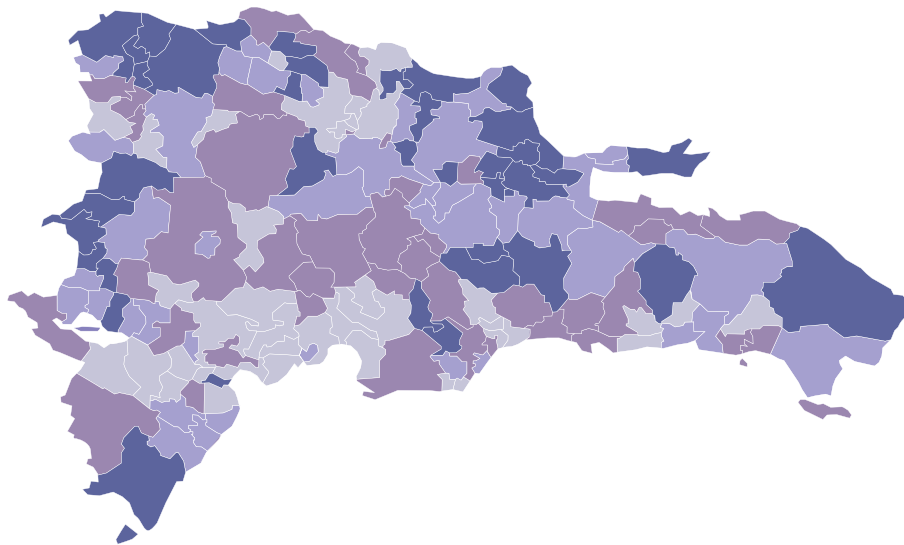
- ▶ 86.8% en sector urbano, 52.5% en lo rural
- ▶ El quintil más pobre tiene una cobertura de agua del 48.9%, mientras el más rico es de 91.9%

Calidad Agua Potable (INAPA)

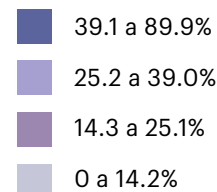
- ▶ el 69,5% de los acueductos cuenta con sistema de cloración
- ▶ el 30,5% cuenta con sistema de vigilancia de la calidad
- ▶ solo el 11% de la población urbana cuenta con servicio continuo de agua potable

Saneamiento básico (ENHOGAR 2010 & INAPA)

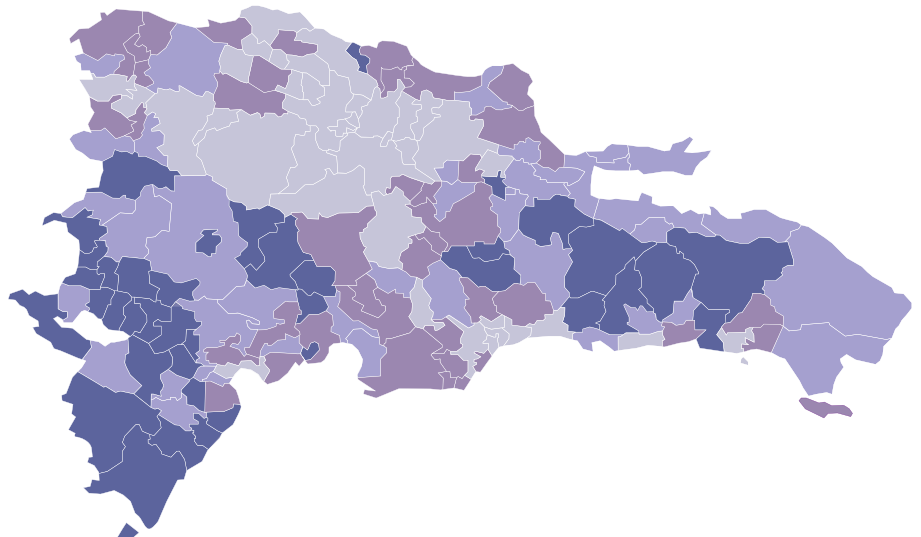
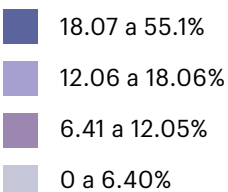
- ▶ La cobertura de sistemas de saneamiento mejorado alcanza un 95.1% de la población urbana y 83.9% de la rural
- ▶ El quintil más rico de la población cuenta con una cobertura del 99.6% mientras el más pobre solamente del 70.9%, con un 18.2% que no cuenta con ningún servicio sanitario
- ▶ 24% de los Municipios cuenta con un Sistema de Alcantarillado sanitario y drenaje pluvial, y está concentrado en las grandes ciudades (20% de cobertura)
- ▶ La disposición final de los residuos sólidos se hace a través de vertederos a cielo abierto en el 57% de los municipios del país (muchas veces cerca de comunidades y/o ríos)



Mapa: Porcentaje de hogares por municipios sin fuente de agua mejorada. Fuente: UNICEF-DIGEPI (2012).



