



UNIVERSIDAD NACIONAL DE INGENIERIA

FACULTAD DE INGENIERIA CIVIL
CENTRO PERUANO JAPONES DE
INVESTIGACIONES SISMICAS Y
MITIGACION DE DESASTRES



(Texto de la Conferencia presentada en el Seminario Internacional de Planeamiento, Diseño, Reparación y Administración de Hospitales en Zonas Sísmicas Realizado en Lima - Perú, del 20 de Agosto al 9 de Setiembre de 1989)

"EL ROL DE LA OPS EN PREPARATIVOS HOSPITALARIOS
PARA SITUACIONES DE DESASTRE"

Dr. José Luis Zeballos

Asesor Regional, Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia
y Coordinación del Socorro en Casos de Desastres, OPS

INTRODUCCION

El rol que juegan los hospitales para la atención médica de emergencia durante una situación de desastre es extremadamente crítico. De su organización y capacidad de respuesta dependerá la atención adecuada de los heridos y politraumatizados, así como las acciones que eviten la pérdida de vidas.

El presente artículo examina las experiencias observadas en los desastres de origen sísmico y sus efectos en el funcionamiento de los hospitales y delinea recomendaciones para los planes sobre preparativos hospitalarios para casos de desastre.

La historia de los desastres que han afectado a la Region de las Américas ha demostrado su alta vulnerabilidad, particularmente a los desastres naturales. Los terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, inundaciones, deslizamientos y sequías han ocasionado en las dos últimas décadas alrededor de 150.000 muertes, aproximadamente 500.000 heridos, cientos de miles de personas que han perdido sus viviendas y daños considerables a la economía de los países.

En adición a los desastres naturales, los desastres tecnológicos derivados del desarrollo industrial inorgánico, el continuo crecimiento poblacional de las grandes urbes, y los asentamiento humanos en áreas altamente vulnerables incrementan los factores de riesgo y agravan el panorama.

Dentro de este contexto, los terremotos constituyen sin duda alguna los eventos que han causado más destrozo, dolor y luto, y cuyos efectos todavía son visibles al cabo de muchos años, no solamente por la magnitud de los daños que ocasionan sino por el lento proceso de reconstrucción y los crecientes costos que agravan aún más la deprimida economía de los países. El cuadro 1, ilustra algunos de los terremotos ocurridos a nivel mundial en los últimos 20 años y considerados más severos por el número de muertes que estos han provocado.

FECHA	LUGAR/PAIS	MAGNITUD	NO. MUERTOS
31 Mayo 1970	Ancash, Perú	7.8	66.794
22 Diciembre 1972	Managua, Nicaragua	6.2	10.000
4 Febrero 1976	Guatemala	7.5	23.000
27 Julio 1976	Tangshan, China	7.8	642.469 (?)
16 Septiembre 1978	Tabas, Iran	7.7	18.220
19 Septiembre 1985	Cd. México, México	8.1	10.000
7 Diciembre 1988	Armenia, URSS	6.9	35.000

Cuadro 1. Terremotos que provocaron alta letalidad, 1970-1988.
Fuentes: UNDRO, OPS archivos y documentos técnicos.

DESASTRE	NO. HOSPITALES	NO. CAMAS
Terremoto, México, Septiembre 1985	13	4.387
Terremoto, El Salvador, Octubre 1986	4	1.860
Huracán, Jamaica, Septiembre 1988	22	5.085

Cuadro 2. Hospitales perdidos o seriamente afectados en desastres naturales.
Fuente: Archivos OPS.

Los Hospitales y su Rol en Situaciones de Desastre

En una situación de emergencia mayor o catástrofe, ya sea de origen natural, tecnológico o derivado de la violencia social, la prioridad inmediata está orientada a salvar vidas proporcionando ayuda inmediata a las víctimas. En este propósito, el núcleo de la respuesta sistematizada en el sector salud recae en primera instancia en la atención médica de emergencia, en la cual los hospitales juegan un rol crítico.

