

4. ADMISION, SALA DE ESPERA Y TRIAJE

Un diseño muy funcional permite la confluencia de Admisión, Caja, Sala de Espera, Triage y Farmacia en este ambiente. La instalación es cómoda y permite un flujo adecuado de pacientes y personal. El triaje permite derivar los casos leves a los Módulos de Atención Rápida para que accedan a Emergencia únicamente los pacientes en situaciones de urgencia además que encamina directamente a Shock-Trauma a los casos de extrema gravedad. La vulnerabilidad de esta área radica en la posibilidad de rotura de los vidrios y la caída de aparatos colgantes (ventilador, televisor) que podrían causar daños físicos a los ocupantes en caso de terremoto.



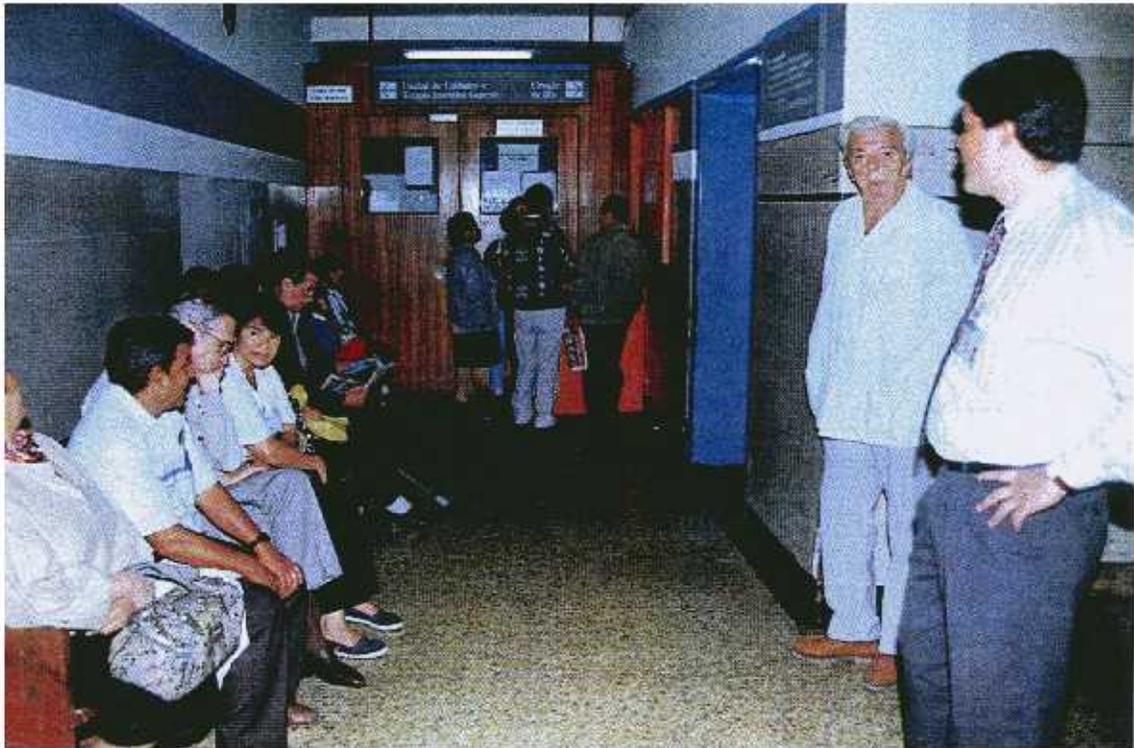
5. SHOCK-TRAUMA Y OBSERVACION PROLONGADA

El ambiente de Shock-Trauma tiene acceso directo, diseñado para atender un caso por vez puede ampliarse a dos, tiene buen equipamiento y suministros, cuenta con personal especializado para maniobras de soporte básico de vida. La sala de Observación Prolongada tiene 15 camillas con buen equipamiento pero su vulnerabilidad radica en ocupación y permanencia elevadas.



6. CIRUGIA DE DIA Y CUIDADOS INTENSIVOS

Ubicados en el segundo nivel sobre Emergencia tienen acceso por ascensor y escalera internos. Se ha previsto que en caso de desastre la Sala de Cirugía de Día constituiría el primer frente para la atención quirúrgica de las víctimas y que en segunda instancia se emplearía el Centro Quirúrgico, los pacientes operados y los graves no quirúrgicos se atenderían en la Sala de Cuidados Intensivos adyacente. Su actual vulnerabilidad es que su acceso es zona de espera de familiares y pacientes ambulatorios.



