



Simulacros de evacuación en el Hospital Civil de Guadalajara, Jalisco México

Elaborado Por: Gabriel Rodríguez López
Medico Especialista en Medicina de Urgencias
Coordinador de Protección Civil
País: México

Octubre 04 2004

INTRODUCCIÓN

El instinto natural de conservación hace que las personas perciban como inseguros a los edificios y el habitual comportamiento en la mayoría de los casos es salir de ellos tan pronto como sea posible luego que una alarma es dada o que un fenómeno natural como un terremoto haya ocurrido. Los ocupantes de una edificación permanecerán en su interior sólo si de manera reiterada se les orienta y se evidencia que es mas seguro mantenerse en las zonas seguras al interior de la edificación durante el evento y luego, con más calma decidir la conveniencia o no de la evacuación. (1)

Los hospitales tienen una función esencial en la red de servicios de salud. Su mayor nivel de complejidad y resolución los hace asimismo más requeridos en situaciones en las que se incrementan los pacientes críticos. Cuando ocurre un desastre, los hospitales deben continuar con el tratamiento de los pacientes internados en sus instalaciones y deben adicionalmente atender a la mayor cantidad posible de personas que requieran atención hospitalaria como consecuencia del evento adverso (1)

La percepción del riesgo es un estímulo muy fuerte para tomar la decisión de evacuar un hospital. Frecuentemente el personal y los pacientes son los primeros en presionar por salir cuanto antes de la edificación. La identificación de los otros riesgos que la evacuación implica, dependerá de la información fidedigna y el nivel de exposición y la evaluación previa de la vulnerabilidad del hospital.

Desafortunadamente, las decisiones de realizar la evacuación se tornan demasiado perentorias, dándole a esta un valor, que excede al real por lo que se puede convertir si no se toman las medidas necesarias en un riesgo innecesario

Por ejemplo en el caso de los sismos o temblores, tomar la decisión de evacuar el hospital, ya sea por un directivo o líder espontáneo o real, involucra varios peligros. Estos no tienen la suficiente evidencia técnica conceptual, si pudiera existir el verdadero colapso de la estructura del edificio. Ahora que tanto beneficio sería el desalojo, pensando probablemente que la duración de los sismos es muy breve y daría poco tiempo para planearla o reunir los brigadistas para realizarla.

Aún en los casos de incendios o amenaza terrorista de bomba la necesidad de evacuar un Hospital o parte de él, debe tomarse con extrema precaución debido a las repercusiones que la evacuación tendrá sobre los ocupantes del hospital, su equipo, las redes de apoyo y en la población en general (1)

Ahora me viene a la mente la situación que sucedió en el Hospital General Regional número 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Guadalajara Jalisco, en donde posterior a una amenaza de bomba, se realizó una evacuación improvisada hacia la plaza que se encontraba frente al hospital. Esto dentro del punto de afectación y por consiguiente en riesgo en caso de haber sido una situación real.

Ahora esto es parte del problema; el procedimiento en sí, otro sería que podría ser muy compleja, y el reingreso y la reanudación de la prestación de servicios a una sociedad que los requiere de manera inmediata la prestación de este servicio.

DEFINICIÓN.

La evacuación se define como: “el traslado rápido y ordenado de personas, bienes y documentos indispensables e irremplazables, de un lugar o edificio en alto riesgo hacia una zona de seguridad ante la posibilidad inmediata de ocurrencia de daños” (2) visto en este contexto, una evacuación peligrosa no tiene razón de ser.

La clasificación de las evacuaciones puede darse según sus características en total, parcial o complementaria, vertical u horizontal, permanente o temporal, real o simulada, con aviso previo y sin aviso etc., pero concretamente su importancia radica en trasladarse de un sitio eventualmente peligroso a uno que represente mayor seguridad.

Así mismo, las evacuaciones se pueden dar en todas las fases del ciclo de los eventos destructivos: antes: de manera preventiva, durante el evento destructivo o después para evitar daños subsecuentes de encadenamiento.

