

UN MODELO PARA PREPARATIVOS MULTIHOSPITALARIOS

Producido por :

The Office Of Emergency Preparedness
Executive Office Of The President
Washington, D.C.

De un modelo desarrollado por :

The Hospital Council Of Southern California
Los Angeles, California

Y en cooperación con :

The Office Of Civil Defense, and
The Department Of Health, Education and Welfare - Division Of
Emergency Health Services.

INTRODUCCION

¿Porqué Preparativos multihospitalarios?

Planeamiento para desastres es una tradición que siguen los hospitales en todo el país. Sin embargo la mayoría de las veces se lleva a cabo individualmente en cada hospital. Cada hospital tiene un Plan que describe lo que este hará en caso de que él se encontrara envuelto en prestar atención a las víctimas de un desastre.

Un análisis de los desastres, implicando números masivos de víctimas, durante los últimos 20 años revela un número de elementos similares (a) individualmente las comunicaciones telefónicas se interrumpen o se vuelven sumamente erráticas.

b) Los Hospitales en las áreas de desastre trabajan, por necesidad, independientemente uno de otro (c). Los lesionados se envían desordenadamente y puede sobrecargarse una institución mientras que no se utiliza otra. (d) Los hospitales, por lo menos en los períodos iniciales, deben confiar casi exclusivamente en sus propios recursos de personal y suministros (si se queda corto de ciertos tipos de sangre, si se necesita más

material de sutura, si el abastecimiento de agua se interrumpe, si no hay forma de preparar alimentos para los pacientes, si se necesita más médicos, o respiradores, o camillas, o incubadoras, las probabilidades son que tal hospital no tendrá la capacidad de ponerse en contacto con las organizaciones que puedan prestar asistencia).

El rápido avance de las capacidades para atención médica combinado con el nuevo potencial para desastres involucrando masas de víctimas han convertido repentinamente, el método individual de planificación para desastres en algo obsoleto. El hospital no puede funcionar como una isla, su efectividad en un desastre puede verse seriamente empeorado a menos que tenga una capacidad planificada para coordinar el flujo de lesionados y el apoyo personal y logístico, con otros hospitales. Esto es tan cierto para un hospital rural como lo es para uno en una gran ciudad. El complejo de atención médica debe ser capaz de extenderse y utilizar los recursos fuera del área inmediata del Desastre para suplementar sus propias operaciones en cualquier forma que lo exija la situación.

No hay hospital que se halle inmune a la necesidad de participar activamente en un plan multihospitalario de desastres, no existe centro médico tan grande que no pueda encontrarse con sus servicios anegados por la llegada repentina de un gran número de lesionados, no existe hospital rural tan remoto que no tenga que acudir a los hospitales vecinos en una emergencia. Ningún hospital cualquiera que sea su tamaño, o limitado el tipo de servicio o localización geográfica puede decir infrecuentemente que el plan propio que tiene en relación a lo que él (este hospital) hará la próxima vez que haya un desastre, será suficiente.

DESARROLLO DE UN MODELO.-

California del Sur, se enfrenta con el potencial de hallarse en situación con números masivos de víctimas, resultantes de casi cualquier tipo de desastre: Fuego, inundación, explosión, maremoto, accidentes radiológicos, disturbios civiles, escape de gases venenosos, catástrofe en auditorio o gradería, accidente aéreo o de ferrocarril y terremoto.

Reconociendo que en cualquiera de éstos desastres el número de víctimas puede exceder fácilmente la capacidad del hospital en hospitales en la

inmediata vecindad para poder con la situación, grupos médicos y hospitalarios están trabajando para asegurar una respuesta efectiva mediante un programa multihospitalario coordinado de preparativos para desastres. La película "Cita con Desastre", junto con este manual, documenta el desarrollo de un programa multihospitalario tal como tuvo lugar en un grupo de 4 prominentes hospitales de los Angeles: Cedars of Lebanon Hospital, Childrens Hospital of L.A., Hollywood Presbyterian Hospital, y Kaiser Foundation Hospital. La película muestra como el plan multihospitalario demostró ser excepcionalmente efectivo en el terremoto destructor del 9 de Febrero de 1971.