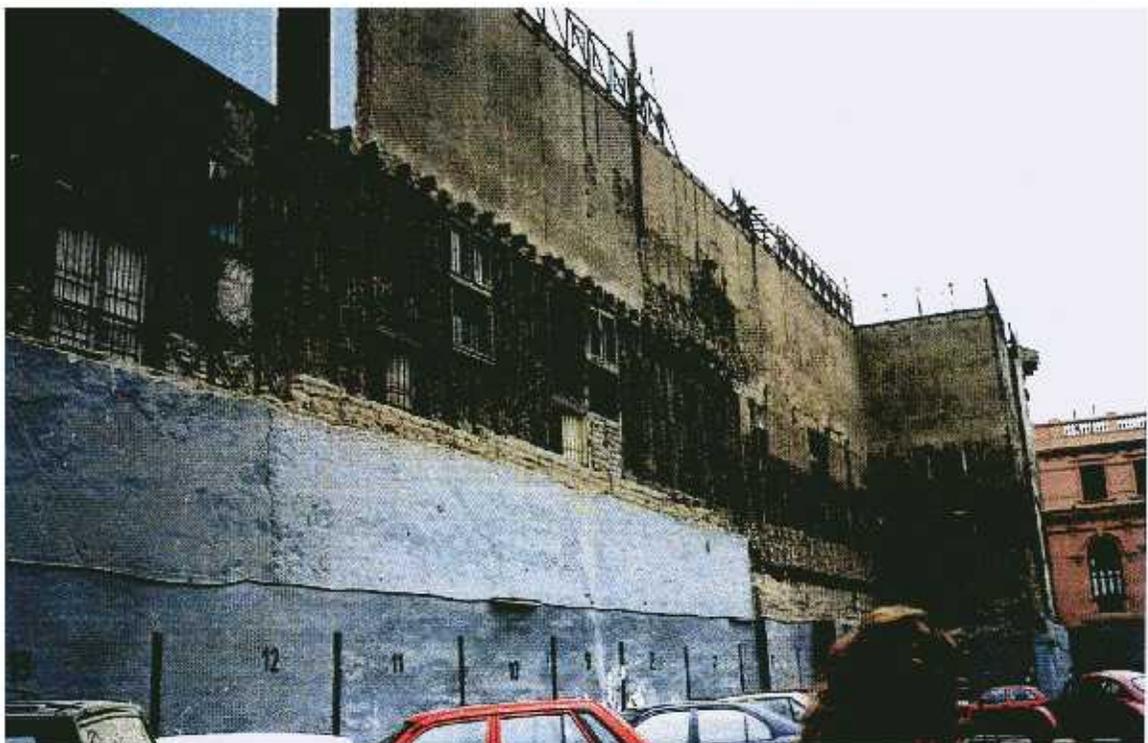
7. PATIOS INTERIORES E INGRESO A SERVICIOS GENERALES

Con ingreso por la calle Cangallo se accede a los ambientes de servicios generales y a patios internos que son empleados como áreas de parqueo vehicular asignado al personal. Por la vía que se aprecia en la fotografía se puede también acceder al patio de ambulancias. Su vulnerabilidad radica en la presencia de un tanque de oxígeno instalado adyacente al acceso y a los vehículos ahí estacionados.



8. LA VULNERABILIDAD DEL ENTORNO

En el Cercado de Lima hay unas 20 mil viviendas en estado de colapso inminente debido principalmente a su construcción muy antigua con caña, barro y madera, y a su precario mantenimiento. El Instituto de Defensa Civil considera que gran parte de ellas colapsaría por un sismo que supere los 6.5 grados Richter generando unas 30 mil víctimas en esa zona de la Capital. Un sismo de esas características podría también causar daños físicos u operativos a los viejos hospitales ubicados en ese distrito.



ANEXO “C”

DOCUMENTOS VARIOS

- 1. CRITERIOS Y CONVENCIONES**
- 2. PLAN HOSPITALARIO DE EMERGENCIA**
- 3. PLAN OPERATIVO DE EMERGENCIA DEL SECTOR SALUD
PARA CASO DE SISMO Y TSUNAMI EN LIMA
METROPOLITANA Y CALLAO**

1. *Criterios y convenciones*

En situaciones de eventos catastróficos como un terremoto destructor el hospital debe asegurar un nivel mínimo de integridad física en sus componentes estructurales y no-estructurales que garanticen la seguridad de sus ocupantes durante el evento, y luego mantener o elevar su capacidad operativa para proporcionar asistencia sanitaria masiva, **respuesta**, a la demanda generada la cual es, generalmente, excepcionalmente elevada en volumen y complejidad.