Por otro tanto una evacuación preventiva donde luego no se presente del evento destructivo, puede tener consecuencias políticas importantes y de responsabilidad que no todas las autoridades estén dispuestas a asumir. Por lo cual puede retrasar esta decisión y cuando se tomen sea demasiado tarde; Caso concreto en 1992 en el sector Reforma de la Ciudad de Guadalajara, donde explotó el sistema de drenaje por la presencia de hidrocarburos, y nunca se dio la voz de alarma.

ANÁLISIS DEL ENTORNO:

Durante los últimos 20 años he estado ligado de una u otra forma a los desastres y las emergencias lo que me ha permitido desarrollar algunos conocimientos en estas materias Aprovechando estas experiencias y mezclando con los conocimientos adquiridos por parte de Oficina para Catástrofes de la Agencia Internacional para el Desarrollo del Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica (USAID-OFDA) y el Diplomado en Protección Civil me consentí al desarrollar estos simulacros de evacuación, con la esperanza de crear conciencia e integración en el público usuarios, directivos, empleados, médicos y enfermeras etc., que conviven día a día en el “Hospital Civil Fray Antonio Alcalde y Barriga”, con el propósito de asegurar una respuesta sólida y responsable ante la demandas de los servicios ante una contingencia.

Mi primer acercamiento a este hospital fue de manera voluntaria buscando el interés de preparar en esta materia a los brigadistas y directivos de todos los hospitales que confluyen en la zona metropolitana de Guadalajara Jalisco. Mi primera aproximación a este hospital fue hace más de 10 años, a través del

departamentote capacitación de esta institución y como parte de las actividades de capacitación del Departamento de Enseñanza e Investigación de Protección Civil del Estado de Jalisco. Y prácticamente cubrió algunas necesidades que en este renglón se estaban gestando. Se logro en aquel entonces realizar los primeros simulacros de evacuación, de incendio y de rescate, pero mi compromiso con la institución que antes trabajaba, me hizo abandonar las tareas de preparación de este hospital.

No es sino hasta el año del 2003, que de nuevo tomo contacto con este hospital ahora a través del Director de Servicios Auxiliares, Diagnósticos y Paramédicos del nosocomio, que logro por necesidades de certificación hospitalaria (3), en tomar nuevamente la preparación este hospital. El planeamiento en aquel entonces era la realización de los documentos mal llamados plan de emergencia y de evacuación. No obstante lo descabellado del proyecto, la posición que adopte de apoyar exclusivamente las labores de asesoría me hizo cambiar mi actitud y sobre todo reafirma mi compromiso con este hospital, "Es preferible que se haga algo a nada".

El Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde y Barriga", se haya ubicado al norte del centro de la ciudad de Guadalajara. Constituye el centro hospitalario más importante en su tipo en la zona centro occidente del país. Y por definición el que atiende la mayor población abierta. Semillero de los médicos maestros fundadores de las cátedras médicas de la universidad de estado la Universidad de Guadalajara constituye un núcleo importante de formación de recursos humanos. Con sus ya 400 años de antigüedad, fundado por el aquel entonces Fray Antonio Alcalde y Barriga, este coloso hospitalario alberga a algo así como 1500 camas censables y no censables de más de 28 especialidades y sub-especialidades. Este complejo hospitalario por sus características propias lo conforman edificaciones de la estructura original, como mencione de más de 400 años de antigüedad, así como edificaciones más modernas de más de 50 y 30 años de antigüedad, resultado de las re-estructuraciones y remodelaciones frecuentes, haciendo este un laberinto de conexiones e interconexiones, que manera coloquial son puentes en las diferentes etapas de desarrollo de este hospital. Carente de sistemas de protección, seguridad y emergencia en algunas áreas y en otras no. Las medidas de implementación de prevención-mitigación básicamente hasta ese acercamiento son nulas. Por lo cual se considero que las evacuaciones suplirían las carencias de prevención y mitigación que no se tienen. "Es mejor salir rápido a esperar a que suceda algo"