El método médico y hospitalario de California del Sur de afrontar los preparativos para desastres es una forma de hacerlo. Es un modelo, sin embargo, las bases de este plan merecen un estudio cuidadoso y mucha imitación en todo el país, porque es un modelo que fué puesto a prueba y se encontró que era efectivo.

LOS SIETE PASOS A LA PREPARACION.-

Cada comunidad se enfrenta con una serie diferente de circunstancias en sus preparativos para desastres. Este manual es un bosquejo de un modelo multihospitalario de preparativos para desastres que ha demostrado ser efectivo en un desastre real, algunas partes del modelo pueden no ser efectivos a otra comunidad, o el énfasis en algunas fases, o el orden de prioridad en otras, puede diferir. Sin embargo los siete pasos básicos de la preparación que se siguen en éste modelo son aplicables a cada comunidad. Forman un "Check list" de elementos esenciales en la formulación de un fructífero programa.

1.- ESTABLECIENDO EL DIALOGO.-

Tomando la iniciativa de juntar un núcleo de individuos claves para hacer los compromisos para el planeamiento y para establecer la estructura organizacional alrededor de la cual tiene lugar las operaciones de planeamiento y preparación.

2.-DEFINIENDO LOS PROBLEMAS

Identificando los factores en una comunidad particular que pueden prevenir o entorpecer una respuesta multihospitalaria efectiva a un desastre.

3.- COMUNICACIONES.-

La clave a una respuesta coordinada es la provisión de un sistema de comunicaciones de emergencia.

4.- LINEAS DE AUTORIDAD.-

Definiendo las relaciones entre las agencias gubernamentales y las agencias voluntarias y la autoridad bajo la cual cada uno tiene que actuar en el desastre.

5.- PLANEANDO UNA RESPUESTA FLEXIBLE.-

Desarrollando las herramientas que darán flexibilidad a los hospitales para responder a un amplio rango de situaciones de desastre en términos de tamaño, amplitud, tipo e intensidad.

6.- PRUEBA Y CRITICA DEL PLAN.-

Probando las "Comunicaciones", "lineas de autoridad" y "planes de respuesta" en ejercicios, revisando los resultados y llevando a cabo los mejores.

7.- REINICIANDO EL CICLO.-

Manteniendo viva y funcionando la capacidad multihospitalaria de respuesta mediante continuas revisiones e incorporación de nuevas ideas

ESTABLECIENDO EL DIALOGO.-

¿Quién en la comunidad, va a tomar la iniciativa para comenzar las discusiones acerca de los planes multihospitalarios? no tiene que ser el Alcalde o Jefe de Defensa Civil... pero podría ser. Podría ser un administrador de hospital o su ayudante. Podría ser la asociación médica local o un médico sólo, preocupado por la preparación de la comunidad ante un desastre. En California del Sur fué un pediatra, Director de los Servicios de consulta externa del Hospital de Niños de los Angeles. Escribió una carta al administrador, personal médico y al Presidente del Comité de Desastres de cuatro hospitales vecinos pidiéndoles que fuesen y discutieran con él su preocupación. Este grupo ha estado reuniéndose mensualmente desde entonces.

Las caras en el Comité cambian de vez en cuando pero el intenso interés en resolver los problemas de la preparación de la comunidad han permanecido, algunos de los factores que han jugado un papel en mantener éste interés son :

- 1.- La obligación y preocupación mutua de que ante un desastre debe existir una respuesta compartida.
- 2.- Limitación de las actividades del grupo a soluciones prácticas que se hallaban dentro de sus capacidades.
- 3.- Estableciendo objetivos y metas que podían ser alcanzados dentro de un tiempo especificado.
- 4.- Manteniendo un plan de reuniones frecuentes (mensuales) pero cortas (una hora).
- 5.- Siendo innovadores en los temas discutidos y soluciones propuestas.

Existe la pregunta válida de cuán grande o pequeño debe ser el grupo multihospitalario de preparativos para desastres. ¿Debe seguir las líneas de jurisdicción o las áreas de servicio de la atención a los pacientes ya establecidos?

En el modelo de California del Sur, se pensó que limitar el tamaño tendría la ventaja de mantener el control e interés. En un área metropolitana puede que sea más ventajoso formar varios grupos. Hospitales en los límites de un grupo pueden encontrar ventajoso participar también en las actividades de un grupo vecino.