La atención de víctimas numerosas plantea serios problemas de organización en los países donde los servicios de emergencia son deficientes y no están bien coordinados. Los métodos adoptados en los países en desarrollo, tales como la utilización de personal paramédico con capacitación especial para atención de emergencias médicas uso de equipos de resucitación, telemetría y otros equipos de avanzada tecnología, no son necesariamente los más apropiados para América Latina y el Caribe, ni están al alcance de muchos de los países, al menos mientras no se haya suficientemente desarrollado la infraestructura de los servicios de salud.

Por otro lado los hospitales bien estructurados no necesariamente indican que estén preparados para responder adecuadamente en situaciones de emergencia mayor, si no han estado adecuados para tal propósito. Especialmente situaciones en las que entran en juego decisiones complejas, incluyendo el aspecto humano que afecta directamente al personal hospitalario o a sus familiares, restando eficacia a la respuesta.

El desarrollo de planes hospitalarios para desastres internos (incendios, inundaciones, apagones, derrumbes, contaminaciones) y externos (atención de víctimas masivas ocasionadas por una catástrofe o por un accidente mayor), debería ser una norma jurídicamente establecida en todas las instituciones del sector salud y asegurar los mecanismos que permitan verificar su existencia y su eficacia.

La Vulnerabilidad de los Hospitales

Pero los hospitales aún siendo importantes como primer nivel de respuesta, tampoco estén exentos a sufrir los efectos directos de un desastre natural

RECURSOS	Instituciones del sector salud						
	SSA	IMSS	ISSSTE	DIF	Otros ^a	Privados ^b	Totales
Hospitales N II & III							
Antes	17	37	9	24	8	23	118
Después	15	28	7	24	8	23	105
Perdida	2	9	2	0	0	0	13
Camas Censables							
Antes	4975	8197	2427	1807	1383	760	19549
Después	4230	5422	1560	1807	1383	760	15162
Perdida	745	2775	867	0	0	0	4387
Unidades Menores							
Antes	220	175	112	191	---	81	779
Después	181	171	105	191	---	81	729
Perdida	39	4	7	0	0	---	50
Consultorios							
Antes	1735	2789	888	203	---	---	5615
Después	1499	2649	738	203	---	---	5089
Perdida	236	140	150	---	---	---	50

^a incluye PEMEX, Secretarías de la Defensa Nacional y de la Marina.

^b incluye Cruz Roja, Hospitales Humana, Español, ABC y Metropolitana

Cuadro 3. Inventario de recursos físicos en el área metropolitana con posterioridad al terremoto del 19 de septiembre 1985, México, D.F.
Fuente: Secretaría de Salud de México, Dirección de Epidemiología.

Características de las víctimas	Hospitales colapsados			
	General		Juárez	
	Número	%	Número	%
Fallecidas	295	62,6	561	76,0
Pacientes	85	18		
Recién nacidos	94	20,0	295	40,0
Médicos	56	11,9	44	6,0
Enfermeras	37	7,9		
Personal administrativo	4	0,8	222	30,0
Personal intendencia	16	3,4		
Visitantes	3	0,6		
Rescatadas con vida	129	27,4	179	24,0
Adultos	26	5,5	171	23,5
Recién nacidos	63	13,4	4	0,5
Médicos	40	8,5	4	0,5
Desaparecidos	47	10,0		
TOTAL	471	100,0	740	100,0

Cuadro 4. Personas fallecidas y rescatadas con vida después del colapso de los Hospitales General y Juárez, México, D.F., 1985.
Fuente: Crónicas de Desastre. Terremoto en México. OPS, 1987.

o provocado por el hombre. En efecto los últimos desastres que han afectado la región han demostrado que los hospitales no son invulnerables a las consecuencias de los desastres. Así se ha evidenciado con la destrucción de importantes hospitales durante los terremotos de México y El Salvador y los destrozos ocasionados por el huracán "Gilbert".

