

CAPITULO V

5. LINEAMIENTO DE ORGANIZACION HOSPITALARIA PARA SITUACIONES DE DESASTRE

"Al preparar los planes de acción de un Hospital para las distintas alternativas de un desastre, debe tenerse en cuenta que la omisión de aspectos importantes puede conducir a la falta de provisión de recursos indispensables, pero que el exceso de detalles impide la FLEXIBILIDAD DE ACCION y la capacidad de IMPROVISACION RACIONAL, tan necesarias en momentos de Emergencia".

LENIN SAENZ JIMENES
Director de Planificación
Ministerio de Salud
COSTA RICA

Los lineamientos de Organización Hospitalaria para situaciones de desastre, están comprendidos en el desarrollo de cinco aspectos y situaciones, a saber :

- La atención de Salud en Casos de Desastre
- La Vulnerabilidad de un Hospital
- La Organización Hospitalaria antes de un Desastre
- La atención hospitalaria en el momento del desastre
- La Etapa de Post-desastre.

5.1. LA ATENCION DE SALUD EN CASOS DE DESASTRE

Los desastres ya sean naturales o producidos por el hombre, se presentan en forma súbita e inesperada alterando los sistemas normales de salud de un País, zona o población. (55)

Todos los autores tanto nacionales como extranjeros, coinciden en afirmar que es de importancia fundamental la planificación previa en relación con los desastres. No basta la buena voluntad y el interés por los demás para conjurar las graves consecuencias que suelen imponer los desastres a la Comunidad. (3) (6) (56) (65)

La experiencia ha demostrado que se cometen errores cuando no hay una organización adecuada, ni personal preparado para actuar conforme a un plan previamente concertado. Esos errores provocan confusiones, retrasos, omisiones, abusos y duplicaciones; además de aumentar las dificultades que tienen las autoridades responsables para movilizar los recursos disponibles. (2) (28) (57).

Se recomienda como norma general que los Sistemas de Salud, así como la infraestructura de Salud Pública que posee nuestro País, debe de estar organizada y preparada para funcionar, tanto en condiciones normales, como en casos de desastre. (30) (75).

El Plan de preparativos de salud para casos de desastre, debe formar parte de un Plan Nacional para éstas situaciones, por lo tanto deberán estar involucrados diversos sectores de la Administración Pública, tales como: Servicios Hidrológicos, Servicios sismológicos, Planificación Nacional, Obras Públicas, Servicios Públicos esenciales (electricidad, agua, desagüe), Vivienda y construcción, Alimentación Industria y Comercio, Hacienda, Telecomunicaciones, Transportes, Educación, Información Pública, Salud Pública, Fuerzas Armadas, Fuerzas Policiales Seguridad Cuerpos de Bomberos, Sociedades de la Cruz Roja, Organismos voluntarios no gubernamentales y la propia Comunidad. (23) (43) (54) (73).

Cada uno de los organismos antes señalados y las Instituciones que forman parte de la Comunidad, deberán de elaborar su propio plan específico de acción, en función del cometido asignado dentro del Plan Nacional, así como consignar sus actividades dentro de tres etapas -- cronológicas bien definidas : (55), (62), (73).

- Preparación antes del desastre
- Actividades durante el desastre
- Rehabilitación luego del desastre

En nuestro País todo éste conjunto de Instituciones y elementos con filosofía de servicio social, se encuentran representados a través de sus respectivos delegados en el Sistema Nacional de Defensa Civil del cual son sus constituyentes.

El Sistema Nacional de Defensa Civil, es el organismo superior que además de realizar labor de promoción y prevención antes de que -- ocurra un desastre, es el encargado de hacer la coordinación intersectorial a fin de utilizar racionalmente las diversas actividades y los diferentes recursos de sus componentes, para así proteger de la mejor manera - posible a la Comunidad de todos los daños que pudieran causar o causen - los desastres por acción del hombre o de la naturaleza. Asimismo coordina la ayuda local, nacional e internacional y promueve la rehabilitación de todas las zonas o poblaciones afectadas por las catástrofes.

El Sistema Nacional de Defensa Civil es un organismo autónomo - que depende directamente del Gobierno Central y a través de los representantes del Poder Ejecutivo tiene filiales en cada región, departamento, -- provincia, distrito y villorrio.