Mapa: Porcentaje de hogares por municipio sin servicios sanitarios. Fuente: UNICEF-DIGEPI (2012).



EXPERIENCIAS Y ACCIONES DEL GASH EN COMBATE AL CÓLERA

A raíz de la aparición del cólera en la Isla La Española, el GASH ha intensificado significativamente su trabajo. Las autoridades del MSP establecieron que, bajo el liderazgo de la DIGESA, el GASH funcionara como Comisión de Agua y Saneamiento de la Sala de Situación del MSP, para coordinar las acciones nacionales y locales en agua, saneamiento e higiene de prevención y control del cólera, y que se activaran cuanto antes grupos GASH Locales en todas las provincias y áreas de salud del país.

En noviembre 2010 el GASH elaboró de manera participativa el **Plan Operativo para el Control de Cólera**, revisado en enero del 2011 y actualizado para el periodo marzo-agosto 2011.

El propósito del Plan es fortalecer la coordinación sectorial y la acción conjunta en agua, saneamiento e higiene para el control del cólera de todos los actores que integran el GASH.

El plan se enfoca en la acción del Grupo durante los primeros meses de la epidemia, reconociendo que estos son críticos para evitar brotes de cólera que excedan las capacidades de respuesta nacional y local y para limitar al máximo los casos de defunciones. Una de las estrategias más relevantes del plan es la activación y funcionamiento de las GASH Locales.

Aún hoy, el funcionamiento de los GASH Locales continua siendo una prioridad para el MSP para el éxito de la respuesta nacional a la epidemia de cólera que continua activa, sobre todo apuntando a reducir la carga de respuesta operativa del nivel central respecto a brotes locales y dispersos, sobre todo en consideración de la periodicidad de la temporada ciclónica en las regiones tropicales y subtropicales.

A continuación se presenta resumidamente la **estrategia de intervención del GASH en relación a la epidemia de cólera**, que se desarrolló en el Plan Operativo por cada factor de vulnerabilidad de la población expuesta.

OBJETIVOS PLAN OPERATIVO DE CONTROL DE CÓLERA

- ▶ Fortalecer la coordinación nacional y local de las acciones en agua, saneamiento e higiene (ASH), así como los vínculos con las diferentes instancias de coordinación que puedan potenciar la intervención nacional contra el cólera
- ▶ Asegurar la provisión de agua segura y facilidades para disposición de excretas, aguas residuales y el manejo adecuado de residuos sólidos domiciliarios, municipales e infecciosos en establecimientos de salud, escuelas y sitios prioritarios
- ▶ Asegurar la movilización de la población dominicana para que adopte prácticas seguras de higiene y manipulación de alimentos, inicie de inmediato el tratamiento domiciliario con sales de rehidratación oral (SRO) y busque apoyo médico

- ▶ Asegurar la coordinación sectorial y el flujo de información entre los diferentes actores involucrados en las actividades de prevención y control del cólera a nivel nacional y local
- ▶ Trabajo específico de prevención y control con la comunidad escolar (directores/as, docentes, padres/madres/tutores, estudiantes), para promover acciones de auto-cuidado en la escuela y en la familia
- ▶ Promoción y reforzamiento de las prácticas adecuadas de preparación y manejo de alimentos y bebidas, con especial énfasis en lugares públicos, mercados, así como reforzamiento general de las medidas higiénico-sanitarias de los polos turísticos
- ▶ Mantenimiento y mejora de las facilidades de agua potable para población, niños y niñas, contemplando el componente de tratamiento y desinfección del agua en comunidades y escuelas
- ▶ Fortalecimiento de la vigilancia y control del agua, con especial énfasis en los centros de salud, centros de detención, empresas embotelladoras, etc.
- ▶ Adecuación y mejora de los sistemas de eliminación de excretas y aguas residuales en comunidades y centros de salud