Puesto que los pacientes generalmente no acuden a un hospital, de acuerdo con líneas jurisdiccionales, es impráctico frecuentemente limitar los preparativos para desastres a los límites de una ciudad o condado en particular. En áreas rurales pueden haber distancias de muchas millas entre los hospitales participantes, pero incluso esto no reduce la necesidad para planear la ayuda mutua en desastres.

Una vez que se ha establecido, el grupo multihospitalario de preparativos para desastres se convierte en catalizador de planificación, y así como los pasos hacia preparación progresan, otras agencias u organizaciones estarán representados en las reuniones del comité. En la experiencia del grupo modelo sin embargo, el núcleo original representantes de medicina y de los hospitales participantes continuará siendo el eje sobre el cual se forma y se mantiene la respuesta médico-hospitalaria a un desastre con víctimas en masa.

DEFINIENDO LOS PROBLEMAS.-

La primera tarea para el grupo multihospitalario de preparativos para desastres es identificar sus propios problemas cuando se pregunta ¿Cuáles son los factores que pueden prevenir o dificultar una efectiva respuesta multihospitalaria al desastre? pueden identificarse algunas categorías fundamentales de problemas.

En su primera reunión el grupo del Sur - California identificó los siguientes :

1.- COMUNICACIONES.-

Un problema que preocupa casi universalmente en cada comunidad y que por tanto se trata con mayor detalle en otra sección de este manual.

2.- MANDO Y CONTROL.-

¿Quién va a ejercer control sobre las actividades de un número de hospitales trabajando juntos en el mismo problema? ¿Cuál es la autoridad del "comandante" y cuales son sus fuentes de información para llevar a cabo sus responsabilidades de mando?

3.- INVENTARIO.-

¿Como se va a mantener y compartir un inventario de materiales y personal?

4.- SEGURIDAD Y CONTROL DEL TRAFICO.-

Con limitado personal ¿Qué medidas pueden tomar los hospitales en sus instituciones y alrededores para mantener seguridad y un estrecho control del tráfico durante el caos de una situación de desastre? Inicialmente, los cuatro hospitales en el grupo modelo limitaron sus áreas problemas definidos tanto en número como en amplitud, a puntos que estaban dentro de su capacidad para resolver y que podían ser completados durante un período de tiempo razonable.

COMUNICACIONES.-

Comunicaciones son tan importantes a un hospital como lo es su energía auxiliar.

Tanto si un desastre es causado por el hombre, como si es natural o causado por la guerra; tanto si envuelve una región metropolitana entera,

un área localizada, o solamente un hospital, el factor indispensable para coordinar efectivamente los servicios salvadores necesarios es las comunicaciones.

Incluso en emergencia relativamente pequeñas, el sistema telefónico de un hospital es rápidamente anegado. En una emergencia mayor el sistema puede fallar completamente. Sin comunicaciones el hospital no puede saber el número y tipo de lesionados que recibirá, ambulancias no pueden determinar cuales son las facilidades, son las que en ese momento se hallan mejor preparados para ofrecer las atenciones necesarias, no se pueden pedir de fuentes externas los suministros necesarios, y el personal médico no puede ser dirigido a los lugares donde es más necesario.

En efecto, el hospital tiene que funcionar lo mejor que puede sin ningún recurso confiable para recibir información o ayuda externa.

SIN COMUNICACIONES NO PUEDE HABER PREPARATIVOS MULTIHOSPITALARIOS PARA DESASTRES

En Sur California, la Asociación local de hospitales tomó a su cargo el desarrollo de la red de comunicaciones hospitalaria. Para cuando sucedió el terremoto de 1981, ya había 118 hospitales participando en el sistema.

Con el fin de proveer "mando y control" que fué identificado anteriormente como uno de los problemas, la red de Sud-California está dividida en ocho áreas. Un hospital Regional (control) ha sido designado en cada área. El hospital regional es responsable de coordinar la reacción multihospitalaria a cualquier situación de desastre en su área y de controlar el flujo de comunicaciones en la red durante un desastre.

La radio que se usa es una diseñada especialmente para hospitales. Es simple de operar y tiene una consola ligera de control remoto que hace posible mover las operaciones de radio de la posición diaria en la central telefónica o sala de urgencia al puesto de mando del hospital durante un desastre.