De otro lado el Plan Nacional de Preparativos de Salud para Casos de Desastre, igualmente tendrá que involucrar a todos los organismos y -- sectores que realicen en forma directa o indirecta actividades de salud en - el País. (31), (57), (73).

En el Perú frente a un desastre de gran magnitud con elevado número de víctimas, se activa el llamado Sistema Nacional de Salud, cuya principal función es hacer la coordinación Intrasectorial del Sector Salud. Bajo su comando se organizan y se utilizan los recursos de las 4 entidades que en el Perú realizan actividades de Salud, como son el Ministerio de Salud, el Instituto Peruano de Seguridad Social, las Fuerzas Armadas y Policiales y el Sector Privado, con sus diversos componentes, que a continuación se describe : (")

1. El Ministerio de Salud, cuyo sector comprende además :
 - Sociedades de Beneficencia Pública y otros Organismos Públicos Descentralizados.
 - Cruz Roja Peruana
 - Servicios de Salud de Gobiernos Locales
 - Servicios de Salud de otras Instituciones Públicas.

2. El Instituto Peruano de Seguridad Social, que además comprende a :
 - Sistemas de Seguridad de algunos Ministerios.
 - Sistemas de Seguridad de Organismos Públicos Descentralizados.
 - Sistemas de Seguridad de las Empresas Públicas.

3. La Sanidad de las Fuerzas Armadas y Fuerzas Policiales, que comprenden :
 - Sanidad de Aeronáutica
 - Sanidad de la Marina
 - Sanidad del Ministerio del Interior
 - Sanidad del Ejército.

(") Tomado de la Exposición en el CAEM del Dr. Juan Franco Ponce, Ministro de Salud del Perú. Mayo, 1982.

4. El Sector No Público, que comprende :
- Clínicas privadas
 - Servicios Médicos de Empresas Privadas
 - Policlínicos y Consultorios privados.
 - Servicios Médicos de Sociedades Agrícolas de Interés Social.
 - Servicios Médicos de Cooperativas Agrarias de Producción.
 - Instituciones Privadas de Bienestar Social.
 - Cajas de Beneficencia y Seguros Privados.
 - Otras entidades privadas de Servicios de Salud.

Como ya se mencionó, la atención de Salud en el Perú, se halla organizada en un Sistema de cuatro niveles de atención, como puede apreciarse en la clásica Pirámide de los Niveles de atención de salud. Ver gráfica No. 3.

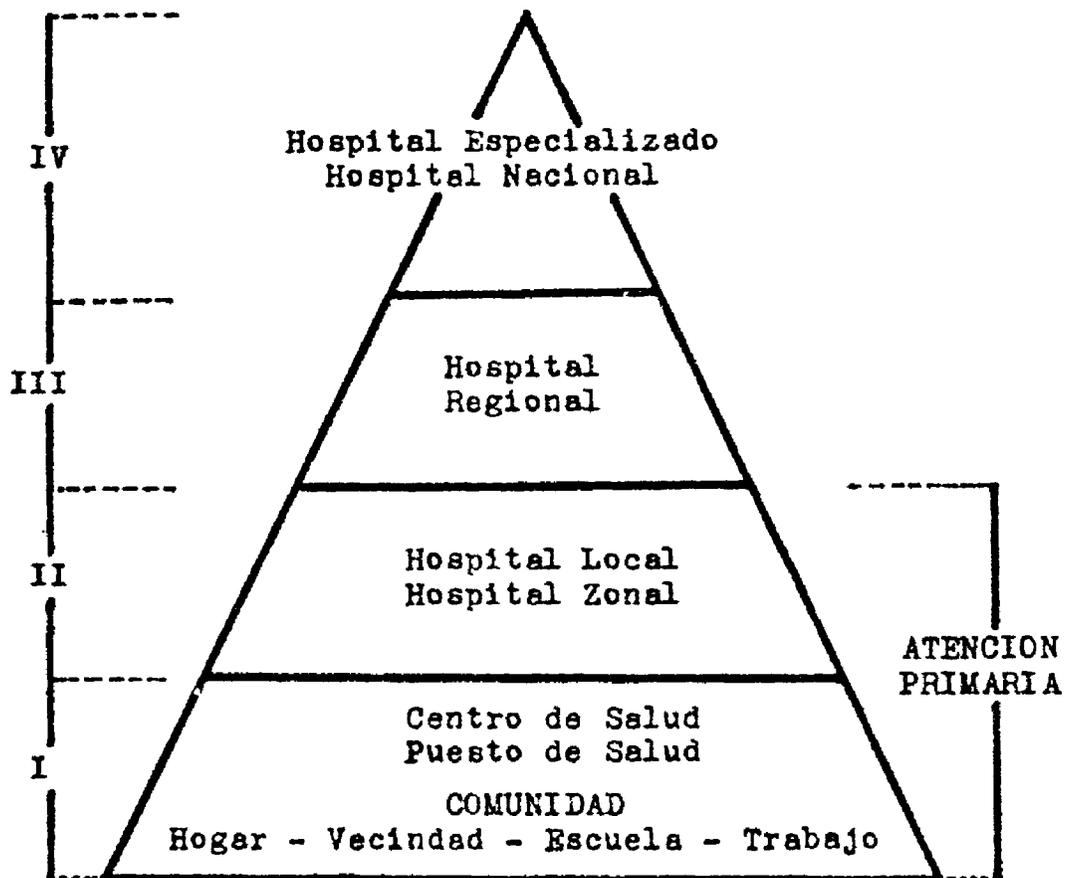
En este tipo de organización, los métodos de referencia, control y supervisión; están bien delineados y categorizados, así como supervisados adecuadamente.

