

PROBLEMAS OBSERVADOS EN LA PLANIFICACION HOSPITALARIA PARA DESASTRES

**Dr. Nelson Raúl Morales Soto
Programa de Preparativos para
Emergencias y Desastres
OPS/OMS**

La mitad de los 15,000 hospitales en Latinoamérica y el Caribe están asentados en zonas de alto riesgo de desastres. El Sector Público administra el 42% de estos establecimientos y el 55% del millón de camas disponibles (1-3).

A esta visible amenaza se agrega la vulnerabilidad relacionada con la escasa inversión en salud la cual en la década reciente ha sido del orden del 3 al 5% del PBI (versus 9.2% en los países con economía de mercado consolidada). Este extendido empobrecimiento del sector y un crecimiento negativo de su infraestructura han reducido su tasa de camas por habitante, particularmente en el área andina, profundizando la inequidad pues 140 millones de personas de los 400 que habitan la subregión no tienen acceso a ningún servicio (4).

Estas limitaciones se pronuncian con la pérdida de US\$ 10 billones anuales por ineficiencia en la administración de los hospitales de la subregión (4) en tanto que, se considera, que el sector pierde anualmente US\$ 28 billones (5), agravando el problema.

Esta crisis sectorial ha conducido a la visión inmediatista de solucionar perentoriamente lo cotidiano reduciendo la inversión en la prevención o mitigación de problemas considerados aleatorios como los desastres. El crítico papel de los hospitales tras la contingencia ha exigido mejorar la respuesta asistencial lo que se ha logrado ostensiblemente en la Subregión a través de los preparativos para desastres (6), actividad cuya implementación tiene un costo apenas simbólico.

En las dos últimas décadas más de 100 hospitales en las Américas salieron abruptamente de operación y 20 de ellos colapsaron catastróficamente por efectos de terremotos, quedando fuera de servicio unas 10,000 camas hospitalarias lo que dejó sin atención -en momentos críticos- a unos 10 millones de personas (1). Un 80% de los establecimientos excluidos del servicio lo hicieron por daños en sus líneas vitales o afectación severa de sus componentes organizativos y funcionales.

HOSPITALES EN LATINOAMERICA Y EL CARIBE ANTECEDENTES

CAPACIDAD INSTALADA:	15,000 (42% Sector Público) 1'000,000 camas (55% S.P.)
INVERSION EN SALUD:	3-5% PBI (9.2% en PEMC)
CRECIMIENTO SECTOR:	3.04 a 2.66 camas/1000 Hb
INEQUIDAD:	140/400 millones sin acceso
INEFICIENCIA HOSPIT:	US\$ 10 billones/año perdidos
INEFICIENCIA SECTOR:	US\$ 28 billones/año perdidos

LA VULNERABILIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES

A pesar de su alta exposición a las amenazas naturales (1-3) la mayoría de los hospitales supera los 30 a 50 años de edad constructiva la cual es considerada como su vida útil promedio (7). Esto exige un prolijo control de los componentes funcionales y operativos de su vulnerabilidad.

A pesar de ello el mantenimiento de instalaciones tiene acumulada una deuda que supera los US\$ 64 billones (8). La encuesta hecha a Coordinadores sectoriales para desastres en la Subregión revela que un 50% de los nosocomios tienen Comité y Plan Hospitalario para Desastres pero sólo se garantiza que un 10% lo tenga actualizado y comprobado con un simulacro supervisado (9).

La misma indagación revela que en 3 de 9 países encuestados está vigente una ley que establece obligatoriedad para la mitigación y preparativos hospitalarios para desastres, 5 tienen un presupuesto sectorial disponible para esos fines, y en 5 se ha iniciado la formación y capacitación universitaria institucionalizada en ramas médicas orientada a una protección sistematizada para desastres.

Un hospital seguro para desastres debe garantizar estructura y función. Los preparativos deben comenzar en un buen diseño de espacios y funciones de la instalación, un estudio de riesgos y la implementación de un plan para desastres aunque todo esto puede ser inútil cuando el establecimiento se desploma. De ahí la necesidad de complementar prevención, mitigación y preparativos.

RIESGO EN HOSPITALES DE LATINOAMERICA Y EL CARIBE SITUACION, 1996

BAJO AMENAZA NATURAL:	50% de establecimientos
BAJO VULNERABILIDAD:	
-Edad constructiva:	> 30-50 años
-Mantenimiento:	US\$ -64 billones
-Preparativos:	10-50% PHD comprobado
-Ley preparativos:	3/9 encuestados
-Presupuesto PMR:	5/9 encuestados
-Formación Rec Hum:	5/9 encuestados

LA PROTECCION DE HOSPITALES CONTRA DESASTRES

El alto riesgo en la Subregión justifica institucionalizar globalmente la protección contra desastres como estrategia del desarrollo de los países y en particular en sectores del ámbito social como el de la salud, asegurando mecanismos legales, económicos y técnicos para su cumplimiento. Una ley marco debe articular las responsabilidades y relaciones entre los actores, derivar las normas que instrumenten el cumplimiento de su mandato, y establecer los responsables civiles de su ejecución y supervisión.