Por sistematización, tres situaciones de falla pueden darse:

- que la edificación colapse,
- que la edificación se mantenga en pie pero su incompetencia de líneas vitales la saque de operación,
- que estando la edificación en pie y con integridad de sus líneas vitales deje de ser operativa por fallo de sus componentes organizativos y de respuesta.

Esto configura formas diversas -generalmente combinadas- de colapso físico (estructural y no estructural) y funcional-operativo.

La vulnerabilidad de lo funcional y organizativo de los establecimientos de salud en relación a situaciones de desastre se ha estudiado desde la perspectiva de 5 grandes componentes primarios:

- los ambientes, como la vulnerabilidad resultante de la distribución, el uso y las relaciones de los espacios en que el hombre desarrolla sus actividades, considerando como atributo funcional primordial **la fluidez en el espacio utilizado**,
- las instalaciones y equipamientos, como la vulnerabilidad resultante de la disponibilidad y el funcionamiento de lo instrumental y la seguridad de las líneas vitales que los alimentan, considerando como atributo funcional primordial **la suficiencia de este soporte**,

- los suministros, como la vulnerabilidad resultante de la disponibilidad de los insumos y el proceso logístico para asegurar el cumplimiento de objetivos de atención cotidiana y excepcional, considerando como atributo funcional primordial **la suficiencia de la disponibilidad de los suministros,**
- los recursos humanos, como la vulnerabilidad resultante de la disponibilidad del personal y la operatividad requerida para afrontar situaciones normales y de contingencia, considerándose como atributo funcional primordial **la eficacia de sus servicios,**
- la organización, como la vulnerabilidad resultante de la normatividad y presupuestos disponibles, el conjunto de medidas para protección del sistema contra contingencias, y el engarce del modelo con sistemas equivalentes o complementarios en el entorno ciudadano, considerándose como atributo funcional primordial **la eficiencia en la gestión.**

El conjunto de la interacción de estos atributos se considera como la **capacidad operativa** del sistema, entendida como la factibilidad de atender eficaz y oportunamente una demanda elevada y compleja, sumatoria final de sus fortalezas y debilidades.

La Demanda

Por su volumen la demanda puede tener los niveles siguientes:

- **Habitual:** El promedio de atenciones de todos los días del mes, incluye días y horas punta,
- **Demanda masiva:** El volumen de demanda inusual registrado incidentalmente (p.e. accidentes de transporte masivo, víctimas en espectáculos, otros),
- **Desastre:** El volumen y gravedad de demanda extrema teóricamente probable, p.e. terremotos destructores.

Por la gravedad de las víctimas la demanda puede ser:

- **Grave:** Cuando la noxa súbitamente pone en riesgo la vida de la víctima, p.e. politraumatismo y colapso multisistémico,
- **Moderada:** Cuando hay riesgo de efectos severos sobre la salud o de lesiones definitivas incapacitantes, p.e. abdomen agudo,
- **Leve:** Cuando se compromete solo el bienestar de la persona con leve o limitado efecto sobre la salud, p.e. contusiones leves.

Ponderación de la Función

Por la escasa disponibilidad de instrumentos se acordó que la función en todos sus niveles sería ponderada cualitativamente en 3 categorías:

Limitación crítica: Cuando la función estudiada no asegura la calidad del servicio prestado ni siquiera en la actividad cotidiana,

Aceptable: Cuando la función estudiada asegura la calidad del servicio prestado durante la atención cotidiana y la demanda masiva periódica,

Optimo: Cuando la función estudiada asegura la calidad, cantidad y oportunidad de los servicios.

2. *Plan Hospitalario de Emergencia*

1. OBJETIVO:

Dotar al HNGAI de mecanismos, de carácter temporal y específico, a través de los cuales se logre la conformación de Equipos de Trabajo; cuya orientación sustantiva será brindar atención asistencial eficiente en situaciones de desastre o emergencia externa.

II. FINALIDAD

Establecer un Documento Guía que permita definir una organización adecuada a circunstancias de excepción emergencia; a la vez que señale las funciones generales de los equipos de trabajo que han de conformarlo.