En el caso de un desastre que afecte a éste sistema organizativo, es recomendable que hasta donde sea posible, se mantenga la estructura básica del mismo. Estructura que podrá ser reforzada o adecuada en relación al tipo, intensidad, extensión y características del desastre.

No debe de olvidarse la estrecha coordinación que el Ministerio de Salud debe de establecer con las otras Instituciones de Salud, estatales y privadas, para que poniéndose bajo un Comando Unico se ejecuten sin duplicación de acciones; los planes para casos de desastres.

GRAFICA N° 3

NIVELES DE ATENCION DE SALUD



Los cuatro niveles de atención de salud, antes mencionados son los siguientes :

NIVEL I.- En el que están representados la atención de salud que se puede brindar a nivel de la COMUNIDAD, sea a nivel de la familia, de la vecindad, de los centros de trabajo y de los centros educativos. En éste nivel desde el punto de vista de las Instituciones de salud, están considerados :

-El Puesto de Salud, que corresponde al Centro de atención asistencial más primario, sin capacidad hospitalaria, situado generalmente en el medio rural o urbano periférico, con escasos recursos humanos y quienes en casos de desastre actuarían según las circunstancias como un Puesto de primeros auxilios y triage.

-El Centro de Salud, corresponde a centros asistenciales menores, algunos con pequeña capacidad hospitalaria, pero con escasos recursos humanos y materiales, que brindan servicios médicos primarios de salud y quienes en casos de desastre coordinarán sus acciones con el hospital de quien depende o los hospitales regionales base.

NIVEL II.- En el que están representados los Hospitales Locales, Hospitales Rurales y Hospitales Zonales, que tienen ya cierta organización y capacidad de hospitalización, brindan servicios en las cuatro especialidades médicas básicas : medicina, cirugía, obstetricia y pediatría.

El primer y segundo nivel constituyen el Sistema de Atención Primaria de la Salud (42) (82), sistema que como veremos más adelante debe cumplir y cumple una función importante llegado el momento de un desastre que ocasione gran número de víctimas.

NIVEL III.- Representado por el Hospital Regional, que cuenta además de los servicios médicos básicos, con algunos servicios médicos y quirúrgicos especializados. En el caso de un desastre asume la responsabilidad de atención hospitalaria en una región, departamento o provincia, coordinando la atención de emergencia con otros centros asistenciales de menores recursos y capacidades.

NIVEL IV.- En éste nivel están representados el Hospital General Base u Hospital Líder, el Hospital Nacional, el Hospital Universitario y el Hospital Especializado.

El Hospital Base y el Hospital Nacional son centros hospitalarios del más alto nivel, generalmente de tipo universitario, con capacidad hospitalaria, recursos humanos, incluso de sub-especialidades, que en casos de desastre atenderán y coordinarán la atención en todo el ámbito de su influencia.

El Hospital especializado, es un centro asistencial con capacidad hospitalaria, pero limitada su acción a especialidades que en caso de emergencia pudiesen ser utilizados como unidades asistenciales de evacuación de pacientes en observación, post-operatorios no complicados o con patologías susceptibles de ser tratadas en esos centros.