El proceso como tal debe integrar la prevención, la mitigación y los preparativos para la respuesta como instrumentos concurrentes e inseparables; y debe extenderse a los subsectores público y privado.

Debe establecerse una autoridad con responsabilidad técnica y legal para acreditar la aplicación efectiva de medidas de protección en el hospital y el seguimiento del proceso (10).

PROBLEMAS FRECUENTES EN LA PROTECCION DE HOSPITALES

-
1. Ausencia de una política nacional de protección
 2. Débil soporte legal y económico para PMP
 3. Irrupciones en el planeamiento sectorial
 4. Falta de autoridad que acredite la protección
-

PROBLEMAS OBSERVADOS EN LOS PREPARATIVOS HOSPITALARIOS

Entre los más frecuentes se cuentan los siguientes:

1. **FALTA DE VISION DE LOS PREPARATIVOS COMO PARTE DE UN PROCESO**, que permite promover que:
 - a. La seguridad del hospital y sus operaciones descansen sobre una red multidisciplinaria de servicios,
 - b. La capacidad operativa se amplíe con un eficiente trabajo pre y post-hospitalario,
 - c. La participación general reduce la vulnerabilidad del planeamiento y del plan,
 - d. El plan es sólo un instrumento del proceso.

PROBLEMAS OBSERVADOS EN PREPARATIVOS HOSPITALARIOS

- Falta de un proceso que promueva:
 - Red multidisciplinaria de servicios
 - Labor pre y post hospitalaria
 - Participación general
 - Instrumentar el proceso
- Planes vulnerables o mal implementados,
- Pobre interés de autoridades y usuarios,
- Mal seguimiento y ensamble a mitigación.

2. VULNERABILIDAD DEL PLAN HOSPITALARIO PARA DESASTRES

Si el planeamiento debe dar seguridad al establecimiento su instrumento, el plan, debe asegurar una baja vulnerabilidad.

En la experiencia regional fueron fuentes de fracaso:

a. Dificil comprensibilidad: Porque el rigor técnico del documento dejaba de lado a ciertos usuarios en los que reposa una definida responsabilidad, p.e. operadores de mantenimiento y seguridad.

b. Limitada disponibilidad: Cuando por "razones de seguridad" el documento no estuvo al alcance de los responsables de las operaciones; o cuando por limitaciones económicas el plan no fue difundido entre el personal o no se pudieron implementar sus disposiciones.

c. Escasa fiabilidad: El plan no tuvo substancia (como característica fundamental de calidad) y por tanto no logró el crédito de los usuarios para quienes la probabilidad de su aplicación, 1 en 50, no justificaba la inversión de su tiempo y preocupación (5).

d. Falta de flexibilidad: El plan no logró agilizar los flujos de operaciones, recursos o comunicaciones y el hospital no se "adaptó" a la demanda masiva.

VULNERABILIDAD DEL PLAN HOSPITALARIO PARA DESASTRES

- Difícil comprensibilidad por los usuarios
- Limitada disponibilidad por operadores
- Escasa fiabilidad por su calidad intrínseca
- Falta de flexibilidad para adaptarse

3. LA APARICION DE RIESGOS INTERCURRENTES

A los riesgos identificados pueden asociarse otros antes poco visibles que requieren enfoques particulares:

a. Distorsión en la percepción del riesgo

La permanente exposición al riesgo sin que sobre éste se apliquen medidas de reducción distorsionan la percepción, el peligro entonces deja de ser "percibido". Esto es frecuente en hospitales donde el envejecimiento desatendido de la planta y los equipos, la pobreza progresiva de usuarios y prestadores, la falta de respuesta a la solicitud o la denuncia, o la imposibilidad declarada de cambiar la situación, llevan a la apatía del operador, situación que a veces se califica como indolencia. Trabajar prevención en este clima es infructuoso.

b. Cambios inesperados en el proceso

La transición de cargos directivos, particularmente la salida de líderes influyentes, crea distorsiones en el proceso y altera la calidad de los productos finales.

c. Crisis socioeconómica extrema

La depauperación de los servicios sin expectativa de mejora crea desaliento en el personal y el esfuerzo se orienta a la atención de lo inmediato perdiéndose metas de mediano y largo plazo. Las huelgas del sector salud paralizan a veces servicios fundamentales como los de urgencias.

d. El comportamiento oculto

El personal puede tener comportamientos para la crisis no sospechados que afloran en situaciones de extrema tensión. Expertos opinan que apenas un 15% de las personas envueltas en situaciones de riesgo extremo conservan el equilibrio necesario para emitir o acatar órdenes adecuadamente y mostrar conductas ajustadas (11). Este riesgo puede reducirse con entrenamiento que podría aplicarse por lo menos a los grupos liderantes.