En los años, de 1983 y en 1992, queda grabados en la memoria de los oriundos de Guadalajara, como los años en que sucedieron las explosiones en los ductos de drenaje por la presencia de hidrocarburos, la primera en el canal San Ramón, que pasa a un costado del Centro Medico Nacional de Occidente del IMSS y la segunda en la calle Gante en el Sector Reforma de esta ciudad. Cabe señalar que uno de los principales resentimientos y reclamos hacia la administración gubernamental en aquel entonces, fue el: ¿Por qué no se dio la señal de alarma?, ¿Por qué no se realizó el aviso oportuno para llevar a cabo la evacuación? Por lo

consiguiente da a las evacuaciones un aspecto muy peculiar, un valor insólito por parte de los tapatíos. Por una parte el reclamo hacia la autoridad, y el rechazo a un sistema gubernamental y su política de administración de riesgos, pero por otra al abandono de responsabilidad de llevar a cabo ciertas medidas de prevención y mitigación por la misma sociedad. ¿Pero en quien más se puede confiar? Sino en nuestras autoridades.

Se realizaron una serie de evacuaciones parciales en las áreas de consulta externa en su primer piso y área de enseñanza e investigación médica. Áreas confluyentes en la explanada de la torre de especialidades y en las áreas administrativas y dirección, así como en los quirófanos del hospital. Los primeros se realizaron por la mañana y por la tarde y este último en la madrugada que por su complejidad y grado de involucramiento de otras instituciones haré mayor referencia.

PROCEDIMIENTO Y TECNICA DE EVACUACION:

En todos los casos se trato de llevar el procedimiento como o enmarca el Centro Nacional de Desastres (CENAPRED) en México en su guía practica para simulacros, en su guía practica para la realización de simulacros (4) y del manual de Simulacros hospitalarios para casos de desastre de la OPS (5).

La mayoría de los ejercicios hospitalarios se basan exclusivamente, en la evacuación de las instituciones e inmuebles, pero poco se practica movilizarse a lugares seguros al interior del edificio (repliegue) y casi nunca se ha profundizado en el reingreso de pacientes y personal una vez evacuado y la reanudación de la actividad hospitalaria normal.

Planificación:

Se procedió entonces una vez hecho el contacto a realizar la planificación de los simulacros de evacuación estos en junta previa y por recomendación de los directivos se decidió evacuar cuatro áreas en seis tiempos distintos pero por razones de tiempo no se realizaron como tales y los sitios evacuados fueron:

1. Consulta externa, en ambos turnos.
 2. Área de enseñanza e investigación en el turno matutino.
 3. Dirección y área administrativa en el turno matutino.
 4. Quirófanos de la sección antigua en el turno nocturno.
- Nunca se levó a cabo reuniones con grupos externo al hospital, aunque fueron invitados.
 - La señalización se colocó una semana antes. Y esta no sigue la nueva norma técnica NOM-SEGOB-003-2002 (6) y por razones que desconocemos el contraste nunca existió pues las micas que se utilizaron eran transparentes. Aun así no hubo ningún comentario al respecto de esta situación. La misma norma técnica en su último apartado es excluyente de esta situación. Se pintó los recuadros de

zonas de conteo y se decidió varias de estas distribuirlas en todas las inmediaciones del hospital. De nuevo sin seguir esta norma.

- No se limitaron áreas de expansión en caso de atención de víctimas en masa.
- El ejercicio de escritorio de los simulacros nunca se realizaron. Estos se comentaron pocos minutos antes de realizar los simulacros. Por lo que se detectó medianamente aquellas situaciones riesgosas.
- No se utilizaron las escaleras de emergencia. Por que por el momento se encontraban inoperantes.

Organización del simulacro:

En este sentido nunca se supero completamente la etapa de planificación y pudiera comentarse se improvisó, porque la cercanía de la evolución por parte del consejo evaluador de certificación hospitalaria, obligo a que se llevara de esta manera.