Las experiencias son particularmente dramáticas en los terremotos de México y El Salvador, no solamente por la destrucción de importantes hospitales sino también por la pérdida de numerosas vidas.

El terremoto de México ocurrido en setiembre de 1985, con un epicentro a 400 Km. al Sudoeste de la ciudad de México y con una magnitud de 8.1, destruyó o afectó severamente a 49 hospitales, de los cuales 13 eran hospitales de alta complejidad, habiéndose perdido la utilización de 4.389 camas sin contar las unidades menores (Cuadro 3). Este terremoto ocasionó la pérdida de alrededor de 10.000 vidas, 30.000 heridos fueron atendidos en los primeros días.

En relación a la mortalidad asociada con el derrumbe de estructuras hospitalarias, 879 personas fallecieron atrapadas por el derrumbe de los hospitales Juárez y General, ambos localizados en la Capital Federal (Cuadro 4).^{1 2}

El terremoto de El Salvador ocurrido en octubre de 1986, con un epicentro ubicado en la falla geológica que cruza la ciudad de San Salvador.

Aunque la magnitud fue moderada, 5.4, afectó severamente a 4 hospitales y destruyó varios centros de salud. Las estimaciones de reconstrucción de estos daños, según estimaciones de CEPAL, alcanzarían la suma de \$US 120 millones. Este terremoto causó 1500 muertos y cerca de 10.000 heridos.³

El terremoto de Chile ocurrido en marzo de 1985, con una magnitud de 7.8, afectó a la zona central y aunque no ocasionó muchas víctimas pro

Proyecto o Actividad	Inversiones Miles de Dolares
Construcción y equipamiento del nuevo Hospital General	16,000.00
Construcción y equipamiento del nuevo Hospital para Niños (Bloom)	19,000.00
Construcción y equipamiento del nuevo Hospital del Seguro Social	24,000.00
Construcción y equipamiento de cuatro Centros de Salud	2,600.00
Rehabilitación del Hospital de Maternidad	200.00
Rehabilitación de siete centros de salud	1,920.00
Rehabilitación y construcción de los dos Hospitales Militares	13,000.00
Rehabilitación de nueve clínicas privadas	2,000.00
Construcción del Hospital Pediátrico	200.00
TOTAL	102,920.00

Cuadro 5. Resumen de inversiones y ocupaciones en el sector salud. Terremoto en El Salvador.

Fuente: CEPAL, 1986.

vocó daños estructurales a 22 hospitales de 79 existentes en toda el área afectada, ocasionando la pérdida de 3.271 camas, de los cuales el 20% correspondió al área metropolitana.⁴ Alrededor de 200.000 viviendas fueron dañadas o destruidas, pero se registraron pocas víctimas; 180 muertos y alrededor de 2.500 heridos.⁵

Aunque de acuerdo a la opinión de los sismólogos, cada uno de los terremotos mencionados ha tenido características particulares, por la ubicación del epicentro, tipo de ondas, profundidad y consistencia geológica del suelo, parece ser que los factores comunes que han provocado los muertos y heridos están relacionados con fallas estructurales de los edificios, agravados por los daños no estructurales relacionados con equipo, máquinas, mobiliario y otros artículos existentes en el interior de los edificios, aspecto al que se le está dando cada vez mayor atención.

En lo que respecta a la vulnerabilidad de los hospitales a los terremotos, diversas instituciones están efectuando estudios que a la luz de las experiencias permiten caracterizar mejor los factores de riesgo y de esta manera implantar normas o recomendaciones de construcción y funcionamiento de estructuras hospitalarias en áreas de alta vulnerabilidad sísmica.

Desde el punto de vista del interés de la salud, se ha tratado de identificar los factores de riesgo que están asociados con la estructura hospitalaria, los factores denominados no estructurales y los aspectos de comportamiento. Dicho de otra manera, las variables que son susceptibles de intervención (variables dependientes) y cuyos riesgos se pueden evitar o atenuar y aspectos que no dependen de la intervención (variables independientes) y por lo tanto no son susceptibles de controlar. En el Cuadro 7 se resumen algunos de los factores de riesgo.

