

ORGANIZACION Y PREPARACION DE HOSPITALES ANTE SITUACIONES DE DESASTRES NATURALES

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

En América Latina y el Caribe existen 15,000 hospitales. Un 50% de ellos está ubicado en zonas de elevada amenaza natural. Esto implica que muchos de ellos estarán sometidos intempestivamente a los efectos de fenómenos naturales intensos que podrían eventualmente dañar sus componentes físicos estructurales y no-estructurales.

Este riesgo se verá incrementado por la edad constructiva de aquellos establecimientos que sobrepasan los 30 a 50 años, considerada su vida útil promedio, ello añadido a la reducida inversión en salud de la última década, 3 a 5% del PBI, lo cual redundará definitivamente en un pobre mantenimiento de sus instalaciones.

Tras el evento destructivo esos hospitales serán solicitados masivamente por la comunidad en crisis. La realidad actual es que, mucho antes del siniestro, gran parte de tales nosocomios ya están sobrecargados tanto en sus servicios de urgencias como en sus camas de hospitalización y aquejan insuficiencia de recursos humanos y materiales; todo esto añade vulnerabilidad al sistema y confiere a las autoridades y usuarios la visión de que la relación entre demanda y oferta cotidiana está en niveles críticos y que moderados incrementos en la demanda pondrían en riesgo de colapso operativo a determinados servicios.

La coincidencia de estos factores durante el impacto de un desastre podría producir, alternativa o simultáneamente, el colapso de los elementos estructurales del hospital, el fallo de sus funciones por inoperatividad de sus líneas vitales, o la ineffectividad de sus operaciones médicas por trastornos de la organización. Son tres modalidades de daños que pueden sacar de servicio un hospital. La prevención de la última de ellas corresponde a esta presentación.

Los preparativos hospitalarios para la respuesta a desastres.

Se definen así al conjunto de medidas que permiten asegurar la calidad y oportunidad de la respuesta de un nosocomio a la demanda masiva de víctimas causadas por un desastre.

El efecto final de los preparativos debe traducirse como *capacidad operativa* para la respuesta. Debe quedar bien establecido que aquella podrá darse en un nivel adecuado sólo si el hospital permanece en pie y con capacidad de funcionar tras el siniestro; de ahí la necesidad perentoria de reducir los riesgos físicos del establecimiento.

No debe tampoco perderse de vista que los preparativos para respuesta son apenas una pequeña parte del programa sectorial de protección contra desastres y que, en mucho, su calidad está ligada a los esfuerzos previos de mitigación, prevención, educación y participación de la comunidad.

Para apreciar el estado de los preparativos para desastres en un hospital pueden emplearse los criterios siguientes:

- La existencia de un Comité de Emergencias o Desastres que funcione regularmente -al menos 4 veces al año- promoviendo los cambios necesarios,
- La disponibilidad de un plan hospitalario actualizado anualmente, funcionalmente comprobado, e insertado en el plan ciudadano para afrontar desastres,
- La ejecución de simulacros supervisados que pongan a prueba, anualmente, la coordinación y la calidad de las operaciones de respuesta internas y externas.

Vulnerabilidad de los preparativos hospitalarios.

Se considera que la mitad de los hospitales en zonas de alto riesgo en América Latina y el Caribe disponen de planes para desastres. Es difícil precisar cuántos de aquellos planes se mantienen actualizados y han sido comprobados a través de simulacros supervisados.

Los problemas más visibles y extendidos en los preparativos hospitalarios para desastres son:

a. Falta de una perspectiva de proceso. Las autoridades y el personal del hospital muestran siempre buena disposición inicial para confeccionar un plan de desastres y realizar un simulacro. Sin embargo, el seguimiento y la actualización de los preparativos y el plan son comúnmente problemáticos porque el interés en el asunto no es sostenido, a lo cual se suman la corta duración de los Comités y su escasa capacidad ejecutiva.

La protección contra desastres requiere ser una actividad permanente y la actualización de los planes debe ser periódica dados los naturales cambios ocurridos en el establecimiento. Esto enfrenta en la realidad a la limitada disponibilidad y estabilidad de funcionarios hospitalarios con capacitación suficiente en desastres que puedan mantener una constante disposición para el tema en un cargo desde donde puedan conducir el proceso por períodos medianamente prolongados. Se impulsaría notablemente el proceso con la disponibilidad de personal con la estabilidad suficiente y un adecuado nivel de autoridad técnica y jerárquica que permita movilizar las actividades y conferir un sesgo promotor al Comité de Desastres.

b. Desensibilización del personal. La percepción colectiva del riesgo es transitoria. La convivencia con la amenaza y los períodos de retorno prolongados en el ciclo de determinados desastres desensibilizan a las personas. Concurren a este efecto la salida de líderes de los puestos clave y las demandas no satisfechas de atención a riesgos identificados en la infraestructura y la provisión de servicios. La llamada “crisis de los hospitales” ha desalentado la protección de los mismos, ha generado migración de especialistas y ha orientado la escasa inversión disponible a la atención de necesidades inmediatas postponiendo lo preventivo e incluso el propio mantenimiento de los establecimientos. Se requiere mantener en vigencia la percepción del riesgo en los grupos responsables de la protección. Sería valioso el diseño de escalas de apreciación del riesgo y del impacto de las medidas para su reducción.

c. Carencia de patrones para medir la capacidad operativa resultante. ¿En qué medida contribuyen los preparativos a mejorar la eficacia y la oportunidad de la respuesta del hospital al desastre? Aunque la réplica afirmativa parece simple la apreciación no deja de ser altamente subjetiva; cuantitativamente es difícil establecerlo y no se dispone de patrones de referencia para ello.

