

Plan Estatal de Atención Médica en Desastres. Programa Estratégico de Acción 2002-2007.

Introducción.

Diagnostico general de los desastres.

México es un país expuesto a diversos tipos de desastres, las experiencias históricas y recientes así lo confirman. La ubicación del país lo hace particularmente vulnerable a la actividad sísmica y volcánica, mientras que su localización en la región intertropical propicia que en las costas del Mar Caribe, del Océano Pacífico y del Golfo de México, los ciclones tropicales ocasionan de forma recurrente daños a las poblaciones tanto por la acción de los vientos como de las precipitaciones pluviales y las consiguientes inundaciones.

Es importante recordar, que en las últimas décadas hemos sido testigos y estamos cada vez más conscientes de que nuestro planeta se ha visto afectado por un conjunto de cambios climáticos que se traducen en condiciones de mayor vulnerabilidad para las sociedades. Los signos de estos cambios se registran en intensas sequías y huracanes o en el fenómeno del niño.

En el lapso de 1991-2000 los desastres naturales fueron causa de la muerte de 665 598 personas lo que representa el 88 % de las ocasionadas durante la última década.

Mientras que el número de desastres geofísicos ha permanecido estable, el número de desastres hidrometeorológicos se ha más que duplicado. Durante la pasada década más del 90 % de las personas que fallecieron debido a desastres naturales, perdieron la vida en eventos meteorológicos tales como sequías, tormentas e inundaciones.

De los 2 557 desastres naturales reportados desde 1991, más de la mitad ocurrieron en países de mediano desarrollo. Sin embargo dos terceras partes de los que fallecieron provienen de países de bajo desarrollo, mientras que solo el 2 % provienen de países altamente desarrollados. Al contabilizar el total de muertes reportadas con el total de desastres, el efecto del desarrollo sobre las mismas es determinante.

En el siglo pasado ocurrieron 71 grandes sismos capaces de producir daños y víctimas. La tercera parte de la población vive en zonas de alto y muy alto peligro sísmico, coincidiendo con los estados de mayor índice de marginación (Guerrero, Oaxaca y Chiapas). La zona con mayor potencial sísmico en el país se encuentra a lo largo de la costa de Guerrero, en donde se estima que podrían ocurrir uno o dos

terremotos de magnitud 8. solo en los sismos de 1999 se dañaron 51,055 viviendas, 3,673 escuelas y 221 hospitales.

En relación al riesgo volcánico, la tasa de erupción media durante los últimos 500 años ha sido 15 erupciones por siglo. La inestabilidad de laderas naturales, flujos de los y escombros, hundimientos regionales y locales se encuentran presentes en todo el territorio nacional. Las condiciones se agravan por la deforestación, intemperismo, erosión y de equilibrio original, ante la presencia de asentamiento humanos irregulares.

Los daños generados por fenómenos geológicos en el periodo 1980-1999 ascendieron a 4,560 millones de dólares en pérdidas materiales y 6,097 decesos.

Anualmente, penetran al territorio nacional cuatro ciclones, produciendo lluvias intensas con sus consecuentes inundaciones y deslaves. La falta de regulación de asentamientos humanos y la degradación ambiental se suman a los retrasos en acciones de ordenamiento hidrológico y de obras de protección, incrementando el riesgo en la población.

En México la mayor pérdida de suelo se produce por la lluvia, cuyos efectos son los volúmenes de material que deben degradarse en ríos y puertos, la pérdida de capacidad de embalses y los flujos de escombros cada vez mas frecuentes.

Los estados más afectados por erosión hídrica son: México, Tlaxcala y Oaxaca.

Las siguientes cifras dan una idea de la gravedad del problema:

Son derogados a próximamente 300 millones de metros cúbicos al año en ríos y puertos.

En un año se pierden 1.1 billones de metros cúbicos de capacidad en los embalses.

Se estima que anualmente se producen daños por 270 millones de dólares con la erosión de los márgenes de los ríos.

Los daños generados por hidrometeorológicos en el periodo 1980-1999 ascendieron a 4,560 millones de dólares y 2,800 decesos.

La mayoría de las industrias se ubican en el centro del país, lo que la convierte en una región con muy alto riesgo en el campo ecológico aunado a la gran densidad de población. Las principales industrias generadores de desechos industriales son las de alimentos, textiles, maderera, imprenta, química, orgánica e inorgánica, no metálica básica, además de las ensambladores.

Los incendios forestales, que ocurren en su mayoría de enero a mayo por causas naturales o inducidas afecta fuertemente a la ecología y medio ambiente. En 1998 hubo 14,268 incendios forestales que afectaron casi 600,000 hectáreas, este gran número fue debido a fenómenos climatológicos que aumentaron considerablemente la temperatura, y que en combinación con la práctica agrícola de roza, tumba y quema, se tradujo en un número récord de incendios forestales en México y Centro América.

El medio ambiente se afecta fuertemente por la pérdida de suelo y capa vegetal, contaminación y azolve de los cuerpos de agua, entre otros.

Los daños generados por riesgos químicos – tecnológicos en el período 1980-1999 ascendieron a 1,280 millones de dólares en pérdidas materiales y 1,250 decesos.

Se derivan de actividades humanas relacionadas con el transporte aéreo, terrestre, marítimo o fluvial; interrupción del suministro de servicios vitales; los accidentes industriales o tecnológicos no asociados a productos químicos; los derivados del comportamiento desordenado en grandes concentraciones de población u los que son producto de comportamiento antisocial.

Los accidentes que se originan en el transporte terrestre producen mayor número de pérdidas humanas y materiales. En 1998, por ejemplo, se registraron 61,200 accidentes en las carreteras federales, que produjeron casi 5,100 decesos y 35,200 heridos.

Diagnostico.

1-. Situación actual.

Antecedentes.

Localización geográfica del Estado de Jalisco.

Jalisco forma parte de la cuenca del Pacífico y esta enclavado en el occidente de México. Sus coordenadas geográficas son de 22 o 45´ a 18° 57´ de latitud norte y de 101° 28´ a 105 42´ latitud oeste.

El Estado de Jalisco, posee una extensión territorial de 187.191 kilómetros cuadrados, representando el 4% de la superficie total de la república mexicana, conformada 12,021 localidades distribuidas en 124 municipios. Los municipios de Guadalajara, Zapopan, Tlaquepaque, Tonalá, Tepatitlán, Tlajomulco de Zuñiga, Puerto Vallarta y Lagos de Moreno tienen una población superior a los 100,000 habitantes.

Así mismo, 54 ciudades con poblaciones entre los 10,000 y 99,000 habitantes tienen posibilidades de crecimiento en el mediano plazo.

La población no se distribuye equitativamente en el territorio de Jalisco. Esta situación no es novedosa pero ahora se advierte una mayor tendencia a la concentración de localidades urbanas de la entidad. Los resultados del XI censo general de población y vivienda, muestran que el 77.05% de los habitantes viven en localidades urbanas y tan solo el 22.95 % de la población vive en localidades rurales.

Estos datos generan un índice de urbanización de 3.36 y una densidad de población de 75.9 habitantes por kilómetro cuadrado.

Esta proporción no refleja un comportamiento similar a lo largo de la entidad; existen municipios altamente poblados como los de Guadalajara donde hay 8,782 habitantes/ Km², Tonalá con 1,410 habitantes/ Km² y Tlaquepaque, con 922 Habitantes / Km². Hay otros como Antonio Escobedo, Atotonilco el Alto con 78 y 73 habitantes/ Km², respectivamente. En contraste, existen municipios como Cihuatlán y Tonila con 3 habitantes/ Km², que representan las densidades más bajas en la entidad.

Es la cuarta entidad más poblada del país, después del estado de México, el Distrito Federal y Veracruz

El Estado con una población de 6'321,278 habitantes (INEGI 2000), donde el 54.8% 3'461,540 personas viven en la Zona Metropolitana de Guadalajara. Cada año la Zona Metropolitana de Guadalajara incorpora 150,000 habitantes a su población en la actualidad la población Jalisciense es predominantemente joven: su edad mediana es de 19 años y el 38.6% es menor de 15 años. Apenas el 4,8% de los habitantes tienen 65 años y más.

Jalisco atraviesa por una transición demográfica que esta alterando profundamente la dinámica poblacional: el crecimiento se esta reduciendo y estabilizando, se están presentando niveles de mortalidad y natalidad bajos y la estructura de edades esta sufriendo una importante modificación que a futuro incrementara el numero de personas en edad adulta y avanzada

La escolaridad promedio es de 7.6 años de estudio por persona (primaria y año y medio de secundaria).

En lo que corresponde a los trabajadores de la salud tienen poca capacitación y experiencias, en lo que se refiere a la organización y coordinación para la atención desastres. Cuando ocurre un desastre, surge la necesidad inmediata de conocimientos e información para planear y brindar ayuda. Los datos acerca del tipo de desastre y sus consecuencias son necesarios como marco de referencia para la elaboración de planes de ayuda específicos en el área de urgencias y emergencias médicas.

Los desastres no son infrecuentes, aunque por lo general si inesperados. Son muchos los municipios que no están preparados para la devastación y desorganización, que surgen después de un terremoto, inundación, accidente del transporte.

De forma tradicional, la mayor prioridad en las actividades de ayuda en desastres se ha dirigido a proporcionar alimentos, refugio y atención medica.

Con el fin de planear y prestar servicios eficaces es necesaria la información sobre diversas funciones técnicas de las que se dispone para auxiliar a las víctimas.

El hospital es un centro vital para la atención de un elevado numero de victimas en caso de grandes emergencias enfrentando las consecuencias de los riesgos de los desastres, dependiendo de las vías de acceso a los mismos y de la capacidad instalada y resolutive con la que cuentan para la atención adecuada de los lesionados y enfermos graves, salvando la vida mediante una atención oportuna y eficaz, que dependerá de la organización desarrollada previamente en cada institución, pero sobre todo en los servicios de urgencia que es la sala de ingreso al hospital de los pacientes lesionados o graves.

Además los hospitales deben de estar preparados para poder enfrentar cualquier desastre interno, como amenaza de bomba, incendio, explosión o contaminación biológica entre otras, por lo que se hace indispensable contar con un plan de medidas en caso de desastre en el Estado de Jalisco.

La mayoría de los hospitales y donde brinda atención de urgencias están preparados para atender unos cuantos pacientes graves que se presentan de manera rutinaria, pero en caso de que se presenten estos casos por decenas, complicaría la funcionalidad y la capacidad de respuesta a estas situaciones.

La planeación de medidas para dar respuesta en caso de desastre es una tarea que conlleva tiempo, y contamos con estructuras físicas, algunas veces con material y equipo y con recurso humano, factor más valioso con el cual debemos de establecer la corresponsabilidad para lograr con un sistema de respuesta adecuada y oportuna de manera integral a través de un plan que con las experiencias de diversos especialistas en diferentes disciplinas hacer frente al problema y estar en condiciones de elaborar dicho programa de trabajo.

2. Justificación.

En los últimos 20 años, México ha experimentado 75 desastres de magnitud significativa, los cuales han causado alrededor de 10,000 muertes y centenas de miles de damnificados, los daños directos calculados en el mismo lapso alcanzan 9'600 millones de dólares con un monto medio anual de cerca de 500 millones de dólares. Si se añaden los efectos indirectos de los desastres es decir la interrupción de flujos de producción de bienes y servicios, habría que agregar como mínimo, 200 millones de dólares anuales.