La vulnerabilidad de los hospitales adquiere una dimensión mayor cuando no son conceptualizados en su diseño los problemas potenciales que se pueden esperar y la calidad de construcción adecuada para confrontar los riesgos.

Región	No. de Hospitales	No. de Camas	Camas Perdidas	
			No.	%
Metropolitana (Santiago)	26	11,464	2,373	20,7
Región 5 (Viña del Mar, Valparaíso, San Antonio)	23	4,573	622	13,6
Región 6 (Rancagua)	15	1,413	212	15,0
Región 7 (Talca, Maule)	15	2,286	64	2,8
TOTAL	79	19,736	3,271	16,6

Cuadro 6. Impacto en los hospitales, terremoto en Chile, marzo de 1985.
Fuente: L. Wyllie, M. Durkin, et al. Earthquake Spectra, Volume 2, No. 2, Febrero 1986.

ESTRUCTURALES	NO- ESTRUCTURALES	COMPORTAMIENTO
Diseño Calidad de construcción Tipo de material Calidad de suelo Características del sismo Hora de ocurrencia Densidad de población	Equipo médico Equipo de laboratorio Equipo de oficina Mobiliario Estantes de pared Cocinas, refrigeradores Rayos X Reactivos Calefones, etc.	Información pública Motivación Planes Simulacro Programas educativos Capacitación de personal de salud

Cuadro 7. Vulnerabilidad, factores de riesgo.

Se suma a los anteriores conceptos la carencia de reglas de seguridad y medidas apropiadas para confrontar potenciales desastres dentro de los hospitales.

La característica de una buena mayoría de los hospitales en la Región de las Américas demuestra que se tratan de estructuras que datan de los primeros tiempos de la colonia, en las que hay necesidad de reforzamiento de sus estructuras y mantenimiento, o facilidades modernas en las que los materiales de construcción no siempre satisfacen los criterios de seguridad.

Política de la OPS en Materia de Preparativos Hospitalarios

La mayoría de los hospitales de los países altamente vulnerables a desastres naturales, con excepción de los ubicados en las áreas urbanas, están insuficientemente equipados y preparados para atender la demanda súbita de un número masivo de víctimas. No hay comités establecidos ni programas de educación continua sobre manejo de grandes emergencias.

Los preparativos hospitalarios para situaciones de desastre constituyen un componente importante del programa de la OPS sobre preparativos para emergencia y respuesta en caso de desastre. Los siguientes son los puntos que merecen una cuidadosa consideración en el proceso de elaboración de los planes hospitalarios para desastres:

- * Categorización de los hospitales y estudio de los factores de riesgo para determinar la vulnerabilidad a desastres.
- * Organización hospitalaria para desastres internos y externos.
- * Capacitación de personal a todo nivel.
- * Elaboración de planes de contingencia.
- * Establecimiento de las medidas de seguridad de las estructuras, servicios y persona.
- * Organización y desarrollo de ejercicios de simulación y simulacros que midan la capacidad de respuesta de los establecimientos durante las emergencias.

- * Incorporación de la administración de los desastres en las actividades de educación continua de los hospitales.
- * Planificación de construcción y remodelación de estructuras hospitalarias tomando en cuenta la vulnerabilidad del área y los factores de riesgo.
- * Implantación de medidas que garanticen la dotación de equipos de emergencia a los hospitales, particularmente a los denominados "críticos", que permitan su funcionamiento aún en la emergencia.