Al desencadenarse un desastre de grandes proporciones, como un terremoto por ejemplo, no solamente hay gran cantidad de muertos y heridos, sino que además todos los sobrevivientes se hallan conmocionados psíquicamente con la catástrofe (δ), siendo afectadas además las estructuras de las casas, de los edificios y los servicios públicos.

Ante éstas contingencias todos los componentes de los diversos niveles que componen la Pirámide de atención de la Salud, debieran de estar debidamente preparados no solamente con un Plan Básico individual --

para situaciones de emergencia, sino con un Plan Integral Regional ----- debidamente coordinado. La interacción de un sistema de ésta naturaleza debe ser bien conocido por todos sus componentes y probado periódicamente mediante simulacros, ello permitirá alertar e informar a la Comunidad como obtener un menor número de muertes e invalideces, frente a una calamidad pública de gran magnitud. (1) (9) (14) (19) (22) (36).

A nivel de la Comunidad, cada hogar, cada familia debe de estar bien instruída acerca de lo que cada uno tiene que hacer en caso de terremoto, debe tener señalado sus zonas de seguridad, sus rutas de escape, debe de tener su botiquín e implementos de primeros auxilios y por último se debe conservar la serenidad para luego facilitar y colaborar en las tareas de salvamento, concentración y evacuación de los heridos; pero también se debe de estar preparado para brindar cuidados de primeros auxilios dentro de sus posibilidades y sobre todo infundir ánimo y sosiego a los siniestrados que más lo requieran.

Estas mismas situaciones y recomendaciones se deben de hacer y observar a nivel de la Vecindad, a nivel de los Centros Educativos y Centros de Trabajo, si la catástrofe se presentará en las horas de estudio o de labor; haciéndose hincapié de que los botiquines y puestos de auxilio deben de estar bien implementados como para hacer curaciones, vendajes e inmovilizaciones temporales.

Asimismo, todas las Instituciones de Salud Pública o privadas que formen parte del Sistema de la Atención Primaria, como son los Puestos de Salud, Centros de Salud, Hospitales Locales y Clínicas; especialmente si es la única Institución de Salud en una provincia o un distrito, deben de tener su respectivo plan u organización para situaciones de desastre, que les permita dentro de sus posibilidades de recurso y personal, proporcionar atención adecuada a las víctimas de su área de influencia durante -

las primeras horas o los primeros dos días de producido el desastre, organizando y catalogando la evacuación sistemática de los heridos que así lo requieren. (39)

Como la naturaleza del presente estudio se refiere a los lineamientos de organización en desastres pero para Hospitales, no ahondaremos más en éste papel fundamental que desempeña la Comunidad frente a las contingencias de un desastre, cuyas labores de educación, coordinación y entrenamiento competen a otras Instituciones, sobre todo al Sistema Nacional de Defensa Civil.

Desencadenado un terremoto de graves consecuencias, con su cortejo de muertos, lesionados y conmocionados psíquicamente; se producen en forma inmediata dos movilizaciones de vehículos y de personas, una en sentido contrario de la otra, pero en forma apresurada y hasta imprudente; movilizaciones ineficaces que en la evaluación final de las consecuencias del desastre, posiblemente han contribuido más a elevar el número de muertes e invalideces. (16)

Desde el primer momento del desastre, al producirse el pánico y constatarse los primeros muertos y heridos, la población, la policía, los bomberos, los voluntarios de la Cruz Roja, Defensa Civil, etc, llevan en forma apresurada, casi desesperada y a como dé lugar a TODOS los lesionados incluso con lesiones leves en dirección del Hospital y es así que la Institución de Salud, recibe súbitamente una verdadera avalancha de personas entre heridos, conmocionados, familiares, personal de evacuación, curiosos; que no sólo congestionan las rutas y los accesos al Hospital, sino que abarrotan su planta física y sus instalaciones poniendo a la Institución que también ha sufrido los efectos del sismo, en una situación de desastre mucho más grave que la que debiera tener. (55) (58) (70).