HERRAMIENTAS DE COORDINACIÓN GASH

- ▶ Plan de Preparación y Respuesta a desastres
- ▶ Plan de Contingencia Cólera (2011)
- ▶ Plan Operativo del GASH para el Control de Cólera (2010-2011).
- ▶ Matriz Planificación (3W y 4W)
- ▶ Mapeo de actores
- ▶ Inventario capacidades técnicas y financieras
- ▶ Análisis DAFO
- ▶ Lista de contactos y proveedores
- ▶ Inventario de materiales educativos
- ▶ Sistematización de lecciones aprendidas

El apoyo de organismos de cooperación técnica (UNICEF, OPS) en este proceso, ha sido determinante en la sostenibilidad de las intervenciones de promoción y participación social, así como de fortalecimiento y desarrollo de capacidades. Los mayores esfuerzos en este contexto han estado orientados a generar cambios de comportamiento a nivel individual, familiar y comunitario, con enfoque de reducción de los riesgos para enfermedades transmitidas por el agua y los alimentos.

Cabe señalar finalmente, que las acciones de control, han sido sistematizadas en los meses sucesivos por parte del mismo GASH nacional, e incluidas en la estrategia de intervención del Plan de Eliminación de Cólera de la Isla La Española, un plan decenal con un fuerte enfoque de ASH, que será presentado a la comunidad internacional en los próximos meses para su financiación.

PLAN OPERATIVO DE CONTROL DE CÓLERA REPÚBLICA DOMINICANA

RESULTADOS Y ACTIVIDADES CLAVE

1 Asegurada la coordinación sectorial y el flujo de información por medio del GASH Nacional y Provinciales

- ▶ Fortalecimiento de GASH Provinciales
- ▶ Realización de reuniones de coordinación periódicas de GASH y cooperación con otras Comisiones de Crisis y Mesa de Gestión de Riesgo del MINERD
- ▶ Ampliación del mapeo de actores a nivel nacional y local
- ▶ Monitoreo de acciones implementadas por todos los actores por medio de informes periódicos (de parte de las instituciones y de los GASH Locales)
- ▶ Priorización de áreas de intervención y planificación conjunta a nivel de GASH Local
- ▶ Utilización de herramientas para el seguimiento de los acuerdos a nivel nacional y local
- ▶ Capacitación sobre uso de los protocolos
- ▶ Identificación de brechas críticas de recursos para la acción
- ▶ Manejo y flujo de información entre integrantes el GASH Nacional y con los GASH Locales

2 Comunidad escolar cuenta con información sobre medidas de higiene para evitar la transmisión del cólera

- ▶ Seguir con la campaña de información y comunicación
- ▶ Implementación de la Estrategia de Abogacía, Comunicación y Movilización Social (ACMS) de la DIGPRES/MSP, intensificando acciones de prevención de la transmisión durante la temporada de verano y las concentraciones masivas de personas
- ▶ Distribución kits comunitarios educativos, para la medición de cloro residual y la rehidratación oral
- ▶ Diseño y distribución de materiales informativos adicionales para comunidades sobre como reconocer la enfermedad, forma de transmisión, prevención, cuando buscar atención, preparación SRO, dosificación cloro, entre otros

3 Prácticas de preparación y manipulación de alimentos y bebidas reforzadas

- ▶ Implementación iniciativa de 5 claves de la inocuidad de alimentos en escuelas, mercados, establecimientos de salud, comunidades, lugares de ventas formales e informales, intensificando acciones prevención durante la temporada de verano y de concentraciones masivas de personas
- ▶ Reforzamiento de la vigilancia sanitaria de alimentos y bebidas
- ▶ Implementación de las guías de buenas prácticas en agricultura
- ▶ Fortalecimiento de la capacidad de los laboratorios para toma de muestras

4 La población, niños y niñas tiene acceso a facilidades de agua potable en los sitios prioritarios identificados, y cuentan con inventario provincial de necesidades

- ▶ Limpieza, mejora, reparación o construcción de sistemas/facilidades de agua potable
- ▶ Tratamiento/desinfección de agua para tomar en los sistemas, pozos y tanques cisternas
- ▶ Promoción de la desinfección de agua para tomar en comunidades y escuelas
- ▶ Desarrollo de inventario provincial de necesidades del sector de agua potable