La Organización Panamericana de la Salud, a través de sus mecanismos de cooperación técnica, proporciona apoyo de expertos, promueve reuniones de carácter técnico científico, apoya al desarrollo de la capacitación de los recursos humanos y fomenta la cooperación e intercambio entre los países.⁶

Perfil de un Plan Hospitalario para Desastres

Independientemente de las características físicas de un hospital, su nivel de complejidad y recursos, los planes hospitalarios deben reunir las siguientes características comunes:

- * Debe ser basado en su capacidad operativa, tomando en cuenta los recursos existentes en la institución y en la comunidad.
- * Debe ser funcional y altamente flexible para adaptarse a situaciones y circunstancias cambiantes.
- * Debe establecer claramente las líneas de autoridad y mando, así como los roles y funciones asignados, y ser de fácil comprensión.
- * Debe constituir parte de un plan regional de catástrofes y contribuir a robustecer los planes de defensa civil.
- * Debe ser continuamente actualizado y el personal familiarizado con el uso del plan.
- * Debe contener medidas para desastres internos y externos.
- * Debe establecer claramente actividades específicas para las fases de preparativos, alerta, emergencia y restablecimiento.

* Debe estar fácilmente accesible para todo el personal.

De manera esquemática mencionamos los aspectos mas importantes a tomar en cuenta en cada fase, detalles operativos pueden encontrarse en diferentes publicaciones de la OPS, particularmente recomendamos la serie de diapositivas tituladas atención médica hospitalaria.

Preparativos

Comité de desastres: cada hospital designara un comité permanente encargado de la elaboración, difusión, revisión periódica y actualización del plan, lo mismo que de la capacitación del personal y la coordinación con las otras instituciones del sector salud. Los niveles profesionales y administrativos, así como los servicios técnicos y generales, deben estar representados en ese comité.

Coordinación interinstitucional e intersectorial: un desastre mayor exige la participación de todas las instituciones del sector salud. Por lo tanto, es necesario establecer coordinación con las instituciones públicas y privadas que permitan la organización de una red de atención escalonada.

Establecimiento del centro de operaciones de emergencia: el centro de operaciones ubicado en el hospital, tiene la misión de reunir a los miembros del comité de desastres, vigilar el desarrollo de las acciones mediante la coordinación intra y extrahospitalaria y asignar los recursos de acuerdo a la magnitud del desastre. La magnitud del desastre y el número de casos esperados deben determinar la movilización parcial o total del hospital.

Señalización de las rutas de circulación y vías de evacuación: el hospital debe tener claramente marcadas las rutas de circulación y vías de evacuación en casos de desastre, y poner en exhibición los diagramas de distribución del edificio en lugares claramente visibles. Los diagramas de circulación debidamente marcados deben también ser visibles para los vehículos y ambulancias que circulan en la zona.

Inventario de reservas de medicamentos y suministros médicos de emergencia todo hospital debe contar con una reserva de los fármacos y suministros médicos mas necesarios para la atención de emergencias en gran escala. Este abastecimiento debe ser verificado periódicamente.

Verificación de los sistemas alternos de comunicación interna y externa: las comunicaciones constituyen un elemento crítico de enlace en caso de desastre. El plan de atención hospitalaria debe considerar sistemas alternos de comunicación que reemplacen los existentes en caso de que estos se vean afectados por el desastre. Es necesario establecer también un sistema interno de comunicación entre los diferentes departamentos y servicios del hospital. Los altavoces portátiles, las líneas telefónicas internas y los radios de doble vía son algunas alternativas.

Verificación de los sistemas alternos de abastecimiento de agua, energía eléctrica y combustible: no obstante que estas medidas ya deben estar incluidas desde la fase de diseño de la construcción del hospital, la experiencia ha demostrado que estos requisitos se cumplan muy pocas veces. Un plan adecuado de atención hospitalaria para casos de desastre debe establecer normas para contar con servicios alternos y probar la eficiencia de los actualmente existentes.

Inventario de ambulancias y otros medios de transporte: un inventario periódico de las ambulancias, unidades móviles y otros vehículos en servicio contribuye en forma efectiva a la capacidad operativa de un hospital. El plan debe contener instrucciones claras sobre las prioridades en el uso y circulación de las diferentes categorías de vehículos. Se debe mantener un inventario de los recursos disponibles para la movilización de pacientes, tales como camillas y sillas de ruedas, y designar las áreas de almacenamiento y circulación dentro del hospital.