La radio está equipada con un mecanismo de canal privado que permite a un hospital llamar a otro sin disturbar ningún otro hospital de la red. For

otra parte, en una emergencia puede simultaneamente alcanzar cada uno de los hospitales en su área, o todos los hospitales dentro de los límites de su antena marcando un sólo número de cinco cifras.

La asociación de hospitales está equipada con una radio móvil y dos radios portátiles que pueden ser enviados a la escena del desastre para coordinar el flujo de lesionados desde ese punto e informar fidedignamente de la situación a los hospitales participantes y equipos médicos.

LINEAS DE AUTORIDAD.-

En muchas comunidades, acción en la preparación multihospitalaria para casos de desastre espera que una directiva vaya bajando a lo largo de una embarazada línea de autoridad. En Sud-California sucedió lo opuesto, ya que el grupo multihospitalario de planificación se encontró con un plan completamente operacional sin la reconocida autoridad para ponerlo en práctica.

El problema se desenvuelve en el vacío que existe entre el gobierno (que tiene la capacidad para actuar) y las agencias médicas y hospitalarias voluntarias (que tienen la capacidad para actuar). Este espacio debe cerrarse si las actividades de preparativos para desastres van a ser completamente funcionales.

Puesto que flexibilidad y capacidad para movilización rápida son partes esenciales de cualquier sistema multihospitalario de preparativos para desastres, debe tenerse cuidado de que las líneas de autoridad que se diseñan no van a embarazar excesivamente al sistema.

La asociación médica del condado se encargo de cerrar el vacío en el área de Sud-California donde el problema era más agudo: el condado de los Angeles. Primero se desarrolló una declaración de ayuda mutua y esfuerzo coordinado entre la asociación y la Cruz Roja. Después el gobierno del condado y la asociación médica acordaron a una declaración de entendimiento en la que el oficial de salud del condado designa la asociación médica del condado como su diputado " para asisur en la responsabilidad por la dirección total y control de las operaciones médicas de emergencia" durante un desastre.

De este comienzo se están formulando asignamientos más detallados de responsabilidad de forma que la capacidad del sector privado para una

"respuesta flexible" está igualada por, e integrada dentro de la apropiada "autoridad para actuar".

PLANEANDO UNA RESPUESTA FLEXIBLE.-

Nunca hay dos desastres que sean exactamente iguales.

Un hospital puede manejar 20 lesionados menores resultado de un accidente de autobús sin ningún problema, pero cinco casos serios de quemaduras podría ser un desastre.

Una figura pública mortalmente herida representa una situación de desastre al hospital involucrado tanto como 30 víctimas de intoxicación alimenticia lo representan para otro. Cada situación requiere una respuesta totalmente distinta de los hospitales. Sus planes deben ser flexibles para ajustarse a las necesidades de la situación. El grueso y detallado paso por paso, plan de desastres que se halla cerrado bajo llave por seguridad y raramente se lee, probablemente nunca será usado.

El plan de California del Sur para una respuesta flexible fué construido en partes .

1.- Primero vinieron las comunicaciones - proporcionando a los hospitales la capacidad de hablar uno con otro y con la escena de desastre. Durante una reunión, al comienzo, sobre el asunto de comunicaciones, los expertos de la policía y los bomberos recomendaron que la red de radio estuviese orientada primariamente a los hospitales, con cruces a otras agencias y organizaciones tal como fuera necesario. Los análisis de los mensajes acerca del funcionamiento de la red confirmó la validez de estas recomendaciones.

Bajo este sistema, tan pronto como una de las mejores agencias, policía o bomberos, tiene conocimiento de un desastre, o de un desastre potencial, un radiomensaje es transmitido en una frecuencia especial de emergencia al hospital regional más próximo al desastre. Entonces el hospital pasa la información en la frecuencia interhospitalaria a todos los hospitales en su área y alerta a la asociación de hospitales para que se envíen una unidad móvil o portátil a la escena.

2.- Las comunicaciones también proveen las bases para la segunda parte de un plan flexible de respuesta - máxima utilización de los recursos disponibles.