En el Estado de Jalisco esta problemática es muy similar, eventos como las explosiones la calle de Sierra Morena en Guadalajara en el año de 1983 y las del 22 de abril en 1992, incendios forestales en algunas regiones principalmente las cercanas a la ciudad de Guadalajara inundaciones por desbordamientos de presas deslaves de cerros y los ciclones en la zona de la costa plantea accidentes automovilísticos en carretera entre otros, generan un escenario complejo y con diferentes aristas en su abordaje.

Bajo este contexto la vulnerabilidad social juega un papel determinante en función de la respuesta organizada que se genere ante un imponderable de esta magnitud, ya que esta capacidad de una respuesta oportuna determinará la limitación de los daños que puedan producir y las variables como la organización, condiciones sociales, económicas y políticas deberán ser tomadas como parte del abordaje de la problemática.

En base a lo anterior resulta necesario fortalecer la articulación interinstitucional e intersectorial coordinados, y realizando acciones preventivas y su caso de control de los efectos causados por los desastres naturales y provocados por el hombre.

3. Objetivos.

3.1. Objetivo General.

Establecer un programa operativo, preventivo y de control de los desastres naturales y provocados por el hombre, que involucre a los sectores de la sociedad, el público privado y social.

3.2 Objetivos Específicos.

Determinar las principales zonas de riesgo de eventos naturales y provocadas por el hombre en el Estado de Jalisco.

Establecer una coordinación sectorial e interinstitucional en caso de desastres.

Definir la capacidad instalada y resolutive de cada centro de atención de Urgencias.

Determinar capacidad de apoyo en recursos humanos y material en caso de desastres

Realizar un catalogo por regiones sanitarias de los desatares más comunes y frecuentes en el Estado de Jalisco

Fortalecer los programas operativos y de control en situaciones de desastres en instituciones y dependencias de gobierno.

Capacitar al personal operativo sobre funciones preventivas y de control en casos de desastres.

Realizar campañas de orientación y alerta a la población civil previos a los temporales considerados de riesgo para desastres.

4- Estrategias y Acciones.

Actualización del mapa de riesgos de las diferentes regiones que conforman el estado de Jalisco.

Implementar en los Centros Hospitalarios de Atención de Urgencias acciones concretas de prevención en la mitigación de riesgos y en su caso la atención de victimas en casos donde ya ocurrieron desastres.

Lograr que las Unidades Hospitalarias de Atención de Urgencias mantengan las condiciones óptimos en los aspectos estructural, no estructural y organizacional para otorgar una atención medica eficaz y oportuna a los pacientes, sus familiares el personal, y a la comunidad antes, durante y después de la presentación de situaciones de contingencias por desastres.

Crear una red en la comunidad médica y personal de salud a través de la capacitación que promueva una cultura de prevención de desastres, y en caso de que estos ocurran estar preparados para atender a las urgencias que se presenten con motivo de los mismos.

Rehabilitación, Seguimiento.

Crear un directorio de la Red Hospitalaria Estatal de Urgencias por Jurisdicciones y que integre los Hospitales Públicos Sociales y Privados. (Estructura, capacidad instalada y resolutive, Clasificación de Centros Hospitalarios de atención). Actualizando el directorio para su registro.

Crear un modelo de Atención de Urgencias en caso de Desastres en Jalisco.

Investigar y recopilar la información de los desastres naturales y provocados por el hombre que se han presentado en el estado y la población afectada.

5. Metas.

Establecer la Coordinación del Plan Estatal de Prevención y Control de la Atención Médica en Caso de Desastres.

Organización y coordinación del 100 % de las Instituciones de Salud, Públicas, Privadas y Sociales por niveles que proporcionen Atención Médica de Urgencias en el estado de Jalisco

Elaboración actualización de un Mapa Estatal de Riegos.

Establecer en el 100 % de las Instituciones Protocolos de Respuesta Prehospitalaria y Hospitalaria en Casos de Desastres (Comités Técnicos Prehospitalarios y de Atención Médica Hospitalaria en casos de Desastres).

Definir la capacidad de respuestas en el 100 % de las Instituciones de de Salud de acuerdo a su capacidad instalada y resolutive.

Capacitar el 100 % del personal operativo en salud de cada Institución en funciones preventivas y de control en casos de desastres.

Realización de campañas informativas permanentes en prensa radio, TV, ya través pósters y trípticos, del antes , durante y después de diferentes escenarios de desastre de acuerdo a su zona de riesgo.

7-. Evaluación del proyecto.

Tasa de mortalidad en desastres

Tasa de morbilidad en desastres

Número de instituciones integradas al sistema de organización de prevención y control de los desastres.

Número de instituciones integradas funcionando al sistema de organización de prevención y control de los desastres.

Número de personas capacitadas por institución de acuerdo a su estructura y capacidad resolutive.

Número de mapas riesgo regionales elaborados sobre los programados.

Número de Comités Técnicos de Seguridad formados sobre número de instituciones integradas a la coordinación.

Numero de Comité Técnicos funcionando sobre número de Comités formados.

Número de campañas preventivas programadas sobre el número de campañas preventivas realizadas.

Bibliografía.

PLANEAMIENTO HOSPITALARIO PARA DESASTRES

Editorial HARLA

Autor P.E.A Savage

1989.

PLANHCADE

Editorial Mundo Médico

Autor J. Cymet

2000.

MANUAL DE LA ATENCION DE SALUD MENTAL PARA VICTIMAS DE DESASTRES

Editorial HARLA

Autor Raquel F. Cohen

Frederik I. Ahearn Jr.

1989.

Anexos.

Anexo 1.

ZONAS DE RIESGO DE DESASTRES POR JURISDICCION EN EL ESTADO DE JALISCO.

En el estado de Jalisco estamos recopilando la información de zonas de riesgo por jurisdicción sanitaria, obteniendo información inicial de la fuente de registro de las Regiones Sanitarias del Estado.

Región Sanitaria: No I Colotlán

Lugares	Municipios Afectados	No. Población afectada
Presas		
Huejucar	Huejucar	2 000
Huejuquilla Rey	Huejuquilla	5 000
Incendios		
	Totatiche	5 655
	Huejucar	6 408
	Santa María	3 704
	Huejuquilla	7 887
	Mexquitic	7 000
	Bolaños	4 444
	Vila Guerrero	4 000
Ríos		
Colotlán	Colotlán	3 000
Huejucar	Huejucar	2 500
	Santa María	1 500
Mexquitic	Mexquitic	2 000
Huejuquilla	Huejuquilla	2 000
Bolaños	Chimaltitlán	1 500
	San Martín	1 500
Derrumbes		
	Villa Guerrero	2 500
	Chimaltitlán	1 800
	Bolaños	1 600
	San Martín	1 500

Región Sanitaria: No. II Lagos de Moreno

Lugares	Municipios afectados	No. Población afectada
Presas		
La Saucedá	Lagos de Moreno Zona sureste de la ciudad	10,000
Presa del 40	Lagos de Moreno	20,000
Sal si puedes	Lagos de Moreno	20,000
Ríos		
Río Lagos	Lagos de Moreno	20,000

**Región Sanitaria: No. III
Tepatitlán de Morelos**

Lugares	Municipios afectados	No. Población afectada
Presas		
Valle de Guadalupe	Valle de Guadalupe	5,000
Yahualica de González Gallo	Yahualica	20,000
Ríos		
Río Arandas	Arandas	10,000
Valle de Guadalupe	Valle de Guadalupe	5,000

Región Sanitaria: No. IV La Barca

Lugares	Municipios afectados	No. Población afectada
Presas		
San Onofre	Ayotlán	10 000
Zapotlán del Rey	Zapotlán del rey	6 000
La Arcina	La Barca	10 000
San Juan Tecomate	Poncitlán	6 000
Ríos		
Sula y Lerma	La Barca Ocotlán Jamay	10 000 10 000 5 000
Tornados o culebrillas		
	Rivera de Chapala Poncitlán	5000 5 000
Derrumbes		
	Poncitlán Chalpicote Agua Caliente La Zapotera Mezcala San Pedro	5 000

Región Sanitaria: No. V Tamazula

Lugares	Municipios afectados	No. Población afectada
Presas		
El tulillo Arroyo	El tulillo	600
Represa Tamazula	Tamazula cabecera municipal	5 000
Ríos		
Tamazula	Tamazula cabecera municipal	2 000
Incendios		
	Mazamitla La manzanilla	11 000 3 000
Zona sísmica		
	Toda la Región Sanitaria	123 453

Región Sanitaria: VI Ciudad Guzmán

Lugares	Municipios afectados	No. Población afectada
Presas		
El tulillo Arroyo	El tulillo	600
Represa Tamazula	Tamazula cabecera municipal	5 000
Ríos		
Tamazula	Tamazula cabecera municipal	2 000
Incendios		
	Mazamitla	11 000
	La manzanilla	3 000
Zona sísmica		
Volcán de Colima	Toda la Región Sanitaria	123 453

Región Sanitaria : No. VII Autlán

Lugares	Municipios afectados	No. Población afectada
Ríos		
Marabasco	Cihutlán	23 000
Arroyo del aguacate	Melaque Villa Obregón	6 000 3 000
Purificación	La huerta Villa Purificación	10 000 3 000
El Chico	Casimiro Castillo	3 000
Chacala	Cuatlitlán	7 000
Arrollo de la caja Arrollo Cuajinque	Autlán	20 000
Tonaya	Tonaya	1 500
Tuzcacuesco	Tuzcacuesco	3 000
Ayuquila	El Grullo Unión de Tula	3 000 3 000
La Naranjena	Casimiro Castillo	3 000
Zona sísmica		
	Autlán El Grullo El Limón Tuxcacuesco Tonaya	140 000
Huracanes		
	Localidades Chamela Punta Perla Tenacatita La Manzanilla Barra de navidad Melaque	1000 1000 1 500 1 000 6 000 6 000

Región Sanitaria: No. VIII Puerto Vallarta

Lugares	Municipios afectados	No. Población afectada
Ríos		
Ameca	Vallarta cabecera municipal Las juntas Ixtapa La desembocada	30 000
Pitillal	Vallarta Cabecera Municipal Pitillal	10 000
Tomatlán	Tomatlán	20 000
Huracanes		
	Vallarta Cabo corrientes Tomatlán	30 000

Región Sanitaria: No. IX Ameca

Lugares	Municipios afectados	No. Población afectada
Presas		
La Vega	Teouchitlán San Martín	12 500
El Tezcalame	Ameca Localidad el Tezcalame	1 200
Fallas geológica		
	Ameca cabecera municipal 2 Km.	2 000

Región Sanitaria: No. X Hidalgo Zapopan

Lugares	Municipios afectados	No. Población afectada
Incendios Forestales		
Zona Pacana		2,145
Zona Tala		36,627
Zona Navajas		2,145
Zona La Venta del Astillero		8,853
Zona Santa María del Pueblito		65,711
Inundaciones		
Zona Pacana		2,145
Zona Tala		36,627
Zona el Refugio		5,866
Zona Col. Indígena		15,747
Zona Nuevo Vergel		
Zona Lomas de Tabachines		13,578
Zona La Martinica		11,626
Zona Balcones de la Cantera		11,625
Zona Venta del Astillero		14,659
Zona el Zapote		8,853
Zona el Colli		
Zona Loma Bonita		53,332
Zona Francisco Sarabia		72,247
Zona Santa Ana Tepetitlán		97,411
Zona Francisco Sarabia		31,570
		20,569
		9,917

Fabricas de Riesgos		
Zona Amatitán		9,555
Zona Santa Cruz del Astillero		2,540
Zona Pacana		2,145
Zona Tala*		36,627
Zona San Isidro Zapopan		2,553
Zona Mesa Colorada		25,657
Zona Benito Juárez		
Zona Zapopan Norte II		21,579
Zona La Venta del Astillero		153,940
Zona San Juan de Ocotán		8,853
Zona Santa María del Pueblito		26,269
Zona El Zapote		65,711
Zona El Colli		
Zona Francisco Sarabia		53,332
Zona Santa Ana Tepetitlán		72,247
		31,570
		20,569

Región Sanitaria: No. XI Libertad Tonalá.