Actualización de los manuales y guías operativas para acción en caso de emergencia: la dirección del hospital y las jefaturas de departamentos técnicos y de apoyo administrativo deben tener, juntamente con el plan, las instrucciones o manual específico, establecido para cada departamento o servicio, lo mismo que las guías sobre la organización del personal en grupos de trabajo, líneas de mando, liderazgo alternativo y relaciones con otras instituciones especializadas.

Simulaciones, simlacro: es imprescindible desarrollar actividades de adiestramiento y capacitación continua sobre los diferentes aspectos del plan, en especial el papel que le toca desempeñar a cada uno durante una emergencia. Para probar la eficiencia del plan y mejorarlo, se debe llevar a cabo ejercicios de simulación o simulacro por lo menos una vez por año.

Alerta

Procedimientos de notificación del desastre: la notificación de un desastre puede provenir de varias fuentes de información. La central telefónica debe informar de inmediato a la autoridad médica de turno o a la persona a cargo, quien debe activar el plan de atención y poner en funcionamiento el centro de operaciones de emergencia.

Activación del plan y sistema de comunicaciones: la central telefónica debe poner en acción el plan interno y externo de comunicaciones, mantener líneas exclusivas para la emergencia y seleccionar el ingreso de llamadas. El operador de turno debe cerciorarse que todos los servicios claves, departamentos técnicos, administrativos y de apoyo, sean notificados.

Organización del área de recepción de heridos: el cirujano encargado del triage debe organizar el área de recepción de acuerdo a la información obtenida sobre la naturaleza del desastre y el número estimado de casos que puedan requerir atención hospitalaria. De acuerdo a esta información, se debe utilizar uno o varios espacios físicos para recibir a los pacientes y se debe considerar la posibilidad de aumentar la capacidad hospitalaria dando altas selectivas, postergando cirugías electivas y suspendiendo la atención de consulta externa.

Asignación de recursos al área de recepción de heridos: la adecuada organización y asignación de recursos al área de recepción constituye un aspecto clave para una respuesta efectiva. El personal asignado debe estar organizado en equipos. Cada equipo debe estar integrado por un cirujano general, un médico, una enfermera y dos auxiliares.

Identificación del personal: por razones de seguridad y de organización, todo el personal asignado al área de recepción de heridos, lo mismo que el personal de turno de los servicios claves, deben utilizar una identificación visible.

Movilización de suministros médicos esenciales: los suministros médicos y el equipo básico necesario deben ser previamente empacados en carritos o cajas que faciliten su transporte a las áreas de tratamiento. Estos carritos o cajas deben estar bien identificados y clasificados por categorías—por ejemplo, equipo básico de ventilación y cilindros portátiles de oxígeno; material de curaciones y soluciones antisépticas; medicamentos de urgencia; instrumentos básicos de cirugía, etc.

Preparación de los departamentos de emergencias, cirugía, enfermería, servicios técnicos de apoyo y servicios administrativos:

- a) el personal del departamento de emergencias es el recurso humano que, organizado en equipos, deberá efectuar las actividades de triage y los cuidados médicos de emergencia;
- b) se deben suspender las cirugías programadas que no sean de urgencia habilitar las salas de observación y recuperación y organizar al personal de reserva para estar disponible las 24 horas del día;
- c) el plan de atención debe asignar a la enfermera la responsabilidad de tener a mano los procedimientos de emergencia para casos de desastre internos y externos e informar a los pacientes sobre los mismos;
- d) los servicios o departamentos de rayos X, farmacia, laboratorios y banco de sangre deben suspender los servicios de rutina, poner en marcha el plan de turnos para proveer atención de emergencia las 24 horas del día y preparar el material y equipo necesario;
- e) los servicios administrativos prestan apoyo a los servicios técnicos, aseguran que el personal asignado este en sus lugares de trabajo, facilitar la utilización de los fondos de emergencia para gastos relacionados con el desastre y apoyar el desenvolvimiento normal de los servicios generales, en particular los relacionados con transporte y raciones adicionales de alimentos;

Cordinación de los servicios de seguridad interna y externa: en una situación de desastre, el servicio de seguridad del hospital juega un papel clave no solamente en reservar el orden y seguridad dentro y fuera del hospital, sino también en asegurar que la circulación de vehículos se efec

túe en forma organizada permitiendo el libre acceso de las ambulancias al área de recepción de pacientes.