Para el modelo de Sud California se diseñó una hoja estandar para Inventario de la capacidad en Emergencia (vease muestra en la pág. 11). Está hoja contiene la información que más probablemente se necesitará tempranamente en el esfuerzo de respuesta a una emergencia. Los hospitales coleccionan la información incluida en el informe de capacidad tan pronto como son notificados de una situación de desastre. Entonces el hospital regional reúne la información de los inventarios por radio, en la manera que sea necesario, y pasa la información a las autoridades médicas/policiales/ bomberos al mando.

La hoja de inventario en sí misma es limitada en cuanto al tipo de información que solicita, pero en estas bases los hospitales en la red se hallan ahora preparados a inventariar información en cualquier artículo del abastecimiento o servicio del hospital que sea necesario. Información adicional sobre recursos de emergencia, dar la localización de centros especializados para casos de quemados, accidentes radioactivos y similares, se encuentra que el manual de operaciones de Emergencia proporcionado a cada hospital por la asociación de hospitales.

3.- Durante la respuesta al desastre, otras agencias y organizaciones clave en la comunidad tendrán roles estrechamente relacionados a aquellos de los hospitales y doctores. Para esta tercera fase del plan de Sud California importantes conexiones radiales con el sistema hospitalario fueron establecidas por las mayores compañías de ambulancias, la Cruz Roja, Banco de Sangre y oficinas de socorros en desastres y el Departamento de Salud del condado.

4.- Una cuarta fase en el modelo de Sud California consiste en el desarrollo de equipos médicos de triage. Siguiendo el procedimiento usado durante desastres sísmicos, grupos de cuatro a ocho médicos y paramédicos se están organizando en hospitales de enseñanza, claves, enclavados en los alrededores de los Angeles metropolitano, cuando se forma un equipo, la asociación de hospitales lo provee con una radio portátil para la comunicación en la escena del desastre.

- 11 -

INVENTARIO DE CAPACIDAD PARA EMERGENCIA

Fecha : _____ Hora: _____ Operador: _____ Hospital: _____

1.- SERVICIOS QUIRURGICOS Y DE EMERGENCIA

Número de víctimas que pueden ser aceptadas en su institución para tratamiento efectivo en los próximos 60 minutos.

Más graves (necesitando inmediata atención quirúrgica o cuidados intensivos).

Otros (necesitando tratamiento ambulatorio menor, a ingreso demorados).

2.- SANGRE

Número total de pintas en sangre total en mano, y número no comprometido que puede enviarse a otra institución.

Tipo	Total	No. disponible para enviar	Tipo	Total	No. disponible para enviar
O pos			O neg		
A pos			A neg		
B pos			B neg		
AB pos			AB neg		

3.- SUSTITUTOS DE SANGRE

a.- Albúmina de suero 25%

50 cc 100 cc

b.- Dextrosa

100cc 50 cc

c.- Lactato de Ringer

500 cc 1,000 cc

4.- FACILIDADES INTRAHOSPITALARIAS

Camas disponibles ahora

a) Medicina/cirugía

c) Cuidados Cardíacos e) Pediatría

b) Cuidados intensivos

d) Maternidad j) Psiquiatría

5.- PERSONAL MEDICO

Número de médicos en el hospital ahora.

Puesto que cada grupo se compone del personal de guardia en el hospital en el momento del desastre, puede reunirse y enviarse rápidamente a la escena mediante un helicóptero u otro vehículo de emergencia. La idea es -- hacer pasar a éstos equipos a los hospitales directamente involucrados en -- el manejo de víctimas en el lugar del desastre. En la escena, estos grupos pueden ayudar en el triage y despacho de las -- víctimas y cuando sea posible implementar medidas que puedan salvar vidas -- o resucitar.

El planeamiento para una respuesta flexible nunca cesa. Las variaciones en los tipos de respuesta que los hospitales pueden verse obligados a -- hacer es casi interminable. Flexibilidad es la clave, y la clave para la flexi- bilidad son las comunicaciones.

Mediante el sistema de comunicaciones la respuesta multihospitalaria -- puede ser tan grande o pequeña como requiera la situación. Recursos adi- cionales para para enfrentarse con la emergencia están disponibles desde -- tan lejos como alcance la red de comunicaciones.