5 Vigilancia y control de la calidad del agua fortalecida

- ▶ Diseño y ejecución de un programa de vigilancia y control de la calidad del agua que incluya: agua potable, aguas superficiales, pozos y aguas recreativas
- ▶ Vigilancia y control de la calidad del agua en sitios estratégicos: establecimientos de salud, mercados, escuelas, comunidades, fuentes y cursos de agua, cárceles, embotelladoras, camiones cisternas, etc
- ▶ Fortalecimiento del control de la calidad de las aguas recreativas en la temporada de verano, en particular durante la Semana Santa
- ▶ Diseño e implementación de un sistema de información del sector agua potable, saneamiento e higiene vinculado a la vigilancia epidemiológica en salud
- ▶ Monitoreo de la calidad y evaluaciones sanitarias de fuentes de agua
- ▶ Evaluaciones ambientales

6 Las instituciones encargadas del tratamiento, vigilancia y control de calidad de agua disponen de insumos, equipos y recursos financieros para cumplir con esta función

- ▶ Compra de insumos, equipos y reactivos para el sector y para los laboratorios ambientales.
- ▶ Análisis de brechas críticas de recursos para la acción para los próximos seis meses

7 Se han adoptado soluciones para la adecuada disposición de excretas y aguas residuales en los sitios prioritarios y los GASH Locales cuentan con inventarios provinciales de necesidades

- ▶ Diseño e implementación de un programa para la vigilancia de factores de riesgo relacionados con la disposición de excretas y aguas residuales
- ▶ Mejora, rehabilitación, dotación de letrinas
- ▶ Desarrollo de inventarios provinciales de necesidades de disposición de excretas

8 Los municipios, Direcciones Provinciales de Salud y establecimientos de salud han mejorado el manejo de los desechos en los sitios prioritarios

- ▶ Implementación de guías para el manejo integral de los desechos sólidos a nivel domiciliario y comunitario, incluyendo la disposición final
- ▶ Construcción de celdas de seguridad para la disposición de los desechos infecciosos
- ▶ Dotación de contenedores y fundas plásticas para la disposición de residuos sólidos domiciliarios y municipales
- ▶ Capacitación a personal de salud para la implementación de medidas de bioseguridad en establecimientos de salud

9 Medidas higiénico-sanitarias del sector turístico reforzadas

- ▶ Reforzamiento vigilancia de factores de riesgo ambiental en polos, hoteles y restaurantes turísticos
- ▶ Capacitación al personal del sector turístico y lugares circunvecinos en prácticas adecuadas de higiene y manipulación de alimentos



PRÓXIMOS DESAFÍOS & LECCIONES APRENDIDAS

Las principales lecciones aprendidas relacionadas al operar del GASH nacional y locales, ha sido que la integración institucional y comunitaria, es una clave de éxito en cualquier proceso de protección de la población en situaciones de emergencia y/o desastres. El brote de cólera creó un espacio de articulación que involucró todos los sectores públicos, privados y de la sociedad civil dominicana frente a un propósito común. En particular, la voluntad política ha sido el aspecto determinante para la funcionalidad del proceso en una perspectiva de política pública.

Cuales fueron los componentes claves del éxito del GASH en la coordinación sectorial e interinstitucional en el combate al cólera?

El primer componente de éxito fue la **actitud proactiva del MSP en la fase de preparación así como en los primeros meses de respuesta**, ante la epidemia de cólera. Este trabajo se ha ido desarrollando mediante la instalación de una sala de situación permanente, que alimentaba y se retroalimentaba del GASH.

Otros aspecto fundamental fue la clara y manifiesta asunción de liderazgo por parte del MSP en la elaboración e implementación del **Plan de Acción de la Dirección General de Salud Ambiental** ante la epidemia de Cólera, que a su vez se ha concretizado en los tres componentes clave de Agua Potable, Saneamiento y promoción de la Higiene:

- ▶ la coordinación con las autoridades nacionales directamente responsables por las infraestructuras de suministro de agua potable y saneamiento (INAPA y CORAAS)
- ▶ el reforzamiento del sistema de vigilancia de agua potable y saneamiento, que ha implicado la revisión y aplicación de estándares de calidad del agua más estrictos, y la definición de nuevos protocolos de vigilancia y respuesta antes brotes epidémicos
- ▶ la promoción de la salud, mediante la identificación, sistematización y divulgación de mensajes clave de prevención y control del cólera a nivel domiciliario y comunitario, acompañada por materiales de divulgación y educación comunes y estándares a nivel nacional

Sobre este último aspecto de Promoción de la Salud, se destaca el esfuerzo adicional de DIGPRES en la estandarización de la experiencia del Minsietrio de Salud en un **abordaje único de movilización comunitaria** para la Salud. Este importante paso de sistematización metodológica ha facilitado la formalización de acuerdos y alianzas entre el MSP y las institucionales nacionales e internacionales que ya trabajaban en el sector y estaban interesadas en apoyar Salud Pública (Cruz Roja, Caritas, Pastoral Materno Infantil, MUDE, entre otras).