LA APARICION DE RIESGOS INTERCURRENTES

- Distorsión en la percepción del riesgo
- Cambios inesperados en el proceso
- Crisis socioeconómica extrema
- El comportamiento oculto

4. FLEXIBILIDAD DE LA CAPACIDAD OPERATIVA

Entre la atención cotidiana y los grandes desastres existe una infinita variedad de situaciones intermedias a veces complejas. El plan ideal debe lograr una fácil articulación entre estos extremos cuidando de no generar gastos inútiles o movilización innecesaria de personal.

Las tres operaciones indispensables en desastres son: Atención a las víctimas, asistencia al propio hospital y comando. Cada una tiene su propia importancia y su propia vulnerabilidad. La más sensible al riesgo es la de comando, aduciéndose algunas razones: falta de preparación de los funcionarios, carencia de idoneidad personal para el mando, pobre disponibilidad para la concertación previa, escasa disposición para atender a la prensa, exagerada preocupación por la imagen, entre otras. Continúa siendo un desafío cómo conciliar los poderes de los directores -y sus comités asesores- con la necesidad de ejecutar medidas urgentes y coherentes requeridas por la situación.

RIESGOS CRITICOS PARA LOS PREPARATIVOS

Existen condiciones de muy difícil manejo que requieren ser contempladas durante los preparativos. Entre ellas:

- **Colapso de estructuras y de componentes no estructurales.**

Es una condición probable mortífera que demostró su vigencia en el terremoto de México de 1985,

- Incendios y escape de materiales peligrosos.

Prevención y control de fuego es una exigencia constante. En pocos países los Bomberos hacen inspecciones periódicas obligatorias de los hospitales.

- Evacuación general del hospital en condiciones adversas.

Particularmente difícil en hospitales pediátricos o psiquiátricos, Unidades de Terapia Intensiva.

- Ataques armados contra el hospital.

La creciente beligerancia armada ya creó la experiencia de pérdidas humanas y materiales por acción bélica.

RIESGOS CRITICOS PARA LOS PREPARATIVOS

-
- Colapso de estructuras y no-estructural
 - Incendios y escape materiales peligrosos
 - Evacuación general en condiciones adversas
 - Ataques armados contra el hospital
-

EPILOGO

La creciente vulnerabilidad incrementará la frecuencia y gravedad de los desastres. Los países más pobres continuarán pagando los más altos costos sociales y económicos, y la alianza entre desastres y pobreza garantizará su subdesarrollo.

Los hospitales en muchos países deberán afrontar los efectos catastróficos en condiciones adversas hasta que políticas coherentes de desarrollo sostenido aseguren procesos de protección integral con énfasis en los nosocomios ubicados en zonas de alto riesgo.

BIBLIOGRAFIA

1. **OPS/OMS.** Mitigación de Desastres en las Instalaciones de Salud. Washington, 1993.
2. **PAHO/WHO.** Disaster Preparation and Mitigation in the Health Sector of Latin American and the Caribbean. Washington, 1994.
3. **PAHO/WHO.** Disaster Mitigation: Vulnerability Analysis and Preparedness of Hospitals in Latin America. Washington, 1995.
4. **OPS/OMS.** El Hospital Público, Tendencias y perspectivas. Washington, 1994.
5. **LONDOÑO J.** Entrevista. Consultor en Salud, No. 131, pag. 5. Buenos Aires: 17 de noviembre de 1995.
6. **OPS/OMS.** Hacia un Mundo más Seguro Frente a los Desastres Naturales. La trayectoria de América Latina y el Caribe. Washington, 1994.
7. **WAGNER R, JONES N, SMITH G.** Risk factors for casualty in earthquakes: The application of epidemiologic principles to structural engineering. Structural Safety 13:177-200, 1994.
8. **PAHO/WHO.** Maintenance of Hospital Equipment. Washington, 1993.
9. **OPS/OMS.** Informes de país a la Reunión de Coordinadores Nacionales para Desastres de los Ministerios de Salud de América Latina. Huaraz, 1995.
10. **MORALES R.** Planeamiento Hospitalario para Desastres Naturales en Latinoamérica. Reunión Internacional sobre Desastres Naturales. Huaraz-Perú, 1995.
11. **BOYD,** citado por FORERO et al. 1992.