Lugares	Municipios afectados	No. Población afectada
Inundaciones		
Zona Metropolitana	Parque de la solidaridad	5 000
Río Cuenca del ahogado	Tonalá Col. Emiliano Zapata Col. Santa Paula El Vado Cuenca del ahogado Jauja	16 000
Zona metropolitana	Tonalá Col. Jalisco	6 000
Río Zapotlanejo	Zapotlanejo	10 000
Derrumbes		
Zona de la Barranca	Ixtlahuacán Localidades: Mazcuala Las trancas Santo Domingo Huentitán San Cristóbal	5 000
Zapotlanejo	Zapotlanejo Col. Periferia Localidades La Providencia La Arenda Joya Camino	2 000

Región Sanitaria: No. XII Reforma Tlaquepaque

Lugares	Municipios afectados	No. Población afectada
Presas		
Las Pintas	Tlaquepaque Las Pintas	9,500
Inundaciones		
	Tlaquepaque Juan de la Barrera El Salto Huizachera San José del 15	25,800
Fabricas de riesgo		
3 Fabricas (2 Pendientes del Salto)	1-. Atequiza CEITEC (Fabrica de Químicos)	10 000
PEMEX	El Salto-La Nogalera	50 000

Región Sanitaria: No. XIII Juárez Tlajomulco

Lugares	Municipios afectados	No. Población afectada
Presas		
Presa la Tuza	Villa Corona	16,334
	San Martín	
El molino	Jocotepec	37,823
Presa Cerro Viejo	Las Trojes Jocotepec	57,823
Inundaciones		
Nicolás R. Casillas	Tlajomulco de Zúñiga	124,029
San Sebastián		
Santa Cruz del Valle		
Fabricas de riesgo		
Empresa Limpiadora de tanques	Buena vista, Tlajomulco de Zúñiga.	124,029
Gasolinera Santa Cruz de la Flores	Tlajomulco de Zúñiga.	124,027
Zona Industrial (Echeverría)		

Lagunas		
Cajititlán	Tlajomulco de Zúñiga	124,029
El salitre (lago de Chapala)	Jocotepec	37,823
San Cristóbal Zapotitán (lago de Chapala)		
San Pedro Tesistán (lago de Chapala)		
Laguna Valencia Atotonilco	Villa corona Villa corona	16,334
Arroyo		
San Luciano	Jocotepec	37,823
El Sauz		
San Juan Cozalá		
San Luis Soyatlán	Tuxcueca	5,585
Ríos		
Zapotitlán de Hidalgo	Jocotepec	37,823
Tecuán	Tizapán	20,032
	Villa Corona	16,334
	Tuxcueca	5,585
Derrumbes		
Polanquito		
Cerro Tepehua	Chapala	44,696
Cruz de san Miguel		
Vía de Tren		
Tecuán	Villa Corona	16,334

ANEXO II.

**COMITÉ DE SEGURIDAD Y ATENCION MÉDICA
EN CASOS DE DESASTRE**

V. COMITÉ DE SEGURIDAD Y ATENCIÓN MÉDICA EN CASOS DE DESASTRE

Introducción

La República Mexicana por su situación geográfica, se encuentra ubicada en una zona en la que anualmente se presentan fenómenos naturales hidrometeorológicos y en menor frecuencia tectónicos, que le generan graves daños por la pérdida de vidas humanas, afectación en el patrimonio y la salud de los habitantes. A éstos, se suman los provocados accidentalmente por el hombre que frecuentemente adquieren grandes proporciones.

Las unidades de salud deben estar preparadas para enfrentar situaciones repentinas de contingencias por desastres. Algunos acontecimientos del pasado reciente, demostraron su vulnerabilidad y sufrieron graves daños, consecuentemente se hizo necesario implementar acciones inmediatas para responder a la situación de emergencia.

Por ejemplo durante los sismos de 1985 en el Distrito Federal, perdieron la vida 1,107 personas en las instalaciones hospitalarias, se afectó la estructura arquitectónica de 13 hospitales, 3 se colapsaron y 10 presentaron daños que impidieron su funcionamiento, ocasionando la desaparición en menos de dos minutos de 5,139 camas censables ubicadas en unidades hospitalarias de alto nivel resolutivo, como lo reportan los Informes Oficiales.

Por los cambios climáticos, en los últimos años se ha registrado la presencia de huracanes con gran poder destructivo que han ocasionado intensas lluvias y el desbordamiento de los ríos, provocando inundaciones y graves daños a las comunidades, incluyendo las instalaciones de salud y dejando un fuerte saldo en defunciones, heridos y damnificados de varias Entidades Federativas.

Las anteriores situaciones hacen necesario establecer una planeación en los hospitales para enfrentar estados de emergencia, definir los criterios para el diseño médico arquitectónico de las futuras instalaciones de salud y realizar el acondicionamiento de las ya existentes, que permita ofrecer niveles de seguridad a sus trabajadores e incrementa la confianza de la población en su funcionamiento durante la presencia de situaciones de contingencias, tal y como lo tiene previsto el Acuerdo Secretarial Número 132 por el que se Ordena la Creación de Comités Hospitalarios de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastre, con base en el Decreto por el que se aprueba el Programa de Protección Civil.

Ante los cada vez más frecuentes estados de emergencia por los que atraviesan las unidades médicas, la OMS-OPS a partir de 1996 conformó un Comité Internacional de Expertos, que emitieron lineamientos para el diseño de un Plan de Contingencias para estos casos y conforme a la situación particular alcanzada en cada estado, se pueda validar la seguridad de las instalaciones hospitalarias y otorgar un reconocimiento de "Hospital Seguro", basado en los estudios de vulnerabilidad estructural, no estructural y de organización. En el mismo año en nuestro país, se conformó una Comisión de Dictamen integrada por representantes del CENAPRED, SSA, Protección Civil, universidades y escuelas de educación superior, ISSSTE, IMSS, DDF, PEMEX, Colegios de Ingenieros y Arquitectos.

Por ley, es necesario replicar esta estructura en el ámbito estatal para integrar la Comisión de Desastres del Estado con la representación de esas instituciones o sus equivalentes y efectuar la validación de "Hospital Seguro" y realizar la verificación, la cual debe ser ejecutada mediante el levantamiento de Acta Administrativa.

Definición

El Comité de Seguridad y Atención Médica en casos de Desastre es el responsable de planear las acciones a desarrollar para el óptimo funcionamiento de la unidad hospitalaria y responder a la comunidad ante un estado de contingencia propiciado por un desastre natural o accidente ocurrido dentro del área de responsabilidad, de apoyo a otra unidad dañada e incluso una situación interna dentro de la unidad, que esté condicionando un fenómeno que pueda rebasar su capacidad habitual de atención.

El Comité debe identificar los factores de riesgo en el área de influencia, vigilar las condiciones de seguridad de las áreas de trabajo, e implementar los planes de contingencia para enfrentar situaciones de desastre, organizando la atención médica oportuna y aplicando las medidas necesarias para mitigar los daños a la salud de la población

Dentro del Plan de Contingencias, debe señalarse claramente la coordinación de actividades que se desarrollen antes, durante y después de la contingencia, tanto en la comunidad, como con otros grupos o Comités de Protección Civil.

2. Objetivo

Lograr que la unidad hospitalaria mantenga las condiciones óptimas en los aspectos estructural, no estructural y organizacional, para otorgar atención médica eficaz y oportuna a los pacientes, al personal y a la comunidad, antes, durante y posteriores a la presentación de situaciones de contingencias por desastres.

Organización

La Comisión Estatal de Desastres se debe reunir cuatrimestralmente y mantener informado al Titular de los Servicios Estatales de Salud sobre su desempeño y validación de los hospitales que así lo hayan demostrado.

El Comité Técnico Hospitalario de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastres debe instalarse en todas las unidades de Segundo Nivel de Atención de la Secretaría de Salud.

Integración del Comité

Presidente: Director de la Unidad.

Coordinador: Subdirector Médico en hospitales de 60 camas y más.

Jefe de Hospitalización y Enseñanza en hospitales de menos de 60 camas.

Secretario: Subdirector Administrativo o Administrador.

Vocales: Responsables de: los Servicios de Atención Médica, Urgencias, Jefe de los Servicios o Responsable de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, Jefe de Enfermería, Jefe de Trabajo Social, Jefe de Residentes y Jefe de Conservación y Mantenimiento, Jefe de la Jurisdicción Sanitaria.

Otros Integrantes: Jefe del Departamento de Policía, Jefe del Departamento de Bomberos, Titular de las Damas Voluntarias, Responsable de la Asistencia Social local (Albergues).

En hospitales menores a 60 camas, los integrantes serán designados por el Director del Hospital.

Funciones

Del Comité:

Establecer el Plan de Contingencia para cada situación de desastre detectada en el área de influencia del hospital, integrando con los diferentes Planes de Contingencia elaborados, el Programa de Atención Hospitalaria en Casos de Desastre, haciéndolo del conocimiento de todo el personal.

Reunir información sobre la estructura y equipamiento de la unidad, detectar las zonas de riesgo y seguridad y establecer estrategias de acción para reforzar áreas críticas de estructura y de equipo y estar en condiciones de enfrentar desastres y emergencias de diferentes tipos.

Establecer las necesidades de equipamiento y suministros médicos, así como el apoyo logístico necesario para cada Plan de Contingencias.

Coordinar la participación social organizada de la comunidad, tanto de autoridades como con el voluntariado, para el apoyo ante una situación de desastre o emergencia.

Asignar dentro del Plan de Contingencias: Áreas apropiadas en la comunidad para la selección de pacientes (TRIAGE) y los accesos al hospital.

Asignar en el hospital la ubicación de los servicios para reanimación cardio respiratoria y cirugía de urgencia con personal calificado que permita resolver la demanda masiva, en el caso de aplicarse un Plan de Contingencia.

Asegurar el equipo necesario para la operación del Plan de Contingencia y establecer programas de verificación al funcionamiento del equipo fijo y de emergencia.

Vigilar que se lleve a cabo una adecuada coordinación entre el personal para que se realice por procedimientos la selección de pacientes, clasificación y traslado, con las unidades médicas incluidas en la referencia de pacientes según su Nivel resolutivo.

Definir con el Comité de Insumos las necesidades de equipamiento y suministros médicos, así como el apoyo logístico necesario para cada Plan de Contingencia.