ENSAYAR Y CRITICAR EL PLAN.-

Cuando sucede el desastre, la efectividad del planeamiento multihospita- lario dependerá fundamentalmente en el funcionamiento efectivo de individuos clave en cada institución. El comportamiento de esta gente dependerá casi- por completo de su familiaridad con el sistema y la confianza con su uso. Por esta razón, pruebas, ensayos y ejercicios utilizando la red debería ser diseñado especialmente tanto para desarrollar la capacidad y confianza de -- los participantes como para aprender como mejorarlo.

El ensayo del plan puede tener lugar de varias formas. Las pruebas de rutina requeridas para los equipos de radiocomunicaciones es una forma.

En el modelo de Sud California, pruebas de radio se hacen una vez por semana para cada turno de personal en cada hospital. Aunque los ensayos -- se mantienen muy simples, para probar el equipo y la técnica, cada ensayo se diseña específicamente para practicar una fase del plan multihospitala- rio.

La asociación de hospitales ha desarrollado 40 preguntas, las cuales -- están relacionados con el tipo de información que puede necesitar ser conoci- do durante una situación de emergencia : " ¿Cuántos lesionados podrían ser

atendidos eficazmente en su departamento de urgencia en este momento?" "¿Cuántas pintas de sangre B negativa hay disponibles ahora?" "¿Cuál es el hospital más cercano a usted, que dispone de un centro de quemados?"

"¿Si usted, no tiene un helipuerto, cual es el sitio más cercano con seguridad más cercano donde, en caso de emergencia, podría aterrizar un helicóptero?"

Se selecciona, en forma rotativa, un hospital en cada área para que inicie la prueba para un turno específico, a la vez que este hospital realiza las llamadas de prueba, su operadora está obteniendo experiencia en requerir información. Las otras operadoras están obteniendo experiencia en recoger y reportar los datos, y el equipo de radio se está probando a la vez.

Otra forma de ensayo puede tener lugar durante los ejercicios en desastres que los hospitales individuales tienen que realizar dos veces al año por requerimiento de la Comisión Conjunta en acreditación de Hospitales.

Mediante acuerdo previo, otros hospitales en la red cooperarán enviando y recibiendo mensajes que añaden realismo al ejercicio hospitalario de desastre.

La tercera forma de probar el plan requiere la colaboración de un número de hospitales participantes en el plan multihospitalario. El objetivo es probar todos (o varias partes específicas) del sistema multihospitalario de preparación. Cuando estos ejercicios son planeados y ejecutados realísticamente, son una experiencia de aprendizaje invaluable hacia la meta de preparación eficiente para casos de desastre. De hecho, el hecho de trabajar hacia este ejercicio ayuda a poner en contacto muchos de los elementos del planeamiento, tal como la coordinación con las organizaciones, agencias pero relacionados.

Lo que sigue es un esquema de los pasos que se tomarán en el modelo de Sud California para realizar un ejercicio multihospitalario de desastre.

A.- ORGANIZACION.

1.- Comité de Ejercicio de Desastre.- Este comité es el mismo grupo central que ha venido formulando el plan básico. Es representativo de cada uno de los hospitales participantes; tiene una idea clara de los objetivos que deben establecerse para el ejercicio.

- 2.- **Objetivos.**- En el primer intento mayor, el ejercicio se limitó a comprobar aquellos elementos que el comité creyó podrían ser observados y controlados razonablemente. Esto significó que el sitio del desastre de imitación tenía que ser completamente artificial, mientras que el énfasis de aprendizaje se basó en la habilidad de los hospitales para coordinar el recibimiento de los lesionados y comunicar su necesidad de ayuda externa. El siguiente ejercicio se amplió para incluir lo anterior más el triage de víctimas en el lugar : identificación, coordinación con las unidades de policía y bomberos y envío de los vehículos de urgencia.
- 3.- **Asignaciones.**- En la organización del ejercicio, cada miembro del comité recibe una tarea específica.
- 4.- **Expansión del Comité.**- A la vez que progresan los preparativos para el ejercicio, se aumenta el comité con representantes de varias agencias externas que participarán en el evento.
 - (a) Compañías de ambulancias. Recurso para transportar a las víctimas a los hospitales.
 - (b) Cruz Roja Nacional. Recurso para vehículos, servicios de cantina, camillas y mantas, y personal de observación.
 - (c) Patrulla aérea civil. Recurso de portadores de camillas, transporte, personal de seguridad adicional y maquillaje.
 - (d) Defensa Civil. Recurso en coordinación del ejercicio con la comunidad y reconocimiento oficial del ejercicio.
 - (e) Asociación de hospitales. Recurso en coordinación de la red de radio de emergencia y equipos para el maquillaje y preparación de las "víctimas".
 - (f) Asociación Médica. Recursos en observadores, oficiales y coordinación del personal médico.
 - (g) Bases militares y Centros de Entrenamiento de la Reserva. Recursos para transportes, observadores oficiales y personal para el maquillaje de las víctimas.
 - (h) Oficina de Preparativos para Emergencias. Experiencia de otras áreas. Recursos en observadores oficiales.