- La definición y tipo, así como la magnitud del desastre Se definió un día antes de llevar a cabo los simulacros: En primer termino se decidió la evacuación de la consulta externa en la planta baja de la torre de especialidades y el área de enseñanza e investigación que se encuentran contrarias y confluyentes a la explanada de la torre de especialidades. En este caso se decidió que el tipo de evento destructivo era incendio.
- Posteriormente se realizó en el área administrativa confluyente a la entrada principal antigua. Abarco la dirección general, sala de juntas y otras oficinas. También se decidió que el tipo de siniestro era de incendio. En este no se tomaron fotos.
- En tercer termino y dada la poca asistencia de público, se intento realizar en el turno vespertino en la consulta externa. Lo cual no fue posible por la poca asistencia de brigadistas y la prontitud de la misma.
- En el otro caso se decidió hacer un simulacro donde se involucro materiales peligrosos en el área de quirófanos de área antigua.
- La conformación del grupo de comando operativo: Se llevó a cabo medianamente. Durante los simulacros que fueron en el turno matutino y vespertino, el Director general del nosocomio se encargo de impartir órdenes, las cuales delegaba al Director de Servicios Auxiliares Diagnósticos y Paramédicos y por la noche por parte del subdirector en turno.
- La coordinación de brigadistas se llevo a acabo por elección directa de los brigadistas. Por jefes elegidos por ellos mismos apoyados con algunos que tenían ya un cargo preestablecido.

- La coordinación interinstitucional: no se llevó a cabo. La manera de dirigirse y de plantear sus objetivos de los simulacros por parte de las instituciones participantes se dejó mucho que desear, así como la falta de un lenguaje único con respecto a cual era el papel que jugarían las instituciones. Quiero resaltar que solo el departamento de Bomberos-Protección Civil del municipio tuvo una reunión previa un día antes al simulacro de materiales peligrosos. Las demás instituciones participantes se mantuvieron al margen.
- Elaboración del guión y determinación de necesidades: Se realizaron guiones de todos los simulacros de manera precipitada. No es raro las faltas de ortografía y no llevar a cabo una buena redacción en estos guiones. Los mismos no se hicieron del conocimiento a los brigadistas. Únicamente se presentaron a las autoridades evaluadoras cuando estas llegaron a las instalaciones.
- Reuniones de preparación: Solo antes de iniciar el primer simulacro se llevó a cabo una reunión de preparación, para los subsiguientes simulacros, 30 minutos antes de los mismos se tuvo esta reunión.
- Información a los medios de comunicación. El mismo hospital por su naturaleza cuenta con un departamento de comunicación social, así mismo se tuvo presencia de la universidad de Guadalajara por medio de la Gaceta Universitaria. Se hizo mención en la prensa local y en televisión. Nunca se tuvo una reunión previa con los medios de comunicación locales.
- Previsión para la afección de víctimas reales: No se previó la posibilidad de víctimas reales, en su caso se comentó que en caso de presentarse víctimas reales estos serían atendidos en el servicio de urgencias ya sea de pediatría o adultos. Pero dadas las características del simulacro no se presentó ninguno de estos eventos en los tres simulacros realizados.
- Información al personal, pacientes y visitantes: Previo a los simulacros, se colocaron carteles en las entradas principales, así como en el checkador, se dio aviso por medio de personal auxiliar a los diferentes pisos de la naturaleza de los ejercicios. Se colocó carteles informativos y una hora antes del simulacro se aseguró de nuevo por medio de bocinas portátiles que se haya dado el aviso.
- Identificación de participantes: Todos los brigadistas portaban gafetes de identificación, así como camisetas que los acreditaba como miembros de las brigadas, en los casos que no contaran con estos se les proporcionó chalecos con reflejantes.
- Selección y entrenamiento de observadores: Los observadores que asistieron fueron de:

- Protección Civil Municipal,
- Protección Civil del Estado, así como del
- Sistema de Atención Médico de Urgencia y algunos
- otros observadores externos de dependencias privadas.