Podrían ser útiles algunos indicadores que se emplean para evaluar la atención de la demanda masiva generada periódicamente por situaciones de emergencia, p.e. accidentes del transporte masivo, tales como: tiempo de estancia de la víctima en Urgencias, mortalidad en este servicio o en la hospitalización inmediata, tiempos y calidad del acondicionamiento de pacientes graves para cirugía de urgencia, entre otros. Se deberá hacer el esfuerzo para extrapolar técnicamente estos parámetros entre los campos de la urgencia individual y la demanda masiva por desastres, o diseñar nuevos indicadores.

d. Insuficiencia o carencia de redes ciudadanas para atención de emergencias. La atención de la demanda masiva causada por desastres requiere la operación concertada de muchos servicios, entre otros los hospitales y los servicios de búsqueda y rescate. El factor oportunidad puede aliarse favorablemente al factor eficacia si los múltiples operadores han logrado concertar su trabajo al interior de redes operativas para emergencias donde los espacios geográficos, los roles institucionales y los procedimientos técnicos estén clara y oportunamente definidos y homologados.

Sugerencias para reducir la vulnerabilidad de los preparativos hospitalarios.

a. Institucionalización. Todo esfuerzo para la protección de un hospital es válido pero su efectividad en el tiempo podría mantenerse y acrecentarse si constituye parte de un proceso consensual en el nivel nacional. Se requiere institucionalizar los preparativos y no solo darles bases legales y económicas sino consolidar el enlace entre esta actividad y las de mitigación y educación. En algunos países hay leyes que precisan la obligatoriedad de los preparativos de los hospitales para responder a catástrofes. México adoptó recientemente la certificación de “Hospital seguro” la cual comprende el estudio de vulnerabilidad y la aplicación de medidas para mitigación y preparativos para desastres en sus establecimientos de salud.

b. Especialización y dedicación. El campo de la gestión de los aspectos sanitarios de la protección contra desastres se ha encomendado a especialistas cuya formación ha recibido en la Región un gran apoyo de las Escuelas de Salud Pública y de organismos internacionales de cooperación técnica.

En el campo asistencial, a pesar de que la mortalidad por *causas externas* -que incluye accidentes, violencias y catástrofes- está entre las 10 primeras en América Latina, y en algunos países es la primera en el grupo de edad de 15 a 44 años, los equipos de salud que tienen a su cargo la primera atención de estos pacientes en los hospitales no se han beneficiado con la posibilidad de una formación universitaria especializada en sus propios países.

¿Qué especialidades mantendrán un interés central en prevenir la generación de daños por causa externa -incluida su modalidad de demanda masiva- y en mejorar los procedimientos y resultados de la atención médica de sus efectos?

Estas reflexiones han llevado a que universidades de dos países, Perú y Ecuador, implementen un post grado especializado en Medicina de Emergencias y Desastres. Los nuevos especialistas deberán asumir la planificación y la atención de la urgencia cotidiana, los preparativos y las operaciones hospitalarias de respuesta a desastres, y apoyarán la gestión de la preparación, mitigación y prevención en el sector salud. Esta será la dedicación central de una carrera profesional que durará unas 3 décadas y alrededor de la cual girarán sociedades médicas especializadas, cátedras universitarias, investigación científica, diseminación del conocimiento y esfuerzos comunes con la empresa privada.

c. Consenso en el proceso. Se requiere superar disensos de forma o de terminología. En el nivel básico, así como la gestión del proceso de salud no puede separarse del de la enfermedad tampoco los preparativos pueden aislarse de la mitigación, ni la prevención lo puede hacer de la educación para la salud.

En el nivel aplicativo, la conformación del Comité de Emergencias o Desastres debe ser multidisciplinaria y sus acciones deben superar la simple asesoría para **promover** en forma visible los cambios en la organización y en los procedimientos técnicos y administrativos que se traduzcan en resultados positivos visibles antes que el plan tenga que enfrentarse a la catástrofe. Asimismo el volumen del personal capacitado en desastres debe alcanzar una masa crítica que permita influenciar en las decisiones directorales para implementar medidas de mitigación.

La vulnerabilidad de lo individual, expresión normal de las fronteras de la capacidad operativa de todo establecimiento, debe superarse a través de la conformación de redes operativas para emergencias en las que participen todos los recursos de la comunidad y donde asienten las bases para disponer realmente de sistemas de protección contra desastres.

REFERENCIAS

1. **OFDA/USAID.** Safer Hospitals for Latin America and the Caribbean: PAHO Supports Emergency Health Preparedness. Evaluation Bulletin. Spring 1995.
2. **OPS/OMS.** Conferencia Internacional sobre Mitigación de Desastres en Instalaciones de Salud. Washington 1996.
3. **OPS/OMS.** El Hospital Público Tendencias y Perspectivas. Washington 1994.
4. **OPS/OMS.** Guías para la Mitigación de Riesgos Naturales en las Instalaciones de la Salud de los Países de América Latina. Washington.
5. **MORALES R.** Planeamiento Hospitalario para Desastres Naturales en Latinoamérica. Conferencia Internacional sobre Desastres Naturales. Huaraz-Perú, 1995.
6. **PAHO.** Mortality from Accidents and Violence in Americas. Epidemiological Bulletin. Vol. 15, Nr. 2, July 1994.