(i) Departamentos de Bomberos y Policía. Recursos en enlaces con agencias locales de control de tráfico y comunicaciones, servicio de helicópteros.

(j) Clubs. Voluntarios.

5.- Cronograma . Se necesita un mínimo de cuatro meses para prepararse para un ejercicio completo multihospitalario.

- 120 dias : Comité fija la fecha, establece los objetivos del ejercicio y organiza las responsabilidades.
- 90 dias : Primer informe de progresos en los arreglos
- 70 dias : Primera reunión del comité "ampliado".
- 60 dias : Completa organización para el sitio de desastre o escenario del desastre .
- 50 dias : Comienza el entrenamiento para los equipos de maquillaje.
- 50 dias : Segunda reunión del Comité "ampliado".
- 40 dias : Completada la organización para transporte, alimentación, camillas, y voluntarios.
- 30 dias : Tercera reunión del Comité "ampliado"
- 30 dias : Se lleva a cabo un ejercicio preliminar, de entrenamiento, en comunicaciones.
- 21 dias : Cuarta reunión del comité "ampliado"
- 21 dias : Completado el entrenamiento de los equipos de maquillaje y la organización para las "víctimas" voluntarias.
- 14 dias : Reunión final del comité "ampliado" e información a los participantes.
- 7 dias : Reunión final del Comité central para revisar las responsabilidades.
- 0 dias : El ejercicio.
- + 7 a 10 dias: Una reunión de crítica incluyendo a todos los participantes para escuchar los informes de los observadores.
- + 30 dias : El comité central se reúne para revisar las críticas escritas y comenzar la implementación de las lecciones aprendidas.

B.- PREPARATIVOS.-

1.-Area para escenario. El escenario se escoge en una etapa temprana. Los criterios que gobiernan esta selección son :

(a) Que sea lo suficientemente grande para acomodar las actividades de registro, maquillaje, área de espera, sitio de desastre y área de despacho.

(b) Vallada para proporcionar control

(c) Ubicada lo suficientemente lejos de los hospitales como para no ser visible, pero no tan lejos que requiera que las ambulancias hagan largos viajes. Sin que sea frente a una calle o carretera con mucho tráfico.

Campo de juego de las escuelas, campos de fútbol y zonas de estacionamiento de las iglesias son buenos lugares para usarse como área para escenario.

2.-Recursos para "víctimas".- Hay numerosas organizaciones que siempre cooperan con los hospitales proporcionando voluntarios que actúen como "víctimas": Escuelas de enfermería, YMCA, YWCA, muchachos y muchachas exploradores, empleados de la Asociación de la Cruz Azul y Clubes Cívicos y Comunitarios.

El comité debe mantener un balance realista entre los participantes adultos y juveniles. Se debe preparar para alistar aproximadamente 30% más de voluntarios de los que se necesitarán, considerando los que no se presentarán.

Se debe obtener de cada participante el nombre, la dirección y una declaración firmada eliminando responsabilidad por posibles daños, de 7 a 10 días antes del acontecimiento. No se debe permitir la participación de nadie a menos que se haya obtenido esos datos.

Protección para responsabilidad por daños se consigue a través de la oficina local de Defensa Civil.

3.- Maquillaje y preparación de las "víctimas". El realismo en el maquillaje de las "víctimas" resulta en un beneficio substancial en la respuesta que darán al ejercicio el personal de las ambulancias, hospitales y médico, que se espera reaccionen ante el desastre.

La asociación de hospitales tiene equipos para maquillar aproximadamente 300 víctimas. Recursos adicionales pueden obtenerse de la oficina de Defensa Civil, Patrulla aérea civil y bases militares locales. Para aplicar el maquillaje, cada uno de los hospitales participantes proporciona 5 empleados que están entrenados en el arte en tres sesiones de una hora.