III. ALCANCE

La presente directiva comprende a todo el personal que presta servicios en el HNGAI

IV. RESPONSABILIDAD

El cumplimiento y la ejecución de la presente directiva es responsabilidad directa de: Dirección General, Dirección Médica, Dirección Quirúrgica, Dirección de Administración, Jefes de Departamentos y Jefes de Servicios.

BASE LEGAL:

- | | |
|------------------------------|---|
| - Decreto Leg. No. 24786 | Ley General del IPSS |
| - Decreto Ley No. 19609 | Ley de Emergencia |
| - Decreto Ley No. 19338 | Ley de creación Defensa Civil |
| - Decreto Leg. No. 442 y 735 | Modificadoras de la ley de creación de
Defensa Civil |
| - D.S. No. 005 | Reglamento de Defensa Civil. |

VI. DISPOSICIONES GENERALES Y ESPECIFICAS

6.1 Del Comité de Emergencia

1. Director General del HGAI o su representante, quien la presidirá.
2. Director Médico: Responsable del área de Servicios Médicos.
3. Director Quirúrgico: Responsable del área de Servicios Quirúrgicos.
4. Director de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento: Responsable de Laboratorio, Diagnóstico por Imágenes y Farmacia.
5. Director de Administración: Responsable de los Servicios Generales.
6. Jefe del Departamento de Emergencias: Jefe Operativo.
7. Jefe del Departamento de Enfermería: Responsable del área de enfermería y personal asistencial no profesional.

6.2 De la Convocatoria

- 6.2.1 El Jefe del Departamento de Emergencia o el jefe de Guardia de turno, en ausencia del primero, será quien informe al Presidente del Comité, luego de haber tomado las primeras medidas de alerta. El Presidente convocará a todo el COMITÉ para la evaluación y el inicio de la operación.
- 6.2.2. El Comité se reunirá en la Dirección del Hospital o en cualquier otro lugar, si hubiera deterioro de su estructura.
- 6.2.3. Secuencia de actividades:
 - PERIFONEO: “Atención a todos los Servicios del Hospital, Emergencia Roja” (3 veces consecutivas).
Si no es posible contar con perifoneo, el Director del Hospital, el Jefe de Emergencia o el Jefe de Guardia, ordenará que se activen las SIRENAS de las ambulancias durante cinco (5) segundos, con intervalos de cinco (5) segundos, (3) veces consecutivas.
 - El COMITE de Emergencia se reunirá inmediatamente en el lugar que determine el Presidente o cualquiera de sus miembros que se encuentre en el Hospital, iniciándose automáticamente reuniones del personal disponible en cada repartición o servicio para evaluación de daños y capacidad operativa, los que serán reportados, por escrito al Comité.
 - Producida la catástrofe, el personal presente en el Hospital no puede abandonarlo y la orden es: “TODO EL MUNDO A SUS PUESTOS”. El personal asistencial y de servicios generales ausente, se constituirá en el Hospital en forma obligatoria.
 - Se inicia la atención masiva de los siniestrados en el o los espacios

físicos disponibles del Hospital de preferencias bajo techo que determine el Comité: halls, pasadizos, templo, jardines, etc.

- Se habilitará el funcionamiento ininterrumpido de los quirófanos disponibles y/o se improvisará con los recursos remanentes. Todos el personal del Centro Quirúrgico deberá concurrir a sus puestos para establecimiento de turno.

6.3 Utilización de Claves

El significado de cada CLAVE es de conocimiento obligatorio para todo el personal del Hospital. Ellas son:

EMERGENCIA VERDE:

Aquellas situaciones que demanda refuerzo preventivo del personal.

En tales casos, automáticamente, el equipo de Guardia de turno, queda reforzado con el Equipo de guardia correspondiente, de la siguiente manera:

Lunes con Jueves

Martes con Viernes 12 hrs. Diurnas/Nocturnas

Miércoles con Sábado 24 horas.

Domingo con Domingo 24 horas

Subsiguiente.

El COMITE determinará si el refuerzo es con presencia física o por el sistema de retenes. En ambos casos, la obligatoriedad es compulsiva.

El COMITE determinará el inicio y el fin del operativo.

El Jefe de Guardia deberá evacuar al máximo pacientes de la sala de Emergencia para la recepción de siniestrados.