Nunca se dio un entrenamiento previo y a lo visto los que asistieron no tienen preparación para estas actividades. Se dieron algunas críticas fuertes de algunas situaciones en una sola ocasión, por parte de uno de los evaluadores del cuerpo de Bomberos y Protección Civil de Municipio. Estas al parecer no se registraron formalmente y estaban hechas fuera del contexto.

- Reconocimiento y revisión de áreas: Previo al simulacro se llevó a cabo una revisión de las áreas a evacuar y se hizo algún acomodo de los inmuebles para lograr un mejor desalojo, pero este acomodo solo fue temporal.
- Sistemas de comunicación: Se utilizó para lograr a cabos los simulacros inicialmente un llamado por el sistema de radio-comunicación del SAMU, se utilizó además sistemas de comunicación de doble vía del personal de vigilancia interna y externa.
- Selección y preparación de simuladores: Se seleccionó a un número de simuladores, parte de las brigadas y parte familiares de los mismos brigadistas que se ofrecieron para tal fin.
- Verificación final de los preparativos: Se llevó a cabo al igual que otras reuniones a escasos minutos previos al simulacro. Por lo que se dejó abierta muchas situaciones a evaluar.

Etapas de ejecución:

- Fase previa: Como se comentó casi toda la preparación se llevó de manera conjunta en esta fase previa, se tuvo escaso planeamiento pero un punto a favor es que nos permitió medir nuestras capacidades de improvisación y capacitación.
- Fase de ejecución: Se dio la orden de inicio del simulacro por parte del director de Servicio Auxiliares, Diagnósticos y Paramédicos en el turno matutino y vespertino. En la noche por el subdirector en turno. Se utilizó para tal fin como señal de alarma altavoces, con el esquema de Clave Amarilla en tres ocasiones (clave amarilla, clave amarilla, clave amarilla)... Después señalándose el área a evacuar... Y posteriormente dando una serie de sonidos de sirena de manera intermitente en tres ocasiones y posteriormente continuo. Lo cual provocó la asistencia de los diferentes brigadistas, colocándose en diferentes sitios para permitir la evacuación. Inicialmente dado el aviso se procedió a atrancar puertas y enviándose en

los casos del primer y segundo simulacros hacia las zonas de seguridad determinadas, siguiendo instrucciones simples, como son las de no correr no gritar, no empujar y evitar llevarse objetos en las manos. A los pacientes que no podían trasladarse por su propio pie, se dejaron hasta el último y estos posteriormente una vez que salió el contingente principal, fueron auxiliados por la brigada de Búsqueda y Rescate para que salieran. Algunas personas por su condición no fue posible trasladarlas por lo que se les colocó una tarjeta de triage de color negra para simular que eran cadáveres y estos no fueron movilizados. Una vez que se dio la salida de pacientes y familiares, se procedió a la simulación de incendios, en caso de los primeros simulacros en el tercero se habló al servicio de Bomberos y Protección Civil, los cuales acudieron con diferentes unidades. A través del Sistema de Comunicación Integral (066) se enviaron además Unidades de Cruz Roja y unidades del Servicio Médico Municipal (Cruz Verde) sin previo aviso de la situación de simulacro. Las primeras al momento que se presentaron establecieron una coordinación inmediata, las segundas sorprendidas de la situación se dedicaron a tomar una participación activa. Los últimos el Servicio Médico Municipal, demostraron su enojo al saber que se trataba de simulacro y se retiraron, no sin antes hacer comentarios con palabras altisonantes. En los primeros dos simulacros sí se llevó al cabo el conteo de evacuados. No así el último. Donde se involucro pocas personas y casi todas decidieron observar el simulacro. Se instalaron diferentes áreas de trabajo como son las zonas de conteo, las cuales se acordonaron, área de desastre, puesto de primeros auxilios, banco de equipos, áreas de racionamiento y amortiguamiento etc; También se instaló un corredizo e descontaminación y se dividió el pasillo de quirófano en las diferentes sitios específicos cuando se simuló materiales peligrosos, y en el caso de los pacientes simulados, se trasladaron al servicio de urgencias adultos. Hubo alguna inconformidad por parte de algunos médicos del servicio de urgencias, los cuales posteriormente se integraron al proceso del simulacro. Se decidió por parte de este servicio manejarse de manera aislada al resto del simulacro. Se dio la orden de terminación del evento de simulacro en los dos primeros casos con la clave amarilla resuelta en tres ocasiones y se dio la orden de regresar a las instalaciones. En el último caso no se dio la orden de la terminación del simulacro. Se convocó a todos los participantes posteriormente a las juntas evaluatorias.