- 4.- Transporte. Se llevan a cabo dos tipos de preparaciones para transportes : Uno para llevar las víctimas del área escenario al hospital; la otra para llevar a los voluntarios a su lugar de estacionamiento -- asignado.

Para transportar las "víctimas" a los hospitales, ambulancias privadas y del Gobierno han cooperado completamente. Esto se aumenta -- con vehículos de emergencia proporcionado por la patrulla aérea civil bases militares locales y estaciones de entrenamiento de reservistas. La patrulla aérea civil y las bases militares también proveen autobuses para transportar voluntarios a y de el área escenario.

- 5.- Observadores oficiales. Los observadores oficiales son seleccionados para analizar las actividades del ejercicio y preparar un informe escrito mediante el cual el plan de preparativos para desastres puede ser corregido y mejorado. La asociación médica, Cruz Roja y bases militares locales proporcionan observadores.

- 6.- Información Pública. Disseminación de información sobre el ejercicio al público acerca de los ejercicios tiene varios propósitos. Uno es que -- ayuda a disipar el temor del público que puede sorprenderse por la repentina actividad de muchos vehículos de emergencia. El segundo es -- evitar la alarma entre los pacientes o familiares en los hospitales implicados. El tercero es el interés considerable que el público tiene en -- una actividad de este tipo y la oportunidad que esto representa para contar una historia de información positiva al público.

Un Sub-comité de directores de relaciones públicas de los hospitales -- participante s organiza y conduce el programa de información pública.

- 7.- Escenario.- El escenario es un esquema del ejercicio del desastre en -- forma de cronograma. Comienza con las primeras preparaciones en la fecha del ejercicio e incluye la hora cuando los voluntarios se presentan al área del ejercicio, el tiempo asignado al maquillaje, cuando y -- como se dará la alarma de la situación de "desastre", en que consistirá el mensaje, una clasificación de los tipos de "víctimas" a preparar -- (cuantos quemados, cuantos casos de fractura, etc.), la hora y como -- los primeros "lesionados" van a ser enviados a los hospitales, y cuando

y como el ejercicio va a darse por terminado.

- 8.- Administración.- Administración del ejercicio incluye los detalles de registro e identificación , seguridad de los efectos personales de los voluntarios, así como por el equipo y suministros usados en el ejercicio, alimentación de los voluntarios cuando acaba el ejercicio y limpieza del área del ejercicio.

C.- CRITICA.-

Un beneficio del ejercicio viene de la experiencia de aprendizaje para todos aquellos que participan. Un segundo beneficio muy importante - procede del análisis de los informes de los observadores oficiales. Durante el ejercicio cada observador es asignado a cubrir ciertos -- aspectos específicos. Después del ejercicio su informe es revisado por el Comité central y cuando todos los informes han sido presentados se condensan en una revisión final del ejercicio completo. Desde este momento el ciclo comienza de nuevo.

COMENZANDO DE NUEVO EL CICLO.-

El plan nunca está completo.

Las lecciones aprendidas en el último ejercicio o en una situación de desastre real tiene que ser imbuida en los procedimientos respuesta de la comunidad. Se encuentran nuevos métodos, y nuevas ideas desplazan a las antiguas y todo comienza de nuevo una vez con :

Diálogo

Re-definir los problemas

Ampliar las comunicaciones

Reforzar las líneas de autoridad

Mejorar la respuesta flexible

y ensayar y criticar el plan.

Preparación para desastres no es una tarea que se puede aplazar. Podría ser y puede ser, una parte constructiva de las operaciones rutinarias de un hospital. Una hora al mes incluso para un atareado médico o un ejecutivo del hospital, no es una carga, cuando el esfuerzo que el esfuerzo realizado se mide en el drámatico mejoramiento que se produce en el nivel de -- preparación.

Los desastres suceden . . . en todas partes y a cualquier hora. No hay comunidad que se halle inmune y cuando ocurre el desastre, el público y todas las agencias de apoyo acuden al hospital, esperando - encontrar atención para las víctimas, atención instantánea, efectiva y coordinada.

¿Esta usted, preparado para su cita con el Desastre?

=====