Es por lo tanto, necesario una Educación Sanitaria intensa y sostenida a nivel de la Comunidad, a nivel de la Atención Primaria y un entrenamiento eficaz de todo el personal de evacuación, a fin de lograr un cambio en la mentalidad y en la conducta de todos ellos para lograr que en lo posible lleguen a los Hospitales solamente los heridos que VERDADERAMENTE requieran atención inmediata o de urgencia con la consiguiente hospitalización.

La otra movilización ineficiente es la de las ambulancias y los vehículos de otras Instituciones, que son despachados inmediatamente a los lugares del desastre, muchas veces sin tomar las debidas providencias tanto para los vehículos como para las personas (49) con las órdenes de evacuar lo más rápidamente a los heridos, es decir con los conceptos de "cargar" y "llevar", que desde ya, deben de cambiarse por los conceptos de Triage y Estabilización "in-situ" para luego recién evacuar SOLO a los lesionados que lo requieran de acuerdo a prioridades bien establecidas como se verá más adelante al hablar de la labor extra-hospitalaria en el caso de un desastre.

Ya se había anotado líneas adelante, que la naturaleza del trabajo nos obligaba a ocuparnos solamente de la organización del Hospital para situaciones de desastre; sin embargo es necesario dejar bien establecido que frente a un desastre de gran magnitud el Hospital no puede funcionar como una isla, su efectividad en un desastre puede verse seriamente comprometida a menos que tenga una capacidad planificada para coordinar el flujo de lesionados así como el apoyo de personal y recursos con otros Hospitales. Esto es tan cierto para un Hospital local como lo es para otro de gran magnitud en una ciudad. (64) (67).

No hay Hospital que se halle inmune a la necesidad de participar activamente en un plan multihospitalario para 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 o Centros de Salud vecinos, en una emergencia. Ningún Hospital -- cualquiera que sea su tamaño, su tipo y su localización puede decir que el plan propio que tiene para emergencias, será suficiente para la próxima vez que haya un desastre. Siempre habrá necesidad de -- que el Hospital trabaje coordinadamente con los recursos de la Comunidad y con los otros Hospitales. (57) (65) (73).

5.2. VULNERABILIDAD DE UN HOSPITAL

El Hospital es uno de los establecimientos más vulnerables para ser objeto de una catástrofe. (11)

Por lo general los Hospitales son edificios de varios pisos y pabellones, de complicada evacuación, con gran cantidad de elementos combustibles en su interior y en el que se trabaja con numerosos gases y líquidos explosivos, con una variedad de equipos eléctricos que requieren instalaciones susceptibles de producir chispas y descargas eléctricas.

Por otra parte, el Hospital está habitado por gran número de trabajadores y por apreciable número de pacientes, éstos últimos en su mayoría que no pueden valerse por sí mismo y que dada su misma condición caen fácilmente en el pánico y la desesperación.

Siendo el Hospital el sitio hacia el cual va a converger la ciudadanía en busca de ayuda, no sólo debe saber minimizar las consecuencias de un desastre, sino que debe de estar preparado para la adecuada atención de víctimas en masa, sin descuidar en ningún momento su capacidad de atención para la demanda normal de asistencia médica de la población. (15) (70) (81).

Esta preparación supone el haber eliminado todas o la mayor parte de las situaciones de vulnerabilidad que van a impedir o dificultar que el Hospital cumpla con todas sus funciones durante el tráfico en el que se va a ver envuelto con motivo de un desastre.

Por lo tanto, todo Director o Administrador de una Institución Hospitalaria debe de considerar qué puntos o situaciones de vulnerabilidad tiene su Centro Asistencial que dirige, para que con la debida anticipación tome las providencias del caso, pues de lo contrario puede ---

sucedir que el Hospital a consecuencia del desastre quede sin operatividad y por lo tanto fuera de servicio.

Entre las diversas situaciones de vulnerabilidad, es necesario considerar las siguientes :

- 5.2.1. Si se han hecho o no, estudios de resistencia de la estructura física del edificio del Hospital y si se han señalado las zonas de seguridad y las rutas de escape.
- 5.2.2. Si hay o no, disponibilidad y reservas de suministros básicos como fluido eléctrico, agua de consumo, combustibles y alimentos.
- 5.2.3. Si existen o no, sistemas alternos y adecuados de evacuación o eliminación de aguas residuales, basuras y otros desechos propios de un Hospital.
- 5.2.4. Si hay o no, disponibilidad inmediata y reservas de camas o camillas, ropa de cama, medicamentos, sueros, yesos, materiales de curación, de inmovilización temporal, de perfusión y transfusión sanguíneas, placas radiográficas, reactivos, etc.
- 5.2.5. Si hay o no, un sistema eficiente de comunicaciones, sobre todo para notificar y asegurar personal médico, paramédico y administrativo.
- 5.2.6. Si existe o no, un sistema puesto al día o una organización interna para control de incendios.
- 5.2.7. Si existe o no un comando médico unificado, con preparación de Médicos Emergencistas y estandarización de procedimientos.