Evaluar críticamente cada pasó aplicado en ejercicios de simulacro o de siniestro real, los resultados obtenidos a fin de estimar la situaciones imprevistas y corregir las deficiencias, dejando una memoria escrita que facilite a nuevos integrantes del Comité o funcionarios del hospital, el conocimiento de lo realizado.

Informar a las autoridades inmediatas el resultado de los simulacros, o la presencia de cualquier acontecimiento para que se prevea en la ejecución del Plan de Contingencias.

Difundir las Leyes, Reglamentos y NOM en el ámbito de su competencia y verificar su cumplimiento.

De los Miembros Integrantes del Comité:

Presidente:

Ser responsable de la instalación y funcionamiento del Comité.

Establecer los mecanismos de coordinación con instituciones de salud, desarrollo social, protección y vialidad para el apoyo al desempeño del Comité.

Definir la responsabilidad que a cada integrante del Comité le compete ante la presencia de una situación de contingencia.

Informar a las autoridades inmediatas y superiores la presencia de una eventual o real situación de contingencia.

Sancionar las sugerencias sobre las áreas prioritarias de investigación, que le presenten los vocales a cargo de comisiones especiales o unidades ejecutoras.

Coordinador:

Proponer al Presidente del Comité los asuntos a tratar y las estrategias para corregir las desviaciones detectadas.

Coordinar los trabajos generales del Comité y presentar una evaluación de las acciones desarrolladas por las comisiones o subgrupos de trabajo que son coordinadas por los Vocales.

Vigilar el adecuado funcionamiento del Comité.

Mantener actualizado un Catálogo con las Instituciones de Salud y de Asistencia Social para apoyo en situaciones de contingencia.

Informar al Presidente del Comité la posibilidad de ocurrencia de un evento para la aplicación del Plan de Contingencia

Participar activamente en la coordinación y aplicación del programa de atención hospitalaria en casos de desastre, durante simulacros o situaciones de contingencia.

Secretario:

Estructurar un directorio con los nombres de los integrantes del Comité, por turno; así como de los apoyos externos .

Verificar se cumpla con la capacitación permanente de todo el personal y notificarlo al Comité.

Vigilar la ejecución de los ejercicios de simulacro y preparar una evaluación de sus resultados para presentarla al Comité.

Integrar y mantener actualizado el archivo estadístico y documental correspondiente.

Elaborar el acta de cada sesión definiendo el nivel de responsabilidad y tiempo de conclusión.

Vocales:

Participar en forma rotatoria en la selección de casos o situaciones específicas que se deben revisar: Comisiones, responsabilidad de personas, servicios o jefaturas y logística de insumos.

Participar en: la discusión de estrategias, las acciones, los criterios y procedimientos para la aplicación de los planes de contingencia y su evaluación.

Aplicar la metodología que permita un análisis objetivo y la revisión sistemática de los planes de contingencia que establezca el Comité.

Opinar sobre la factibilidad y oportunidad de las acciones a realizar para reducir las desviaciones detectadas.

Vigilar exista un directorio y el Programa Hospitalario de Atención Médica en casos de Desastre en cada servicio del hospital y a disposición del personal, de todos los turnos.

Verificar que existan señalamientos de zonas de seguridad y rutas de evacuación, así como de clasificación de pacientes.

Participar activamente en la planeación, ejecución y evaluación de ejercicios de simulacro por diferentes causas o después de haber vivido una experiencia real.

Informar al personal los resultados obtenidos con su participación.

Elaborar los informes que solicite expresamente el Comité.

Contar con los planos del establecimiento, relación del equipo de emergencia, así como el nombre y teléfono del personal responsable de verificar y operar su correcto funcionamiento ante una situación de contingencia.

4.- Operación

El Comité de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastre fue dado a conocer y puesto en operación desde 1997. Se ha actualizado y enriquecido con las sugerencias de Directivos de Hospitales de la Secretaría de Salud y expertos en la materia, que participaron en dos seminarios-taller que se efectuaron en 1998 y 1999.

El tipo de desastre que un hospital debe enfrentar, depende de los riesgos geológicos, hidrometeorológicos, socio-demográficos, físico-químicos y sanitarios presentes en el área de influencia. La proximidad de carreteras importantes, vías ferroviarias, aeropuertos, muelles, las características de la industria local, o los aspectos sociales y demográficos (amenaza de bomba en grandes urbes o la aparición de vándalos o guerrillas), son factores que constituyen situaciones de riesgo potencial de importante magnitud, además de los que pudieran presentarse dentro del propio establecimiento de salud, como incendio, inundación, explosión, derrame de sustancias químicas, etc.

La planeación metodológica de medidas que deben ser puestas en práctica, la coordinación intrahospitalaria, la clara definición de funciones, la capacitación del personal, la ejecución de simulacros y su evaluación, son los elementos básicos que asegurarán la prestación de una atención médica en forma eficaz y oportuna a los pacientes. al personal y a la comunidad. en cada una de estas

Para alcanzar niveles de seguridad y preparación óptimos que permitan que el hospital permanezca en funcionamiento durante y después de la ocurrencia de un estado de contingencia, es necesario llevar a cabo una serie de pasos previos que permitan: el diagnóstico de los factores de riesgo existentes, elaborar los planes de contingencia específicos para cada factor y la integración final del programa de atención hospitalaria en casos de desastre.

Para lograrlo, es necesario realizar las siguientes acciones:

Diagnóstico situacional tanto del hospital como de su área de influencia, que permita identificar los riesgos internos y externos, así como la estimación de posibles situaciones críticas, debilidad o amenaza (Vulnerabilidad estructural), que limiten la capacidad de respuesta del hospital ante algunos factores de riesgo.

Para ello, podrá consultarse información en Internet sobre la situación climática que reporta el Centro Nacional de Prevención de Desastres: <http://www.cenapred.unam.mx/>; o el Servicio Meteorológico Nacional: <http://smn.cna.gob.mx/>, con el propósito de anticiparse a situaciones potenciales de contingencia ambiental.

En el caso de que la unidad hospitalaria no cuente con esta tecnología, podrá establecer coordinación con la Comisión Federal de Electricidad local, para mantenerse informado sobre las variaciones climáticas que sugieran amenaza por fenómenos hidrometeorológicos.

Estudios específicos de aspectos Estructurales y No Estructurales del Hospital, definiendo los servicios que deben operar durante una contingencia.

Organización de las acciones presentadas en cada Plan de Contingencia, para los riesgos internos y externos detectados, destacando las acciones, los aspectos de coordinación y la participación de los responsables; en forma sistematizada, plasmados en el Programa de Atención Hospitalaria en Casos de Desastre.

Elaborar el Directorio de los miembros del Comité y apoyos externos y mantenerlo en lugar accesible, para localización inmediata de sus integrantes, en cualquier situación de emergencia.

Integrar y coordinar comisiones o unidades ejecutoras que apoyan al Comité en los aspectos: estructural, no estructural y organizacional.

En lugares en donde existan, es deseable que participen representantes de los Colegios de Arquitectos, Ingenieros Civiles e Ingenieros Electromecánicos, personal de Universidades e Institutos Tecnológicos, de PEMEX, del DIF, de la Secretaría de la Defensa y/o Secretaría de Marina, así como de los Departamentos de Construcción y Conservación de la SSA, del IMSS o del ISSSTE, de los Bomberos, Autoridades Municipales y otros que se consideren necesarios para resolver la problemática de salud y social con los damnificados.

Mantener actualizado el inventario del equipo de soporte general del establecimiento y del equipo y mobiliario médico del hospital que sea indispensable o que represente un riesgo para los usuarios, en casos de desastre.

Elaborar un Directorio de Unidades de Salud que puedan realizar acciones de acuerdo con su nivel resolutivo, así como de otras instituciones que puedan participar en tareas diversas mientras dure la situación de emergencia, como: bomberos, carros cisterna, trascabos o equipo pesado para construcción, laboratorios privados, compañía de luz, bodegas para abasto de insumos y alimentos, contenedores para la eliminación de residuos biológicos, clubes sociales o de asistencia social que por sus espacios o instalaciones, permitan establecer albergues o áreas de extensión para la atención hospitalaria y los demás que se consideren necesarios.

Establecer las necesidades de equipamiento y suministros médicos, así como el apoyo logístico necesario en cada plan de contingencia.

Definir un representante dentro de los Vocales que coordine la participación social organizada en torno al hospital, después de un desastre o emergencia.

Definir las áreas apropiadas en la comunidad para la selección de pacientes (TRIAGE) los accesos al hospital y dentro del hospital, la ubicación de los servicios para reanimación cardio respiratoria y cirugía de urgencia con personal calificado que permita resolver la demanda masiva.

Dentro de los ejercicios de simulacro, desarrollar acciones de coordinación entre el personal para que se realice por procedimientos la selección de pacientes, clasificación y traslado, a las unidades médicas, incluidas en la Red Hospitalaria de Referencia de pacientes según su nivel resolutivo.

Debe evaluarse cada uno de los procedimientos aplicados en los ejercicios de simulacro o de siniestro real, que retroalimente el Plan de Contingencias, que permita estimar las situaciones imprevistas y corregir las deficiencias.

El Comité Técnico Hospitalario de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastres debe reunirse como mínimo cada dos meses a efecto de analizar su estructura y organización conforme a los lineamientos, previamente a la época de presentación de los fenómenos hidrometeorológicos y realizar ejercicios de simulacro al menos dos veces al año, para enfrentar los factores de riesgo que por frecuencia pudieran presentarse.

El Comité de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastre del Hospital, debe coordinarse con la Comisión en las Entidades Federativas, señalada en la introducción, para solicitar la "Certificación de Hospital Seguro".

A continuación se describen los factores que son considerados para validar a una unidad hospitalaria, como "Hospital Seguro":

Analizar en la zona los factores condicionantes de vulnerabilidad (Estimación de la amenaza):

Fenómenos geológicos: sismos, hundimientos o desplazamientos de tierra.

Para conocer el riesgo de sismos, habrá que ubicar el área en los mapas sismológicos específicos, verificando si la localidad se encuentra dentro de las zonas identificadas como de riesgo en desplazamientos orogénicos, estimar el grado de intensidad máxima y los posibles efectos locales.

Estos Mapas están basados en antecedentes históricos. Si la información científica histórica para la zona donde se encuentra localizado el hospital está sistematizada, será posible incluso definir los posibles desplazamientos esperados del suelo y los espectros de diseño requeridos para el área.

Cuando no existan antecedentes, se debe buscar información general contenida en el Proyecto de Norma Oficial Mexicana que establece la Infraestructura y Equipamiento de los Hospitales, en los ordenamientos de construcción estatales o locales y otros que sean aplicables y que permitan apoyar el estudio de seguridad del hospital. Existen elementos disponibles en la Dirección General de Conservación y Equipamiento de la Secretaría de Salud.

En el caso de inundaciones, huracanes y otros fenómenos naturales: es necesario tomar en cuenta la época del año en que se incrementa el riesgo de aparición de estos fenómenos; el grado de posible afectación del inmueble, señalando claramente las áreas de mayor riesgo, para determinar aquellas acciones que permitan a corto plazo llevar a cabo su reubicación y continuar trabajando aún durante la contingencia en las áreas auxiliares implementadas.

A mediano plazo se deben incluir, en los instrumentos programáticos institucionales establecidos, (PEMISPA y POA en la SSA), las acciones y presupuesto necesario para el reforzamiento de las estructuras consideradas de riesgo para conseguir un "Hospital Seguro".