Paralelamente, el Jefe de cada Servicio Médico o Quirúrgico, evaluará las altas potencialidades y tendrá la relación escrita de las camas, dando cuenta al COMITE, que encargará su disponibilidad al Jefe Operativo.

Automáticamente, la enfermera de turno de cada piso y/o Servicio, tomará las medidas necesarias para tener listas camillas, sillas de ruedas y cuando el Jefe Operativo las requieran proceda a la evacuación de pacientes de la Emergencia a los Servicios Internos y/o a la recepción de siniestrados en la Emergencia.

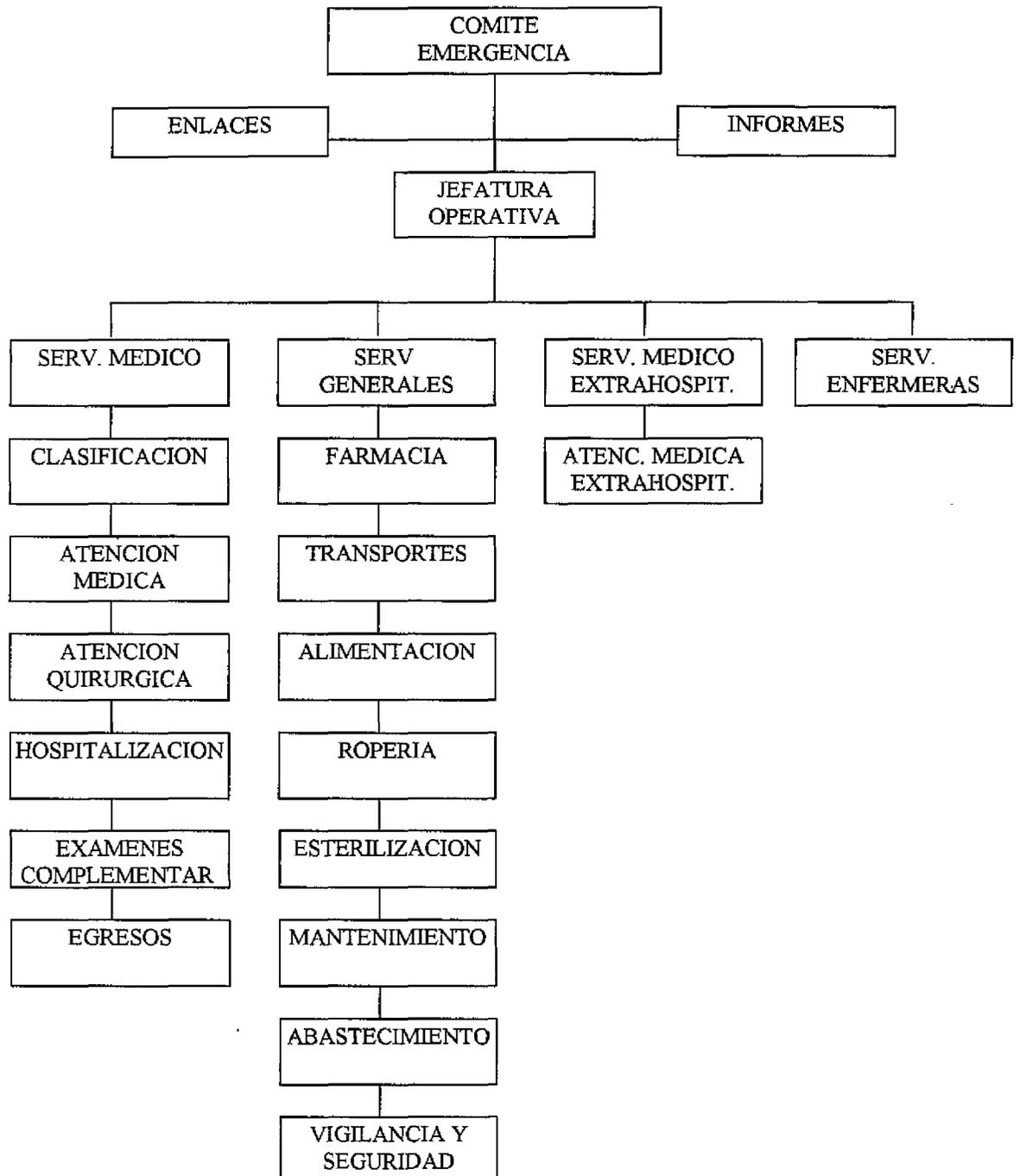
EMERGENCIA ROJA:

Aquellos siniestros que por su magnitud, transforman al normal desenvolvimiento de la colectividad, con alteración del funcionamiento de sus Instituciones con daños masivos en vidas humanas y materiales: terremotos, maremotos, accidentes de gran magnitud, atentados terroristas de grandes proporciones, enfermedades masivas, etc.