- 5.2.8. Si hay o no, instrucciones precisas relacionadas con el uso de sistemas y señales de alarma.
- 5.2.9. Si hay o no, planes para asignar personal en responsabilidades y trabajos específicos.
- 5.2.10. Si existe un plan o no, para la conversión de todo el espacio utilizable del Hospital, en áreas de triage, de terapia intensiva, de tratamientos urgentes, de tratamientos ambulatorios, áreas de observación y de hospitalización.
- 5.2.11. Si existen o no, procedimientos especiales para que todos los recursos médicos, paramédicos y de ayuda al diagnóstico y tratamiento, converjan a los lugares de cuidados inmediatos y así evitar que los heridos sean movilizados de un lado para otro con riesgo de agravar sus lesiones.
- 5.2.12. Si existe o no, un registro médico especial para casos de desastre, como una tarjeta especialmente diseñada que acompañe a la víctima de un lugar a otro.
- 5.2.13. Si hay o no, procedimientos especiales para hacer más expeditivo el Alta o reubicación de pacientes propios del Hospital, que puedan ser movilizados sin peligro a fin de poder instalar a los siniestrados que requieran hospitalización.
- 5.2.14. Si se han previsto o no, opciones para los posibles daños que pudiera sufrir el edificio en su estructura física.
- 5.2.15. Si existen o no, procedimientos o estudios para la utilización de áreas libres dentro del mismo Hospital o fuera del Hospital y aún en los edificios vecinos que puedan ser habilitados para la atención de víctimas. Inclusive una posible área donde pudiera instalarse el Hospital de Campaña.

- 5.2.16. Si se ha previsto o no, alternativas para el caso de que los ascensores queden fuera de servicio.
- 5.2.17. Si existen o no, sistemas de rápido traslado de ciertas víctimas a otros centros más apropiados para tratamiento definitivo, después de haber recibido tratamiento preliminar médico o quirúrgico.
- 5.2.18. Si hay o no, un sistema de seguridad para tener a los familiares y curiosos fuera de las áreas de trabajo; así como para proteger el edificio, los equipos y el personal, contra actos hostiles.
- 5.2.19. Si todas las ambulancias y vehículos motorizados del Hospital se encuentran equipadas y en buen estado de operatividad.
- 5.2.20. Si ya está implementado o no, un Centro de Información Pública y asignado una persona calificada como enlace de relaciones públicas para casos de desastre.
- 5.2.21. Si se ha previsto o no, un área que sirva de depósito de cadáveres en caso de que se exceda la capacidad del Departamento de Patología.
- 5.2.22. Si se han especificado o no, las rutas de tránsito y procedimientos para recepción y evacuación de accidentados, tanto por vía terrestre como aérea.
- 5.2.23. Si se ha previsto o no, la utilización de un área libre que pueda servir de Helipuerto.
- 5.2.24. Si se ha capacitado y entrenado o no, al personal del Hospital sobre lo que hay que hacer en el mismo momento del desastre,

particularmente el personal que está en relación directa con los pacientes.

- 5.2.25. Si se ha hecho conocer o no, absolutamente a todo el personal del Hospital, el Plan Básico de Desastres, copias del cual deben estar en cada Departamento o Servicio y al alcance de todo aquel que solicite información.

5.3. LA ORGANIZACION HOSPITALARIA ANTES DEL DESASTRE

Es la Etapa de Prevención, en que un Hospital se prepara adecuadamente con todos sus recursos disponibles a fin de afrontar -- adecuadamente las consecuencias de cualquier situación de desastre -- que pudiera presentarse.

Comprende varias acciones y etapas, no necesariamente -- sucesivas y que son :

- Evaluación y corrección de todas las situaciones de vulnerabilidad de un Hospital.