En el caso de: accidentes provocados involuntariamente por el hombre, como incendios, derrame o dispersión de sustancias tóxicas, ruptura de ductos, accidentes carreteros, ferroviarios, de aviación; sociales (amenazas de bomba, motines, guerrilla, etc.), en los que el hospital repentinamente puede quedar involucrado y tiene que dar respuesta a la demanda de atención a pesar del estado de emergencia, es necesario solicitar información y ayuda del personal experto en la materia (Bomberos, Cruz Roja, Policía o Ejército), a fin de estimar el tipo de daños tanto a la estructura del hospital como a la salud de empleados y pacientes, que es posible esperar de cada uno de los riesgos detectados y así establecer las acciones específicas que ayuden a prevenir la amenaza, o limitar los daños, definiendo las acciones que se deben realizar, los elementos que deben participar y los requerimientos específicos de la organización interna y de la coordinación externa que le permitan alcanzar el máximo de eficiencia, en la respuesta ante estas situaciones.

También deben definirse técnicamente las condiciones de vida útil del edificio hospitalario y la capacidad real de respuesta ante la posibilidad de enfrentar las diferentes situaciones de emergencias y desastres detectadas; así como las necesidades de sensibilización y capacitación para que el personal participe en forma comprometida para limitar el daño.

Medición de la Seguridad Estructural.

Los hospitales deberán ser analizados de acuerdo a una Evaluación Estructural, completa y específica, hasta plantear en caso necesario las etapas para su reforzamiento o adecuación respecto a las regulaciones vigentes en la región o el Estado y de acuerdo a la normatividad vigente emitida por la Dirección General de Obras, Conservación y Equipamiento de la SSA y que debe incluir los procedimientos siguientes:

Planos arquitectónicos, estructurales, estudios de mecánica de suelos, tipo de acabados e instalaciones electromecánicas, hidráulicas y de fluidos, para determinar el grado de riesgo de cada una de ellas.

Trabajo de campo para completar planos y verificar si la construcción se realizó de acuerdo a los planos.

Estudios de materiales: Aquellos que los peritos determinen necesarios dentro del estudio técnico.

Estudio mediante Modelos matemáticos: SAP 90, SuperEtabs, o el que corresponda, dependiendo de la tipología sísmoresistente aplicable a las características constructivas del hospital (apoyarse en el Colegio de Ingenieros de la Entidad).

Dependiendo de los hallazgos, se debe solicitar se elabore el Anteproyecto de Reforzamiento de Componentes Estructurales y No Estructurales y analizar su factibilidad considerando el personal del hospital y sus recursos, o mediante su inclusión en el PEMISPA y en el POA, para realizarlo en una o varias etapas de acuerdo a los costos.

Con base en el estudio realizado y después del análisis de la evaluación de vulnerabilidad estructural del Hospital, se establecen las prioridades y se emite la propuesta de intervención integral y/o por etapas, que deberá apegarse a la normatividad para mejorar su comportamiento ante los diversos factores de riesgo detectados.

Medición de la Seguridad No Estructural

Las acciones tomadas por el Comité del Hospital, para la reducción de su vulnerabilidad no estructural deben ser de acuerdo al siguiente procedimiento y las regulaciones vigentes:

Evaluación cualitativa de vulnerabilidad no estructural.

Se debe revisar con detalle el estado de funcionamiento y ubicación de los equipos, e instalaciones electromecánicas, los elementos arquitectónicos requeridos para su instalación y operación, así como sus soportes y anclajes, en particular en las áreas de Radiología, Urgencias, Cuidados Intensivos, Salas de Cirugía, dando prioridad a aquellos que son de soporte vital y necesarios para la atención de pacientes en caso de desastre. Es preciso revisar y/o establecer las vías de escape, la señalización, el equipo indispensable para emergencias (extinguidores, mangueras, hachas y otros) en todas las áreas del hospital.

Formulación de una estrategia de reducción de Vulnerabilidad No Estructural.

Establecer las alternativas de solución inmediata para cada situación crítica encontrada y de solución a mediano plazo, cuando sea indispensable la asignación de recursos extraordinarios para su ejecución, planteando a la autoridad correspondiente la situación a fin de incluirlo en el Presupuesto de Operación Anual o en el PEMISPA para el caso de la SSA.

Se deben determinar áreas alternas confiables en las que se pueda realizar la atención médica en caso de que las propias del hospital resultaran afectadas por los problemas no estructurales.

Criterios de organización para la atención médica en situaciones de desastre

Organización

Las actividades básicas se concentran en 3 líneas de acción para los casos de desastre: Fase Previa, Fase de Contingencia y Fase Posterior al desastre. En los planes de contingencia se deben separar las acciones que correspondan a cada una y vigilar permanentemente su operabilidad.

Atención a las Víctimas

A nivel prehospitario, el equipo médico y paramédico designado para instalar el puesto de mando en la comunidad, evaluará la magnitud de los daños, establecerá la zona de TRIAGE desde donde se empezarán a canalizar a los pacientes de la comunidad que requieran atención médica, hacia los diferentes hospitales de la red, mediante las tarjetas de colores internacionalmente aceptadas, que permiten identificar la magnitud de los daños del paciente y la capacidad resolutive del hospital al que será enviada la víctima.

A nivel hospitalario se debe asegurar el acceso al área de clasificación preestablecida, para recibir a un número de pacientes mayor al habitual, que permita identificar su gravedad, seleccionar el tipo de atención médica o quirúrgica que requiere (TRIAGE). El proceso debe darse en función de la gravedad y las necesidades básicas de las víctimas.

En esta zona de TRIAGE interna, se identifica a los siniestrados que han sido enviados por: los diferentes puestos de selección externos, por otros hospitales, o que acuden en forma espontánea, los selecciona y clasifica por el tipo de daño y gravedad actual, cambiando las tarjetas con las que fueron enviadas de las áreas de clasificación externas, por las propias del hospital que permiten la referencia a los servicios de la unidad hospitalaria o de la red, que tenga la capacidad resolutive adecuada, para las condiciones detectadas en el paciente.

Coordinación de Acciones Médicas

Acceso, selección e identificación: Debe asegurarse el flujo de los siniestrados hasta las áreas de clasificación ubicadas tanto en la comunidad, como en el propio hospital, donde el equipo médico y paramédico selecciona a los pacientes y los deriva para su adecuado manejo.

En la atención a pacientes graves, se debe asegurar el soporte vital y su acceso a los tratamientos médico-quirúrgicos de urgencia que requieran.

En Hospitalización: Es necesario establecer los procedimientos para: el alta de los pacientes que estaban previamente internados y que puedan ser egresados, para facilitar el internamiento de siniestrados; la evacuación de las instalaciones en caso de daño y transferencia masiva de pacientes y personal médico y paramédico a otros hospitales de la red para que continúen apoyando en la atención médica.

Es preciso establecer un estricto Control de Ingresos y Egresos: Se debe capacitar al personal para establecer el control médico y administrativo de los ingresos y de los egresos masivos y urgentes; permitiendo una comunicación veraz confiable, rápida y expedita con familiares y autoridades civiles o militares.

Mantenimiento del Funcionamiento Hospitalario

El equipo integrado con personal institucional o voluntario encargado de verificar el mantenimiento, realizará actividades para atender los daños al hospital y sostener su funcionamiento durante la contingencia.

Seguridad: Atención de riesgos primarios de: Colapso, incendio, inundación, etc., control de ambiente y bienes.

Líneas Vitales

Evitar el colapso funcional por falta de: Energía eléctrica, agua potable, gases, alimentos, combustibles, comunicaciones y accesibilidad, principalmente en áreas donde se encuentren ubicados los servicios médicos que resulten críticos en caso de emergencia y desastre (Unidades quirúrgicas fijas o móviles, urgencias, UTI/UCI, laboratorios e imagenología). Establecer medios alternos que permitan en caso necesario trasladar a los equipos y al personal a otras áreas seguras previamente seleccionadas y continuar la atención de los pacientes.

Suministros

Establecer los mecanismos necesarios para soportar la demanda de recursos extraordinarios en situaciones de desastre, desde los medicamentos, material de curación, combustibles, procedimientos de emergencia para suministrar agua potable y alimentos para la población hospitalaria y la que se encuentra a su alrededor. Si fuera necesario, se deben prever mecanismos para la requisita de alimentos no perecederos con apoyo y mediante los procedimientos que las autoridades civiles y/o militares tengan previstos.

Dirección

Dirección y coordinación intra y extrahospitalaria durante la etapa de crisis. El grupo de comando responsable de las acciones, debe ser bien identificado mediante algún dispositivo por el personal y por la población.

Equipo de primer impacto

Lo integra el equipo multidisciplinario que esté de turno en el hospital y que ha recibido previamente capacitación para: Activar el plan de contingencia, para la localización del personal directivo, para disponer las medidas necesarias para la atención masiva de casos, evaluar las condiciones de operación del hospital y que permite la integración paulatina de otro personal responsable, que acude durante la contingencia y que va sumando esfuerzos.

Comunicación Social

Es imprescindible contar con personal capacitado para dar atención a los medios de comunicación, a los familiares de las víctimas, así como información permanente a las autoridades civiles y militares sobre los ingresos, egresos y condición de cada uno de los pacientes.

En el Anexo 11 se establecen los lineamientos para la atención en casos de desastre en el área de cobertura del hospital, así como las actividades a realizar si el siniestro ocurriera dentro de la unidad hospitalaria.

5. Información

El Presidente del Comité rendirá un informe detallado al Titular de los Servicios de Salud de la Entidad, con los resultados del cumplimiento de las funciones del Comité, así como de las medidas locales aplicadas, para su conocimiento y evaluación (Anexo 3).

Este reporte acompañado por la documentación que se requiera, se envía al Coordinador Estatal o responsable designado de la Atención Hospitalaria quien concentra, analiza y conforma los informes mensuales y cuatrimestrales (Anexo 4) de todas las unidades hospitalarias de la entidad.

El Secretario Estatal de Salud, enviará un resumen ejecutivo cuatrimestral a la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud, con los datos relevantes de las operaciones de este Comité de los hospitales de la entidad, señalando el nombre de los hospitales validados como “Hospital Seguro” de acuerdo al dictamen emitido por la Comisión de Desastres.

Enviará también el Reporte de la Comisión Estatal de Desastres al área correspondiente de Protección Civil sobre el desempeño de sus actividades con el nombre de los hospitales validados como “Hospital Seguro” de la entidad en los formatos que se tengan previstos y siguiendo las vías señaladas por esta entidad nacional.

ANEXO 11

PLAN DE ATENCIÓN MEDICA EN CASOS DE DESASTRE

Para diseñar un Plan de contingencia específico, que integre el programa de atención hospitalaria en casos de desastre interno o externo y que permita enfrentar las diferentes situaciones de emergencia ocasionadas por un desastre, se deben considerar tres fases de acción: la fase previa a la presentación de un siniestro, en las que se contemplan las actividades de planeación, difusión y capacitación, necesarias para la aplicación de uno de los Planes de Contingencia; la fase de desarrollo del estado de emergencia que contiene las actividades que se pondrán en práctica en el momento de la contingencia determinadas en ese Plan y por último la fase posterior al evento que señala aquellas actividades que son necesarias para volver al estado previo a la contingencia y que permiten evaluar los resultados alcanzados.