Inicialmente se procedió a llevar a los evacuados hacia la explanada de la torre de especialidades, con el fin de evitar molestias a los usuarios y empleados del hospital. Dada su cercanía. Posteriormente en otros simulacros se procedió a simular la evacuación hacia el parque que se encuentra enfrente. Pues en un caso se encontraba lloviendo y en otro tanto el personal y público deseaba observar las actividades de los brigadistas.

Etapas de evaluación y ajuste:

Se realizó las juntas evaluadoras y se hicieron comentarios buenos y malos respecto a los simulacros, concidiendo en casi todos los casos que fueron buenos los mismos.

- Elaboración del formulario para evaluar: Nunca se llevó a cabo ningún formulario de evaluación. Ya existe uno normado a nivel nacional en la guía práctica de simulacros de evacuación (4) y el del Programa Hospital Seguro (8) los cuales no se llevaron a cabo, ni por los observadores, ni evaluadores, ni directivos del hospital, todavía se está a la espera de los comentarios por escrito de los observadores participantes.

CONCLUSIONES:

Varios son los aspectos a evaluar cuando se presenta el tema de la evacuación hospitalaria como medida de respuesta ante eventos destructivos.

- La evaluación del hospital y su capacidad de respuesta en situaciones de desastre implica abarcar una metodología que abarque a todos los sectores involucrados.
- La evaluación de participantes fue buena en términos generales a pesar de las fallas que se comentaron.
- Los simulacros sin preparación previa pueden demostrar sus carencias no solo de propios sino también de los organismos confluente. Y reactivar su re-orientación. Pero esta no será posible si no se involucran los directivos del hospital o no se dan las condiciones para el seguimiento.
- Las medidas de implementación de reducción del riesgo básicamente hasta este acercamiento son nulas. Por lo cual se considera que las evacuaciones que se ven de una forma muy peculiar por parte de los empleados del hospital como la única opción, porque cumple en parte el vacío en este rubro. Y les da un sentimiento de seguridad parcial que si no es bien manejado puede ser contraproducente.
- Teniendo en cuenta que las instituciones de salud son activos de un alto costo, evacuar innecesariamente representa una pérdida importante desde el punto de vista económico, de sostenibilidad y peor aun, de credibilidad frente a su comunidad usuaria de los servicios.
- Hay un común denominador en cuanto a la falta de preparación para tomar la decisión de evacuar o no un hospital, sobre las repercusiones inmediatas y de largo plazo y respecto al proceso técnico en caso de requerirse (4), tal como concluye el documento del grupo de evacuaciones en San Salvador.
- Hay una identificación clara en cuanto a que la decisión final recaerá en el director del hospital o quien haga sus veces, El dilema de evacuar o no el hospital, es influido por la reacción humana natural frente a un evento

adverso, por lo mismo, es necesario exponer a la totalidad de los funcionarios las características del hospital y su nivel de seguridad para tomar la decisión más adecuada.