Finalmente, el proceso de coordinación llevado a cabo a nivel nacional, no hubiera tenido el impacto esperado sin el involucramiento de los niveles subnacionales de coordinación sectorial, a través de los GASH locales. De facto, el **fortalecimiento de los GASH locales** se ha considerado muy oportuno, tanto en términos temporales, como de las temáticas propuestas y tratadas. El acompañamiento de las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, se ha traducido en una consciente asunción de responsabilidades referente a la coordinación local en el sector de salud ambiental, y específicamente de agua, saneamiento e higiene, permitiendo deslocalizar la capacidad de respuesta a nivel local, decongestionando la carga de coordinación operativa del nivel central.

Que espacios de mejora continúan existiendo en el procedimiento de coordinación sectorial, tanto a nivel nacional como a nivel local?

Para reducir la carga de responsabilidad en la atención a emergencia desde las instancias nacionales, es importante seguir invirtiendo en la capacitación del GASH nacional y locales para descentralizar las respuestas a futuras emergencias.

En cuanto al **GASH Nacional** se refiere, se considera prioritaria en una perspectiva de continuidad institucional, la formalización de su labor mediante una resolución ministerial ad-hoc, a promover a finales del año 2012/ principios 2013.

Los primeros contactos con el VMSA con carácter informativo y de sensibilización alrededor del GASH Nacional y Locales, necesita alimentarse con nuevos espacios de acompañamiento a las DPS/DAS así como otro personal clave del MSP que están asumiendo cargos claves con el nuevo gobierno. Está en planificación del VMSA, una segunda fase de capacitación a GASH locales que incluya capacitación para nuevas DPS y un reciclaje para las que ya recibieron la primera capacitación.

La recopilación de las experiencias positivas de coordinación de GASH Nacional y Locales para el control del cólera (a través del proyecto RECA), deberían ser utilizadas como motivación para el nuevo personal del MSP y otras instancias de coordinación.

Finalmente, es necesario retomar la discusión entre agencias del Sistema de NNUU (OCHA, OPS, UNICEF), autoridades competentes (MSP, DIGESA, DNED, CNE), y organizaciones humanitarias, sobre la división de funciones entre GASH y Mesa Operativa de ASH del COE, así como entre GASH Locales y Comité de Prevención, Mitigación y Respuesta (PMR). La discusión debe promover una visión de colaboración y complementariedad entre mecanismos de coordinación sectoriales necesarios, aquellos más inclusivos y estratégicos (GASH) y los más operativos (Mesa del COE).

Para asegurar una coordinación sectorial eficaz y eficientes de los GASH locales, es necesario en primer lugar reconocer que la coordinación interinstitucional es una materia compleja y que necesita una dedicación de recursos (humanos, técnicos y financieros) específica. En este sentido las DPS/DAS enrgargadas de la coordinación mediante GASH locales, deberían poder solicitar apoyo externo y directo a unos perfiles profesionales que puedan apoyar la coordinación en situaciones de emergencias. Se han identificado dos perfiles: i) el Equipo de Coordinadores Nacional; ii) el Equipo de Gestores de Información.

La conformación de estos equipos debería ser formalizada por la DIGESA y la DDF DPS/DAS y debería de contar con el apoyo de instituciones ajenas al MSP dispuestas a poner a disposición del MSP su personal en apoyo a la coordinación de grupos GASH. Los integrantes de este equipo deberían ser movilizados a la provincia afectada por una emergencia en apoyo al Director de la DPS/Área de Salud para la coordinación del GASH. En todo caso, el liderazgo y responsabilidad última de la coordinación del GASH Local debe quedar con el Director de la DPS/Área de Salud. UNICEF y OPS deberían seguir proveyendo el necesario apoyo al MSP con fondos para la capacitación y seguimiento a los Equipos de coordinadores Nacional y de Gestores de Información y para su movilización en situaciones de emergencia.

Tal y como se detalló anteriormente se debe dar prioridad a la realización de nuevos talleres de Fortalecimiento de Capacidades de Coordinación para GASH Locales, asegurando convocar participantes con perfil y potencial adecuado para integrar los equipos de apoyo. El GASH Nacional debería seguir apoyando los GASH Locales que quieran reactivarse, y asesorar en temporalidad y contenido de sus reuniones y planes de preparación.





**Organización
Panamericana
de la Salud**

*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