Para enfrentar estas situaciones, conserve o no el Hospital su estructura física, la organización de Nosocomio deberá estar en OPERATIVO, de acuerdo al Organigrama definido en el punto 6.4.1. Estructura.

6.4 De la Organización

6.4.1. Estructura



HOSPITALIZACIÓN: (Equipo 8).

- Primo-atención a siniestrados en salas.
- Evaluar cama disponibles por altas de evacuables complementando documentación.
- Recepcionar siniestrados evacuados de Emergencia para atención Médica Quirúrgica especializada integral.
- Egresos de siniestrados (Alta o Evacuación), para el Equipo No. 10.

RESPONSABLES: Jefes de casa Servicio y especializadas de guardia.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS: (Equipo 9)

- Evaluación de operatividad de personal y equipo.
- Recolección de muestras en foco de atención, llevando resultados.
- Ejecución de exámenes solicitados urgentes.
- Transfusión de siniestrados.
- Recepción de donantes.

RESPONSABLE. Jefe de Departamento de Jefe y de Servicios respectivos.

EGRESOS: (Equipo 10).

- Registrar el EGRESO DE SINIESTRADOS concordando con el libro de ingresos o de recepción y movimiento interno de pacientes.
- Los pacientes dados de alta y evacuados deben tener Historia Clínica con evolución al día, diagnóstico, indicaciones, fecha y hora.
- Tener la documentación administrativas correspondientes.
- Los egresos por fallecimiento (cadáveres) deberán contar con Historias Clínicas, si la hubo, registro de salida, identificación de ser posible
- Mantener coordinación fluida con Mortuorio, Admisión, personal de la Oficina de Hospitalización.

RESPONSABLE. Jefe de Departamento de Admisión.

SERVICIOS GENERALES

FARMACIA: (Equipo 11)

- Mantener stock permanente de medicamentos salvadores de la vida.
- Coordinar con el Director Administrativo para reparaciones urgentes

RESPONSABLE: Jefe del Departamento de Farmacia-Químico Farmacéutico de guardia.

TRANSPORTE: (Equipo 12)

- Se pondrá en funcionamiento todas las ambulancias operativas y demás vehículos del Hospital que sean necesarios.
- La puerta de entrada a Emergencia por el Jr. Cangallo se abrirá sólo para el ingreso de pacientes a Emergencia, ambulancias y personal autorizado.
- Toda ambulancia provista de radio se reportará para dar cuenta del lugar donde se encuentra y la labor que realiza.
- El equipo de transporte se pondrá a disposición del Equipo No 10 de EGRESOS para la movilización de pacientes (Altas), que se encuentra en imposibilidad de moverse por otros medios.

RESPONSABLE: Jefe de Servicio de Transportes.

ALIMENTACIÓN: (Equipo 13)

- Evaluar los requerimientos nutricionales para pacientes y personal, reportando disponibilidad de recursos y necesidades urgentes.
- Repartir raciones utilizando recursos operativos y solicitud de apoyo a la Dirección Administrativa.

RESPONSABLE: Jefe (a) Servicio de Alimentación.

ROPERIA-LAVANDERIA. (Equipo 14)

- Proporcionar los requerimientos extraordinarios de ropa en áreas críticas (Emergencia, Sala de Operaciones, UCI).
- Coordinar con el director Administrativo para requerimientos inmediatos.

RESPONSABLE: Jefe de Lavandería y Ropería.

ESTRILIZACION: (Equipo 15)

- En casos de daños de magnitud, informarse de equipos de otras áreas que hayan quedado operativos.
- Solicitar reparaciones urgentes para solventar requerimientos.

RESPONSABLE: Personal de Esterilización.

MANTENIMIENTO: (Equipo 16)

- Las instalaciones de luz, agua (calderos), generadores oxígeno y gases, carburantes, etc. deberán ser evaluados y establecerán los riesgos potenciales.

- Informar al Director de Administración de los recursos operativos y disponer las reparaciones urgentes.

RESPONSABLE: Jefe de Mantenimiento-Técnicos respectivos.