- La decisión de evacuar el hospital debe ser compartida, en la medida de lo posible, con las autoridades sanitarias o de gobierno responsables de la zona respectiva. En este caso Protección civil del municipio de Guadalajara, debe integrar estas medidas y exigir las como parte integral de los programas de protección. Me percate por experiencia propia la falta de preparación de Personal de protección del estado, municipio y el sistema de atención médica de urgencia. Ante la falta de un sistema de evaluación de simulacros que ya esta definido a nivel nacional, así como la falta de estos para coordinarse incluso en un simulacro. Es necesario profundizar en la coordinación intersectorial como respuesta a situaciones en la cuales la decisión de evacuar deba tomarse pero también que el personal de este sector debe reunirse no solo en estos eventos sino también en otros tipos de situaciones, que le lleven a cabo para una homologación de terminología y procedimientos.
- La elaboración y difusión de los diagnósticos previos y mapas de riesgos es un elemento vital para que las autoridades prevean con anterioridad los posibles eventos y sus consecuencias. (1) El Mapa de riesgos de la zona Metropolitana (7) que es un instrumento útil, pero antiguo para los nuevos conceptos, de riesgo y vulnerabilidad, la actualización debe de volverse una actividad cotidiana en el ámbito gubernamental. Y no ejecutarse de manera ocasional cuando los requerimientos superiores así lo determinen.
- La elaboración, formulación y puesta a prueba de planes hospitalarios para desastres deben realizarse con la participación de la mayor cantidad posible del personal hospitalario con el fin de interiorizar los elementos esenciales de seguridad en el hospital frente a eventos naturales adversos y organizar la atención de víctimas que lleguen al hospital como consecuencia de eventos adversos (5)
- El plan de desastres de la institución deberá hacer parte integral de la gestión de los directores de los Hospitales. En ello se debe incluir el plan de atención de víctimas, evacuación y reanudación del servicio.
- El definir el proceso inicial de la evacuación en caso de requerirse para hacerla un proceso técnico, y debe de disminuirse la posibilidad de improvisación. A este mismo respecto se plantea la necesidad de definir “indicaciones y contraindicaciones” de una evacuación y evitar confusiones o toma de decisiones inoportunas o precipitadas.

Muchas preguntas se mantienen aún sin respuesta satisfactoria aplicable a todas las situaciones. En todos los casos, debería realizarse una concienzuda evaluación de los riesgos de evacuar o no evacuar el hospital.

Se considera por el momento debe de realizarse estudios complementarios de percepción del riesgo como las escalas tipo Likert y seguir de manera continua con el proceso de preparación de los programas de protección civil, e incrustarlos en la organización interna del hospital como un actividad cotidiana. Y cumplir según lo enmarca la norma técnica para la certificación hospitalaria como se comenta textualmente: Contar con un comité de protección civil o de seguridad e higiene que haya definido los procesos de respuesta ante siniestros e incendios, en todos los servicios y departamentos del hospital, incluidas la ruta y acciones para la evacuación de pacientes y de personal (3)

BIBLIOGRAFIA:

1. Organización Panamericana de la Salud, Documentos de Trabajo y Conclusiones del Grupo de Evacuaciones Hospitalarias en el Desarrollo del Taller Hospitales en Desastres: Actuar con Precaución, San Salvador Jul,8 2003.
2. Organización Panamericana de la Salud, Curso de Planeamiento Hospitalario para Casos de Desastre, Material de Distribución 5-3, Evacuación de Edificaciones, Washington D. C., 2002.
3. Poder Ejecutivo, Consejo de Salubridad General, Criterios de Certificación de Hospitales. Diario Oficial de la Federación, México, D. F., Jun, 1999,
4. CENAPRED-SEGOB Guía Practica para elaboración de Simulacros 2da. Ed. México, D. F., 1995.
5. Organización Panamericana de la Salud, Manual para Simulacros Hospitalarios de Emergencia Washington D. C., 1995.
6. SEGOB, Norma Oficial Mexicana Señales y Avisos de Protección Civil. NOM-003-SEGOB/2002 Señales y Avisos para Protección Civil-Colores, formas y símbolos a utilizar. México, D. F., Jun, 2002.
7. Universidad de Guadalajara, Mapa de Riesgos de la Zona Metropolitana de Guadalajara, Guadalajara. Ago, 1993.
8. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Programa de Atención a la Salud en Casos de Desastre, Hospital Preparado para Afrontar situaciones de Desastre. "Hospital Seguro". México, D. F., May, 1997