El propósito fundamental que se persigue con cada Plan de contingencia, es estar preparados contra amenazas específicas y mantener en óptimo funcionamiento los recursos humanos, físicos y tecnológicos de la unidad hospitalaria necesarios para su aplicación en el momento y después de la presentación del siniestro, mediante una coordinación de acciones metodológicas y sistemáticas, en donde todo el personal debe participar.

A. FASE PREVIA

Establecimiento del Comité de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastre.- Es a partir de esta acción donde se definen las autoridades responsables de cada acción, las funciones específicas por personal y por turno. Se elaboran las Tarjetas de Acción en las que se enlistan las actividades a realizar por cada integrante de la unidad o por cada servicio que participe de manera directa durante el estado de contingencia. Se procede a la capacitación de cada actor de acuerdo a las tarjetas; éstas se colocan en lugares accesibles para que en caso de emergencia sean tomadas por el personal y sigan las acciones que les corresponden.

Se debe establecer el diagnóstico de los riesgos Internos y externos que pueden ser ocasionados por fenómenos geológicos, hidro-meteorológicos, socio-demográficos, físico-químicos y sanitarios a los que está expuesta la unidad hospitalaria (en lo interno) y su zona de influencia (en lo externo). Para ello se recomienda marcar en un plano de la zona los puntos siguientes:

Vías de acceso al hospital directas, sus posibles condiciones de accesibilidad durante una emergencia, puntos vulnerables y las rutas alternas.

Áreas o servicios del hospital que deben tener las mejores condiciones de seguridad y la garantía de que contarán con energía eléctrica y los servicios necesarios durante una contingencia.

Identificar los factores que representen un riesgo potencial como industrias químicas, cableado, ductos y depósitos de petróleo, plantas nucleares, gasolineras, aeropuertos, carreteras y líneas ferroviarias, construcciones cercanas al mar, a ríos, lagunas, escuelas, mercados de abasto, vías rápidas de comunicación, cerros con riesgo de deslizamientos, etc.

Señalar los Servicios Públicos: Compañía de Teléfonos, de Electricidad, Delegación Política Municipal, Auxilio Vial, Policía, Bomberos, Protección Civil, etc.

Señalar en el mapa a los hospitales por grado de complejidad y capacidad resolutive y Centros de Salud, para establecer el sistema de referencia.

Señalizar las áreas designadas para funcionar como áreas de TRIAGE, o albergues temporales: Deportivos, escuelas, cines, iglesias, otros.

Designar dentro del hospital, áreas de expansión para la atención de un número masivo de víctimas. Se sugieren pasillos y salones cercanos al Servicio de Urgencias, o bien los Consultorios y la Sala de Espera de la Consulta Externa, gimnasios cubiertos o escuelas cercanas.

Elaborar listas con los insumos requeridos en cada plan de contingencia que incluyan el material, el equipo, instrumental y aparatos médicos, los medicamentos, los alimentos, la ropa, el equipo electromédico; de acuerdo a las necesidades y capacidad de expansión del hospital, a fin de que el Subdirector Administrativo se aboque a conseguirlos y mantenerlos listos para su uso cuando se requiera.

Es importante conocer la capacidad resolutive de la unidad y sus limitaciones, ya que para la selección de pacientes en el TRIAGE efectuado en la atención pre-hospitalaria (comunidad), se debe conocer el Código de Colores internacionalmente aprobado, con el que se identificará cada caso mediante tarjetas, para el envío al Hospital adecuado, ejemplo:

Hospital clasificado con el color Rojo: recibe pacientes con tarjetas de ese color, la unidad hospitalaria cuenta con infraestructura y capacidad resolutive de alta complejidad. Recibe pacientes en estado crítico pero con pronóstico favorable.

Hospital clasificado con el color Amarillo; recibe pacientes con tarjetas de ese color, cuenta con capacidad instalada que permita la atención de pacientes delicados pero con atención que razonablemente puede esperar, dispone de

equipo o servicio de terapia intermedia que le permite atender mediana complejidad. ejemplo traumatismos, fracturas, quemaduras de 2º grado, penetrados de vientre, etc.

Hospital clasificado con el color Verde: recibe pacientes con tarjetas de ese color, corresponde a capacidad instalada mínima, menos de 60 camas, servicios básicos. Recibe pacientes con lesiones mínimas o poco complicadas y condiciones estables.

Es necesario hacer señalizaciones de las rutas de evacuación dentro del hospital, así como de áreas de seguridad estructural y aledañas a las estructuras físicas del hospital.

Se debe elaborar un directorio con los números de teléfonos, de celulares y localizadores satelitales, de los miembros del Comité, elaborar otro con los directivos y especialidades de las instituciones que puedan brindar apoyo ante situaciones de gran magnitud o cuando la unidad se encuentre limitada. Estos deberán estar en un sitio identificable por todo el personal.

Centro de Mando

Se determinará el lugar adecuado para operar durante una situación de emergencia, un espacio amplio donde se pueda reunir el personal responsable de la planeación, organización y toma de decisiones. El Centro de Mando deberá contar con sistemas de telecomunicación: radio, teléfonos, fax y directorios actualizados de autoridades y dependencias, que le permitan estar en contacto permanente con las diferentes unidades de apoyo (Unidades de Salud, Estación de Bomberos, Carros Cisterna, equipo pesado de construcción y mecánicos, Protección Civil, Ejército o Armada entre otros).

El personal designado se encargará de planear las acciones inmediatas a realizar en los servicios claves, que en determinado momento van a permitir el ingreso y flujo de los pacientes lesionados que son referidos o acuden espontáneamente a solicitar atención. (Alta de pacientes que pueden concluir su convalecencia en su domicilio, suspensión de cirugía programada o electiva, etc.). Evitar tener bloqueados los accesos y pasillos que dificulten el libre tránsito de camillas y personal. Estos servicios son: el área de TRIAGE del Hospital que puede estar ubicada en el servicio de Urgencias, si este es amplio; la Unidad de Cuidados Intensivos, el Quirófano, Hospitalización, Auxiliares de Diagnóstico y Almacén. Se describen a continuación algunos aspectos importantes a considerar:

Urgencias

Será el primer contacto y filtro de los pacientes, de ahí la importancia de contemplar en la planeación la capacitación del personal en ATLS, el equipo y materiales indispensables para la solución de los problemas médico quirúrgicos que se presenten durante la emergencia. En este Servicio deberán identificarse cuatro áreas que puedan ser acondicionadas con camillas o catres de campaña,

cilindros de oxígeno, material y equipo necesario para atender la demanda masiva durante el tiempo que dure la emergencia:

Área de TRIAGE debe ubicarse en un espacio amplio y bien comunicado del hospital.

Unidad de Choque señalado internamente con el código de color aceptado internacionalmente (similar al usado en el ATLS), que permita canalizar pacientes por medio de tarjetas de colores.

Área de atención de cuidados inmediatos para pacientes derivados del área de TRIAGE con su tarjeta de color específico.

Área de tratamiento expectante, en donde se proporciona la atención de pacientes estables, identificados con tarjeta de TRIAGE de color verde. Se sugiere su ubicación en espacios fuera del servicio de urgencias como la Consulta Externa.

Unidad de Cuidados Intensivos

Se deben identificar posibles áreas de expansión, establecer los requerimientos extras de insumos, para que el área administrativa de la unidad los tenga disponibles, así como el mantenimiento preventivo del equipo para que funcione en óptimas condiciones durante situaciones de contingencia.

Servicio de Cirugía

Es necesario establecer los criterios que permitan la suspensión de la cirugía programada; contemplar los requerimientos de ropa quirúrgica y material de consumo extra para atender demanda masiva; realizar el mantenimiento preventivo y correctivo del equipo en forma permanente, incluyendo los autoclaves de la C.E.y E.; identificar los números de teléfono del personal que, previa sensibilización, apoyará en caso de requerirse su presencia, fuera de su turno normal.

Hospitalización

Establecer los criterios que permitan el egreso de los pacientes internados desde antes de la emergencia y que pueden ser enviados a su domicilio, sin riesgo de deterioro a su salud y bajo estricto criterio médico; definir áreas de posible expansión para colocar catres o camillas; establecer las necesidades de material y equipo extra, acorde a la capacidad de expansión.

Servicios Auxiliares de Diagnóstico

Sensibilizar al personal para contar con el, fuera de su horario normal en caso de emergencia; estimar las necesidades de material extra que permita cubrir los requerimientos de la Emergencia.

Almacén

Mantener separado el material extra, estimado por cada uno de los servicios para ser usado en casos de contingencia, el cual debe mantenerse actualizado en el número y cantidad especificada, en su vigencia y potencia, que permita cubrir las necesidades de los pacientes, incluyendo el porcentaje extra de camas contempladas de expansión.

Cabe mencionar que el resto de los Servicios que tienen acción secundaria durante la contingencia, participarán directa e indirectamente en la respuesta hospitalaria, redistribuyendo tareas al personal o a las áreas físicas, por lo que es necesario hacer la sensibilización previa para satisfacer las necesidades que plantea la demanda. Desde luego también debe considerarse un área señalada con color negro para ubicar a los pacientes fallecidos a los que se colocó previamente una tarjeta de ese color.

La observación de estos criterios, permitirá asegurar que el Hospital estará en condiciones de iniciar la segunda fase, que se presenta durante el momento en que ocurre la emergencia, ya que con planeación definida, difusión de los planes y capacitación del personal se evita la improvisación y se consigue el máximo aprovechamiento de los recursos.

B. FASE DE CONTINGENCIA.

En esta fase se activa el plan de atención integral a la salud con calidad, eficiencia y oportunidad a las víctimas del siniestro.

Notificación

En cuanto se recibe la notificación del acontecimiento, la persona que recibe la noticia deberá anotar los siguientes puntos:

Tipo de desastre.

Localización exacta (en el hospital o en su zona de influencia).

Hora de ocurrencia de la contingencia.

Tratar de identificar la magnitud del desastre.

Tipo y estimación del número de víctimas.

Hora de recepción de la notificación.

Identificación y teléfono del informante (para realizar el seguimiento).

Avisar al personal de mayor rango, presente en el hospital en ese turno.

La persona de mayor jerarquía, una vez corroborada la notificación, activa el Plan de Contingencia correspondiente, en el que se contempla el uso del directorio para

casos de emergencia y el manejo por el personal de los diferentes servicios de las tarjetas de acción específicas que permitirán enfrentar la contingencia.

Mediante los sistemas de comunicación especificados en el Programa de Atención Hospitalaria en Casos de Desastre, localiza y convoca al cuerpo de gobierno del Hospital en el Centro de Mando, para definir acciones a seguir y alertar al resto del personal, para asumir las funciones que se les han asignado, mediante un sistema de alerta a través de los medios de comunicación interna o externa según el caso. La alerta que se comunicará será de tres tipos:

Tipo 1 o Alerta Verde: Significa que la magnitud y el número de víctimas no rebasa la capacidad resolutive del servicio de urgencias.

Tipo 2 o Alerta Amarilla: La magnitud y el número de víctimas rebasa la capacidad resolutive del servicio de urgencias y se requerirá de apoyo de otros servicios del Hospital y expansión de áreas cruciales.

Tipo 3 o Alerta Roja: La magnitud y número de víctimas requieren la respuesta íntegra de la unidad, e inclusive de apoyos extra hospitalarios y extra institucionales.