Información pública y de la prensa el plan hospitalario debe designar con anticipación las salas que servirán de centros para la entrega de información. Generalmente el personal profesional cumple la misión de portavoz. Se deben habilitar dos centros de información, uno para los familiares de las víctimas y el otro para los medios de comunicación.

Emergencia

Organización del triage a la entrada del hospital: el triage en la entrada del hospital (área de recepción de heridos) permite llevar a cabo una nueva valoración del diagnóstico efectuado en el sitio del desastre y del grado de severidad de las heridas para darle prioridad de tratamiento.

Identificación y registro de los heridos: el plan para desastres debe establecer con anticipación los mecanismos necesarios para la identificación y registros de los heridos que ingresen. Los formularios de registro de datos, las tarjetas de identificación y las tarjetas para el triage, deben estar disponibles y accesibles.

Derivación de los pacientes a las áreas de tratamiento: los hospitales bien organizados designan con anticipación las áreas que servirán para la recepción y tratamiento de los pacientes categorizados por orden de prioridad. La mayoría de los servicios médicos ha adoptado el uso de los colores rojo, amarillo, verde y negro para determinar prioridades de atención.

Referencia de pacientes a otros hospitales: aunque el hospital tome medidas previas para ampliar su capacidad de atención, es posible que muchos casos requieran cuidados especializados para los cuales el hospital no esté equipado o que, simplemente, la demanda de atención supere la capacidad del hospital. Para estos casos, el plan debe contemplar la alternativa de referir pacientes a otros centros hospitalarios y proveer los medios de transporte necesarios para ese fin.

Depósito e identificación de cadáveres: Si la morgue del hospital no tiene capacidad suficiente, el plan debe designar con antelación el sitio donde depositar temporalmente los cadáveres. En aquellos desastres en los que el reconocimiento de las víctimas es difícil, el departamento de patología debe coordinar estas labores con el departamento de policía. El plan debe tener un protocolo detallado sobre procedimientos de manejo e identificación de cadáveres.

Medidas de seguridad en el área de triage, áreas de tratamiento y circulación: El servicio debe resguardar las instalaciones claves del hospital y tener un medio propio de comunicación con el departamento de emergencia y con el centro de operaciones. Si el personal de seguridad de la institución no es suficiente, se debe solicitar la cooperación de la policía.

Restablecimiento

Terminada la emergencia, las actividades del hospital deben volver a su rutina habitual, los jefes de los departamentos técnicos, administrativos y los servicios generales deben enviar a la dirección y al comité de desastres un informe resumido sobre las acciones del departamento o servicio a su cargo señalando los aspectos positivos y negativos, críticas que eventualmente servirán para mejorar el plan hospitalario para desastres.

***** oo *****

REFERENCIAS

1. Crónicas de Desastre, Terremotos en México. Organización Panamericana de la Salud. 1986.
2. Zeballos, J.L. Health Aspects of the México Earthquake. Disasters, Volume 10, N° 2, 1986. pp. 141-149.
3. Durkin, Michael. The San Salvador Earthquake of October 10, 1986. Earthquake Spectra. Volume 3, August 1987.
4. Wyllie, L.A. et al. The Chile Earthquake. Earthquake Spectra. Volume 2, N° 2, 1986.
5. Reyes, M. et al. Brief description of the effects on health of the earthquake of March 1985. Disasters, Vol.10, N°2, 1986. pp.125-140.
6. Informes técnicos de la OPS, Programa de Preparativos para Desastres, 1987-1988.