ABASTECIMIENTO: (Equipo 17)

- Mantendrá con los recursos disponibles, el abastecimiento de materiales en las áreas críticas en prioridad, simplificando los trámites que puedan entrada el objetivo.
- Mantendrá con almacén, estrecha comunicación y coordinación.

RESPONSABLE: Jefe de Abastecimiento.

VIGILANCIA Y SEGURIDAD: (Equipo 18)

- Responsable de todas las acciones dirigidas a controlar el tránsito de personas por las puertas de acceso, quedando prohibido el ingreso de personas ajenas al Hospital.
- Responsable de la seguridad del personal, material equipo e instalaciones del Hospital;
- Las puertas del Servicio de Emergencia, que dan acceso ambulatorios, en ambulancias y vehículos del personal en servicios y/o autorizado.

SERVICIOS EXTRAHOSPITALARIOS

ATENCION MEDICA EXTRAHOSPIATARIA: (Equipo 19)

- El servicio de atención domiciliaria, se congregará en el Star Médico para recibir indicaciones del Jefe de Guardia.
- Revisará el equipamiento para laborar en la zona de desastres,
- Se trasladará al teatro de operaciones que el comité designe

RESPONSABLE: Jefe de Atención Médica Domiciliaria.

SERVICIO DE ENFERMERIA: (Equipo 20)

- Los Servicios de enfermería en cada servicio medico y/o quirúrgico, seguirán atendiendo las obligaciones cotidianas en forma restringida, con delfín de posibilitar la disponibilidad de personal que se asigne a la atención de siniestrados.
- La atención de enfermería a pacientes siniestrados, se hará en estricto orden de prioridades, según la gravedad que el equipo o equipos médicos hayan determinado.
- La distribución del personal de enfermería, estará cargo de la Jefe y según la necesidad que se fije en el COMITE DE EMERGENCIA.

- Los servicios de enfermería en casa sector, se encargará de asignar, según requerimientos, al personal, no profesional asistencial.
- El personal de emergencia de enfermería es responsable de la conservación y dotación de materiales y equipos de estrecha coordinación con las jefaturas médicas responsables.

RESPONSABLE: (e) Departamento de Enfermería,

VII. DISPOSICIONES FINALES Y COMPLEMENTARIAS

- 7.1 Una vez establecida la EMERGENCIA RIJA y puesto en marcha el PLAN OPERATIVO los integrantes de cada equipo de trabajo tendrán obligación absoluta en el cumplimiento de la misión asignada, bajo responsabilidad.
- 7.2 La Oficina de Relaciones Públicas (Informaciones), es la única facultada ya autorizada para publicar en lugares accesibles al público, la nómina de siniestrados atendidos en el Hospital.
- 7.3 El Jefe del Dpto de Emergencia, será el encargado de informar y explicar, a las respectivas jefaturas de la directiva, de acuerdo a un cronograma de definir; el mismo que será comunicado con 72 horas de anticipación a la fecha establecida.

3. Plan Operativo de Emergencia del Sector Salud para casos de Sismo y Tsunami en Lima Metropolitana y Callao

RESUMEN

A. ATENCION MEDICA PRE-HOSPITALARIA

1. Búsqueda, Rescate y Auxilio:

La Búsqueda y rescate será ejecutado por personal experto del Cuerpo General de Bomberos del Perú, Policía Nacional y otras instituciones reconocidas.

El auxilio será ejecutado descentralizadamente por brigadas de primeros auxilios compuestas por tres personas cada una, dos para transportar a las víctimas y una para asistirle durante el traslado. Estas brigadas pertenecerán al Ministerio de Salud (Servicios Periféricos), Instituto Peruano de Seguridad Social (Hospital de Campaña), Cuerpo General de Bomberos (Dirección de Sanidad), Cruz Roja Peruana (Direcciones de Salud, Socorro y Juventud), Sanidades del Ejército, Marina, FAP, Policía, de acuerdo a las zonas previamente determinadas.

2. Atención Médica de Emergencia.

Será ejecutada en cada uno de los Centros de Atención Médica de Emergencia que se instalarán en carpas, en diversos lugares de Lima y Callao, con personal médico y de enfermería, para atención permanente, de acuerdo al detalle siguiente

CALLAO : Parque Zonal "Yahuar Huaca" (Frente al Hospital San Juan, entre la Av. Guardia Chalaca y la Av. Colonial).

Responsables: Dirección Sub-Regional de Salud Callao y Sanidad de la Marina.