En este momento se modifican las actividades rutinarias del Hospital para dar prioridad a las generadas por la emergencia. Cada uno de los integrantes asume su responsabilidad, conforme a lo establecido en el Programa de Atención Hospitalaria en Casos de Desastre y registrado en forma específica en el Plan de Contingencia y sus Tarjetas de Acción correspondientes.

Servicio de Urgencias

El Responsable del TRIAGE interno deriva los pacientes al área seleccionada según la necesidad y gravedad de cada caso. Cabe mencionar que debe ser un profesional preferentemente capacitado para realizar esta tarea (Curso de ATLS y ACLS).

Define las referencias a otros centros hospitalarios, previamente clasificados de acuerdo al color de la capacidad resolutive.

Determina la apertura de áreas de expansión según sea necesario

En las áreas de Alta Prioridad: se atienden pacientes en estado crítico con prioridad 1, o tarjeta roja, que requieren reanimación cardio pulmonar o se encuentran en estado de choque; serán las áreas mejor equipadas, se sugiere establecer binomios médico-enfermera con capacitación específica (Preferentemente en ATLS) y entrenamiento mediante simulacros periódicos.

En las áreas de Prioridad Media: Se dará atención inmediata a pacientes con prioridad 2, o tarjeta amarilla, que se encuentran en condiciones semi críticas y requieren de estabilización.

En las áreas de Baja Prioridad: Se lleva a cabo la atención de pacientes de baja complejidad, prioridad 3 o tarjetas verdes, que presentan lesiones menores, que no necesariamente requieren hospitalización.

Debe establecerse un área amplia y aislada, designada con color Negro para la ubicación e identificación de un posible número importante de cadáveres.

Unidad de Cirugía

Se aplican los criterios definidos en la fase previa y se suspenden las cirugías programadas para dar prioridad a lo que le canalizará el servicio de urgencias.

Se incorpora paulatinamente el personal Médico y de Enfermería de otros turnos, convocados para que las salas trabajen al 100%.

Se Incrementa el número de camillas en las áreas de expansión previstas para el manejo pre y post operatorio.

Se revisa la suficiencia de material quirúrgico, curación y ropa y se activa el surtimiento del material de emergencia, que guarda el almacén, mediante los mecanismos previstos por el área administrativa.

Unidad de Cuidados Intensivos

Se revisa a los pacientes encamados y se aplican los criterios para el egreso de los que por sus condiciones lo permitan, sin riesgo a su salud.

Se establecen las áreas de expansión predeterminadas y se solicita mediante el mecanismo previsto por el área administrativa, el material considerado.

Se mantiene comunicación directa con el servicio de urgencias, para apoyo del área.

Servicio de Hospitalización

Se aplican los criterios determinados en la fase previa al desastre para egresar al mayor número de pacientes que estén en condiciones de continuar su tratamiento en su domicilio y así disponer de camas; se agiliza el proceso de egreso-ingreso, cuidando de llevar el registro exacto de los casos para emitir listados reales e informar a familiares y autoridades sobre la ubicación de cada caso.

Prever la posibilidad de abrir las áreas de expansión determinadas y solicitar , mediante el mecanismo previsto por el área administrativa, el material considerado.

Mantener comunicación directa con el servicio de urgencias.

Es conveniente recordar que la atención que se brinda en todas los servicios, debe responder a los protocolos de atención médica establecidos.

Servicios Auxiliares de Diagnóstico

Rayos X: Suspende las actividades rutinarias; solicita si fuera necesario, el apoyo de técnicos de unidades de 1er. Nivel para trabajar al 100% de su capacidad; solicita mediante los procedimientos previstos por el área administrativa del hospital, los insumos indicados y almacenados, que son necesarios para enfrentar la contingencia.

Laboratorio: suspende las actividades rutinarias; solicita que se integre personal de otros turnos a los servicios clave para la toma de muestras y elaborar análisis; mantiene comunicación directa con el Servicio de Urgencias y el Centro de Mando; se solicita apoyo a otros laboratorios de unidades de primer nivel de atención, para estar en condiciones de enfrentar la situación de contingencia.

Central de Equipos y Esterilización

Revisa las existencias, acelera el proceso de esterilización; proporciona el abastecimiento continuo y permanente a los Servicios de Urgencias y de Cirugía, durante el estado de contingencia; solicita personal capacitado extra de otros servicios o del primer nivel de atención, para la preparación de material; solicita mediante los procedimientos previstos por el área administrativa del hospital, los insumos previamente indicados y almacenados, que son necesarios para enfrentar la contingencia.

Conservación y Mantenimiento de Líneas Vitales

Coordinar las brigadas de control de fluidos, comunicaciones y energéticos.

Apoyar a las brigadas críticas manteniendo personal extra.

Mantener en funcionamiento óptimo la Casa de Máquinas.

Solicita apoyo a otras unidades de primer nivel de atención para estar en condiciones de enfrentar el estado de contingencia.

Subdirección Administrativa

Facilita las acciones para abrir áreas de expansión antes previstas; da autorización al almacén para el uso de los materiales y medicamentos, almacenados y separados para ser utilizados en casos de desastre, mediante los mecanismos previamente determinados.

Solicita personal extra para apoyo de áreas clave; localiza personal del hospital de otros turnos y los invita a incorporarse. Solicitar apoyo de personal a la Jurisdicción o unidades de 1er. nivel.

Coordina las brigadas de seguridad y las de mantenimiento de líneas vitales.

Mantiene control estricto de la salida de bienes institucionales.

Solicita apoyo de seguridad pública para incrementar la seguridad interna y facilitar la vialidad en las áreas de acceso de vehículos de emergencia.

Trabajo Social o personal responsable de la Comunicación Social

Registra el ingreso de víctimas, mantiene el reporte médico y la ubicación de los pacientes llevados al hospital o trasladados a otros lugares.

Informa periódicamente a familiares y autoridades que lo soliciten.

Mantiene coordinación con personal médico para agilizar los trámites de hospitalización, traslado, alta de los previamente hospitalizados, alta de víctimas atendidas y manejo de cadáveres.

Tramita egresos e ingresos, notifica disponibilidad de camas por servicio, al Centro de Mando y solicita a otros hospitales de la zona, la ocupación de camas y posible traslado de enfermos.

Dietología

Valora la necesidad de incrementar el abasto de alimentos para cubrir dietas de pacientes y colaciones extra que se requiera para el personal que permanecerá laborando; en caso de que algunas áreas del hospital o cercanas a él se habiliten para personas damnificadas, estimar las necesidades de alimentos y establecer contacto con las autoridades civiles o militares para conseguir alimentos suficientes.

Se revisarán las acciones para posible requisa de alimentos, para lo cual se coordinará con autoridades civiles y militares para esta acción.

Otras acciones a seguir:

Establecer comunicación permanente con las autoridades civiles, militares y de Salud del Estado, para informar las necesidades, la evolución y la respuesta proporcionada por la unidad, mientras dure el estado de contingencia.

En caso de requerir el apoyo de otra unidad hospitalaria, establecer la comunicación directa, indicando el tipo de ayuda solicitada.

Establecer el mecanismo que permita proporcionar información veraz, suficiente y oportuna a familiares y medios masivos de comunicación de manera confiable y objetiva, sin incrementar el pánico.

El Director del Hospital debe elaborar un informe preliminar al final de cada turno, en el que indique las acciones realizadas, las necesidades de personal o de recursos materiales e insumos que hubo, situaciones no previstas o aquellas que merecen ser analizadas. Estos informes los enviará a las autoridades superiores y guardará copia para que el Comité de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastre, los revise y pueda complementar los Planes de Contingencia específicos.

C. FASE POSTERIOR AL ESTADO DE CONTINGENCIA

En esta fase se incluyen las actividades a realizar para el retorno a la normalidad en el plazo más corto posible. La finalidad de esta etapa es evaluar si la respuesta de atención fue acorde al volumen de la demanda, a las necesidades de las

víctimas y a las expectativas del Plan de Protección Civil de la localidad que debe incluir las actividades siguientes:

1. El responsable de desactivar el Plan de Contingencia es el Director del Hospital.
2. Elabora un censo de los pacientes atendidos, especificando datos generales, el diagnóstico y tratamiento.

Solicitar a cada servicio un informe de las actividades realizadas en la Fase de Contingencia; analizar y evaluar las acciones aplicadas, destacando las situaciones no previstas y la solución establecida.

Se debe dar mantenimiento a todo el equipo utilizados en especial: Plantas de energía eléctrica, de potabilización de agua y de soporte vital.

El Comité de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastre elaborará un informe global del resultado obtenido y lo turnará a través del Director del Hospital a las autoridades Municipales, Jurisdiccionales y Estatales de Salud.

El Director del Hospital, en conjunto con las autoridades del Nivel Estatal, deberá evaluar el Plan de Contingencia aplicado en la situación de desastre, para identificar los problemas u omisiones que se presentaron, compararlas con lo planeado en las diferentes fases y realizar los ajustes necesarios para mejorar la respuesta. Para alcanzar mayor eficiencia al realizar este paso, se deben tomar en cuenta los siguientes puntos:

El grado de eficacia alcanzado en la preparación de las diferentes áreas de expansión, para la atención a los lesionados.

Listado de instrumentos, aparatos y equipos requeridos en casos de emergencia.

Tiempo de respuesta para establecer una ágil referencia y contrarreferencia de pacientes, con base en el TRIAGE y los mecanismos previamente establecidos.

El grado de organización y funcionamiento de las brigadas.

La coordinación entre los servicios del hospital.

El resultado de las acciones planeadas y de las que se desarrollaron con base en las Tarjetas de Acción.

Las situaciones no previstas y el grado de eficiencia en la solución aplicada.

La eficiencia de la comunicación con el Centro de Mando y de este con los servicios del hospital, con las autoridades civiles, militares o de otras instituciones de Salud.

Grado de operatividad en el enlace entre el Centro de Mando, con otras unidades intra y extrainstitucionales.

6. Se debe ratificar o modificar el Programa de Atención Hospitalaria en Casos De Desastre y/o el Plan De Contingencia específico, con base en los resultados obtenidos en la evaluación

7. Es recomendable diseñar y poner en práctica cursos de sensibilización y capacitación al personal, basados en la experiencia reciente, con la finalidad de reforzar la motivación y capacidad de respuesta del personal, haciendo énfasis en los puntos que resultaron negativos en la evaluación y que limitaron el logro de los objetivos.

8, En caso de haber recibido ayuda del exterior, es necesario llevar el inventario para organizar, devolver o distribuir el recurso sobrante, a las unidades o Instituciones que puedan requerirlo.

PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA EN CASOS DE UNA SITUACIÓN DE DESASTRE DENTRO DEL HOSPITAL

Dentro del Hospital existen situaciones que pueden poner en peligro el recurso humano, los materiales y el equipo, lo que obliga al Comité de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastre, a diseñar un dispositivo para enfrentar un evento que surja en el hospital.

Aunque los pasos señalados son similares al Plan descrito anteriormente, se detallan con mayor precisión algunos aspectos y se insiste con fines didácticos en otros.

A. ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA FASE ANTERIOR AL EVENTO

Conocer el entorno geográfico con la finalidad de ubicar los elementos que pueden prestar apoyo al hospital en caso de requerirse la evacuación total o parcial del establecimiento, para lo cual es conveniente marcar en un plano lo siguiente:

Vías de comunicación principales y alternas.

Factores potenciales de riesgo: ductos de gases, industrias vecinas con materiales peligrosos o radioactivos, susceptibles de producir incendios, explosión que involucren al hospital; áreas del hospital con riesgo de inundación, conflagración o de daño estructural por sismos, hundimientos, corrimientos de tierra, ciclones, tormentas tropicales etc. Unidades de Salud, públicas y privadas, que puedan apoyar para el primer contacto y otras de segundo nivel de atención, susceptibles de brindar apoyo en caso de inhabilitación parcial o total de nuestra unidad, derivando a los pacientes con la clasificación cromática que identificará el tipo de apoyo que requiere de acuerdo con su condición actual.

Áreas que puedan ser acondicionados como albergues temporales, de servicios o de pacientes.

Servicios públicos municipales: compañía de luz, teléfonos, estación de bomberos, seguridad pública, escuelas, centros de abasto de alimentos, Delegación Política o Municipal, entre otros.

Compañías proveedoras de servicios de agua, tanques cisterna, víveres, maquinaria pesada, entre otras.

Es indispensable conocer el sistema estructural de la unidad hospitalaria y favorecer la seguridad de los pacientes, de los visitantes, del personal y los bienes patrimoniales.

Es necesario conocer el tipo de construcción empleada en el edificio, su cimentación, las fuentes alternas de suministro de energía, existencia y condiciones de la planta de luz de emergencia, la capacidad de la cisterna, equipo de bombeo complementario y de tratamiento del agua, su ubicación y la posibilidad de riesgo de contaminación en caso de inundación de la zona, autonomía de la casa de máquinas, entre otros.

Está comprobado por organismos internacionales que el mayor número de lesionados en la etapa posterior al desastre, se debe a que los elementos no estructurales como son: plafones, anclajes, protección de líneas vitales, no cumplen con la seguridad requerida, por lo que se hace necesario que todas estas estructuras estén adecuadamente protegidas y no ocasionen un desastre mayor.

Ubicar en los planos de la unidad las siguientes señalizaciones:

Zonas de Riesgo.

Zonas de Seguridad interna y externa.

Rutas de Evacuación.

Localización de Extintores e hidrantes.

Áreas de Estacionamiento

Sitios donde se almacenan sustancias peligrosas.

Identificar una zona segura externa a la unidad hospitalaria, para que llegado el momento de trasladar a los pacientes y personal a esta área, ubicar también el Centro de Mando e instalar los servicios de comunicación necesarios que permitan el enlace continuo con las áreas internas del hospital, o con las Autoridades Superiores.

Actualizar periódicamente el directorio telefónico que incluya aquellos servicios públicos y privados que puedan requerirse durante una contingencia, los servicios locales de bomberos, autoridades del hospital, la Jurisdicción Sanitaria, del nivel Estatal de la Institución, del personal del propio hospital por turnos que está capacitado y apoya al Programa de Atención Hospitalaria en Casos de Desastre en situaciones de contingencia interna, entre otros.

Realizar acciones periódicas de coordinación y concertación con los sectores público, privado y social que se encuentren en el entorno geográfico a fin de concretar apoyos durante una emergencia interna del hospital.

Elaborar las tarjetas de acción correspondientes a cada Plan de Contingencia interna, para todo el personal.

Señalar en el hospital las rutas de evacuación, acceso, salidas de emergencia, condiciones para el uso de elevadores y escaleras, entre otros; disponibilidad de medios para proporcionar información al 100% del personal que se encuentre en el inmueble en el momento de ocurrir un desastre.

Integrar al personal específico en brigadas y capacitarlos, ya que serán los responsables de realizar las acciones ante un desastre interno. Se requiere capacitación en al menos 4 situaciones específicas:

Evacuación: Debe ser ejecutada por el personal previamente capacitado del hospital y coordinada por la Autoridad máxima en el área de desastre.

Combate de incendios, control de fluidos y energéticos: A cargo del Jefe de Conservación, quien selecciona a su personal de acuerdo a sus conocimientos, habilidades y destrezas y les dé la capacitación suplementaria que cada caso requiera.

Soporte básico de vida (ATLS): A cargo del Jefe de Urgencias o de personal capacitado en cursos de ATLS u otros que garanticen una respuesta eficaz ante situaciones de emergencia.

Seguridad: a cargo del Subdirector Administrativo, quien realiza acciones de capacitación y adiestramiento en servicio, con el personal encargado de la vigilancia del inmueble, para que durante situaciones de emergencia se proteja tanto al personal, como a los pacientes y a los bienes institucionales, otorgando las garantías necesarias para llevar a cabo las tareas encomendadas, en un clima de seguridad. De ser necesario, establecerá contacto con las autoridades civiles o militares, ante quienes gestionará lo conducente para conseguir apoyo y reforzar la seguridad del hospital.

Para que todo lo anterior se lleve a la práctica es necesario:

La difusión del programa de atención hospitalaria en casos de desastre que contiene los Planes de Contingencia Intrahospitalaria a todo el personal, realizando la capacitación y los ejercicios y simulacros, cuando menos dos veces al año; se reafirma el conocimiento mediante pláticas y cursos.

Localización y señalamiento del equipo y zona de seguridad para casos de desastre.

Establecer el calendario para las reuniones de los integrantes del Comité de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastres.

Desarrollar actividades para que el personal de salud planee, organice y seleccione las áreas físicas y recursos materiales que se puedan llegar a utilizar en caso de desastre interno.

Elaborar listas que contengan los recursos indispensables para otorgar la atención inmediata a las víctimas durante las primeras horas posteriores al desastre. Desde luego considerar medicamentos y material indispensable para los pacientes, entregándolas al Comité para su gestión.

Establecer medidas para contar con un adecuado sistema de comunicación interna y externa, que permitan a la unidad médica emitir su información de alerta y le mantenga en comunicación continua con las instancias necesarias, mediante el uso de radios de onda corta, banda civil o frecuencia modulada, voceadores, timbres, sirenas, etc.

Identificar las estrategias conducentes para implantar y dar a conocer el programa de atención hospitalaria en casos de desastre, para que todo el personal de la

unidad identifique su participación ante un desastre interno. Se sugiere realizar cuando menos 2 veces por año simulacros de evacuación.

B. ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA FASE DE CONTINGENCIA

En esta fase se activa el Plan de Contingencias ante un desastre Interno. La finalidad es obtener una respuesta eficiente y oportuna del personal para salvaguardar la integridad de los pacientes, visitantes y bienes materiales de la unidad médica.

En cuanto se recibe la noticia de que existe la amenaza o se ha producido un desastre interno, el Director o la persona con máxima autoridad que se encuentra en el hospital en ese momento, deberá recabar la siguiente información:

Identificar el No. telefónico o extensión del informante para verificar los datos proporcionados.

Tipo de desastre.

Localización exacta.

Hora de ocurrencia.

Tipo y número de víctimas.

Hora de recepción del informe.

Con la información recibida, evaluar la magnitud del desastre.

Una vez corroborada la información se activa el Plan de Contingencias específico contenido en el Programa de Atención Hospitalaria en Casos de Desastre, por la autoridad con máxima jerarquía en el hospital a la hora de ocurrir la amenaza o la situación de desastre. Notificar el siniestro a las autoridades correspondientes.

Convocar al personal directivo y ubicar el Centro de Mando en el área identificada previamente como segura, ya sea dentro del hospital o en un área inmediata a el, para iniciar las actividades de coordinación, normar criterios y acciones a seguir, acordes a los planes previos, anotados en las Tarjetas de Acción.

Alertar al personal sobre el tipo de desastre al que se enfrenta la unidad, con la finalidad de que la respuesta sea organizada e intervenga únicamente el personal indispensable de acuerdo a la magnitud del desastre.

Participación del personal con base en lo señalado en sus Tarjetas de Acción.

Activación de las brigadas de acuerdo al tipo de desastre.

En caso de requerirse la evacuación del hospital de manera parcial o total, el Jefe de cada Servicio en conjunto con sus médicos y enfermeras, colaborarán con la brigada de evacuación, ayudarán a pacientes y familiares para desalojar el área, para lo cual se recomienda seguir los siguientes puntos:

Iniciar por los pisos superiores.

Salvaguardar los artículos prioritarios del paciente: prótesis, anteojos, etc.

Que cada paciente lleve su Expediente Clínico.

De ser posible darle también los Medicamentos de uso inmediato y urgente.

Un brigadista responsable de la evacuación se colocará al frente y guiará en la ruta de evacuación; otro al final es el responsable de revisar cada cuarto y área para garantizar que nadie quede en el piso.

Se trasladará temporalmente a los pacientes, material y equipo a los sitios previamente designados en el Plan de Contingencia específico.

Se alertará a las unidades de salud y otros elementos de apoyo para que se preparen a la posible recepción de pacientes.

Se llevará un registro cuidadoso del destino de los pacientes referidos ya sea a hospitales, albergues o a su domicilio.

Se mantendrá comunicación continua entre el Centro de Mando y los diferentes servicios del hospital.

Es necesario verificar que el conmutador quede libre de llamadas telefónicas ajenas a la emergencia, con el propósito de mantener un adecuado flujo de información.

C. ACTIVIDADES A REALIZAR POSTERIORES A LA CONTINGENCIA

En esta Fase se incluyen las actividades a realizar para el retorno a la normalidad en el plazo más corto posible; además es necesario efectuar una evaluación de la respuesta de la atención, que proporcionó cada servicio, si ésta fue acorde a las necesidades de las víctimas y debe seguir los siguientes aspectos:

El Director de la Unidad será el encargado de desactivar el Plan de Contingencia.

Una vez que los responsables de evaluar los daños al inmueble, indican las condiciones del hospital se toman las decisiones correspondientes, si es seguro, el hospital puede retornar a su actividad normal, o bien en el caso de que las

instalaciones sean inseguras, se deberá referir a los pacientes a la unidad médica correspondiente, de acuerdo al sistema de referencia previsto en el Plan de Contingencia

Se elabora un censo de los pacientes, especificando datos generales y el lugar a donde fueron trasladados

Se solicita a cada servicio y brigada un informe de las actividades realizadas, los resultados alcanzados, las situaciones no previstas y las medidas aplicadas para su solución.

Se elabora un informe global del resultado obtenido, turnándolo a las Autoridades Estatales, guardando copia para conocimiento y análisis de los integrantes del Comité de Seguridad y Atención Médica en Casos de Desastres.

El Director junto con el personal que integra el Comité, evaluará el Plan de Contingencias, para identificar los problemas u omisiones que se hayan presentado, comparándolas con lo planeado. De esta manera se podrán corregir o mejorar las acciones propuestas, para lo cual deberán tomarse en cuenta las siguientes consideraciones:

Eficacia en la preparación de las áreas externas, las vías de escape, la señalización, etc.

Agilidad en la referencia de pacientes.

Organización en la evacuación de la unidad.

Tiempo en el que se desarrolló la evacuación de la unidad.

Coordinación con otras unidades de salud de apoyo.

Efectividad de las acciones realizadas con base en las Tarjetas de Acción.

Enlace y coordinación con el Centro de Mando.

Enlace del Centro de Mando con unidades extra institucionales.

Con base en los resultados se diseña y pone en práctica la capacitación del personal.