Brigadas Servicios Periféricos SRS-Callao, IPSS y Cruz Roja peruana.

RIMAC Paseo de Agua - Alameda de los Bobos

Responsables: Dirección Sub Regional de Salud Lima-Norte y Policía Nacional (Seguridad Estratégica y Fronteras)

Brigadas Servicios Periféricos SRS Lima-Norte y Hospital PNP Augusto B. Leguía.

LIMA Plaza Gastañeta (Jr Ayacucho cdra. 8, altura de la cdra 5 de la Av. Abancay).

Responsables: Dirección Sub Regional de Salud Lima-Ciudad y Sanidad de la Policía

Brigadas Servicios Periféricos SRS Lima-Ciudad, Policía Nacional y Cruz Roja Peruana.

EL AGUSTINO : Plaza Daniel Alcides Carrión (Esq. Av. Grau y Jr. Huánuco, frente al Hospital Dos de Mayo).

Responsables Dirección Sub Regional de Salud Lima-Este y Hospital de Campaña del IPSS.

Brigadas Servicios Periféricos SRS Lima-Este y Hospital de Campaña del IPSS.

BARRANCO Parque Central de Barranco (Av. Grau Cdra. 2).

Responsables Dirección Sub Regional de Salud Lima-Sur y Sanidad de la Fuerza Aérea.

Brigadas Servicios Periféricos SRS Lima-Sur y Sanidad de la Fuerza Aérea.

CHORRILLOS : Parque San Juan (Av. Huaylas Cdra. 8)

Responsables : Hospital de Campaña del IPSS y Dirección Sub Regional de Salud Lima-Sur.

Brigadas Hospital de Campaña IPSS y Servicios Periféricos SRS Lima-Sur.

B. ATENCION MEDICA HOSPITALARIA

1. Atención de Emergencia y Hospitalización:

Todos los hospitales del Sector Salud (Ministerio de Salud, Instituto Peruano de Seguridad Social, Sanidades, Militar, FAP, Marina, Policía, y Clínicas Particulares), ejecutarán las acciones previstas en "Alerta Roja", constituyendo sus respectivos Comités Hospitalarios de emergencia y activando sus Planes de Emergencia.

2. Transferencia de Pacientes entre Hospitales:

Se ejecutará de acuerdo a las Normas de Transferencia entre los Servicios de Emergencia y aplicando para tal efecto el cuadro de prioridades para Transferencia entre hospitales,(se adjunto cuadro).

Las ambulancias del Sector Salud se movilizarán bajo conocimiento y coordinación con el Comando Ejecutivo de Emergencia a través de la Central de Radio para la Atención de la mayor cantidad posible de heridos que requieran traslado en ambulancia, de acuerdo a la gravedad y posibilidad de supervivencia

C. COMANDO Y COMUNICACIONES

1. Comando:

El Comando General de todas las acciones de salud está a cargo del Despacho Ministerial de Salud, el cual podrá convocar al Comité Sectorial de emergencia, integrado por los funcionarios del más alto nivel del MINSa, IPSS, Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía, Asociación de Clínicas Particulares, Cuerpo de Bomberos y Cruz Roja Peruana.

Se constituirá inmediatamente un Comando Ejecutivo, integrado por el Director General de la Oficina de Defensa Nacional del Ministerio de Salud, Director del Hospital de Campaña del Instituto Peruano de Seguridad Social, Director Nacional de Sanidad del Cuerpo de Bomberos y Director Nacional de la Cruz Roja Peruana.

2. Comunicaciones:

Todas las comunicaciones radiales se realizarán en el sistema VHF. La Dirección de Telecomunicaciones del Ministerio de Salud actuará como Central de Radio.

Se establecerá comunicación radial entre el Comando General, Comando Ejecutivo, Centros de Atención Médica de Emergencia, los Hospitales y las Ambulancias en las frecuencias 166.930 (canal 1) y 171.930 (canal 2).

El Comando General y Comando Ejecutivo adicionalmente establecerán enlace radial con el Instituto Nacional de Defensa Civil en las frecuencias 143.180 (canal 2 de INDECI) y 142.920 (canal 3 de INDECI). En caso necesario otras estaciones se comunicarán por estas frecuencias previa solicitud del Comando Ejecutivo.

En caso de contar con comunicación telefónica, esta se usará exclusivamente en casos de urgencia y de imposibilidad de comunicación radial