- Constitución de un COMITE DE SEGURIDAD Y EMERGENCIAS, que se encargará de adecuar al Hospital para el trabajo ante cualquier situación de desastre.

- Elaboración de un PLAN BASICO DE SEGURIDAD Y EMERGENCIAS.

5.3.1. EVALUACION Y CORRECCION DE TODAS LAS SITUACIONES DE VULNERABILIDAD DE UN HOSPITAL

El Director del Centro Asistencial, con el apoyo del Comité de Seguridad y Emergencias, deberá conocer y evaluar que puntos o situaciones de vulnerabilidad tiene el Hospital que dirige, para que con la debida-anticipación trate de subsanar todas las deficiencias.

Es interesante anotar que muchas de las situaciones de vulnerabilidad, se pueden presentar en cualquier momento, sin necesidad de que ocurra un desastre, poniendo al Hospital en serios problemas e imposibilitándolo para cumplir adecuadamente sus funciones (55), (66).

En la parte correspondiente a la Vulnerabilidad de un Hospital, se han descrito con todo detalle, 25 situaciones que hay necesidad de evaluarlas para tratar de corregir a tiempo, antes de que se presente un desastre, la situación que así lo requiriese.

5.3.2.1. Estructuras :

El Hospital deberá contar con un Análisis de Estructura, de ser posible a cargo de un Ingeniero Calculista, quien deberá hacer un estudio de la vulnerabilidad de la estructura física, de acuerdo al tipo de construcción, número de pisos, materiales, terreno en que fué construído.

Según los resultados de éste Análisis se determinará y señalará las diferentes zonas de seguridad, así como las rutas de escape.

5.3.2.2. Abastecimiento de agua :

Se deberá especificar cual es la fuente normal de abastecimiento de agua, la capacidad de almacenamiento de sus depósitos, el estado de conservación y funcionamiento de los pozos y equipos de bombeo y cuales serían las fuentes alternas de abastecimiento y almacenamiento del agua. Cuales son los sistemas de distribución y potabilización. Si hay alguna directiva que norme la restricción de su consumo si fuese necesario. En caso de no existir fuentes alternas, cada Hospital deberá investigar y desarrollar una fuente alterna para el suministro y almacenamiento, a fin de que en un momento de emergencia se pueda suplir de agua al Hospital.

5.3.2.3. Eliminación de aguas servidas y excretas :

Se deberá determinar cual sería el sistema alterno de eliminación de aguas servidas en caso de ruptura u obstrucción de las tuberías de desagüe.

Se determinará cuales serían los sistemas alternativos de emergencia para el tratamiento de excretas, basuras y de sechos, así como el manejo de los desperdicios potencialmente contaminantes o materiales sépticos producto del ma nejo y tratamiento de los pacientes infectados. En algunos Hospitales grandes habrá que tomar además las debidas pre cauciones en el manejo y posible contaminación con materia les radioactivos que pudieran incrementar la magnitud del desastre.

5.3.2.4. Energía eléctrica :

Se deberá tomar debido conocimiento del voltaje, amperaje y ciclaje usado en el Hospital y en la Comunidad de la que se surte y determinar las fuentes alternas de abastecimiento eléctrico. Se deberá disponer de Plantas de emergencia o Grupos electrógenos que se pongan en función al instante de haberse cortado el flúido eléctrico del Hospital; deberá conocerse su potencia, capacidad, combustible que utiliza, autonomía y el área de servicio que puede mantener.

Se examinará si existen directivas y procedimientos para la restricción del consumo de energía eléctrica; si están bien localizados los paneles de control y la red de distribución eléctrica.

Se tendrá debidamente registrado el o los sitios donde se puedan adquirir generadores que permitan suministrar energía eléctrica a las áreas más importantes del Hospital. Finalmente se verá si existe en depósito o para utilización inmediata, suficiente cantidad de linternas eléctricas y lámparas de combustible.

5.3.2.5. Combustibles :

Para nuestro medio se considera petróleo, gasolina y gas, fundamentalmente.

El Hospital siempre debe de tener en forma permanente reservas de combustibles como para funcionar en forma autónoma durante 4 días.

Se revisará si hay directivas para que en casos de desastre se extremen las medidas de seguridad en cuanto a tanques de almacenamiento, red de distribución, llaves de seguridad, etc., ya que pueden producirse escapes y consiguientemente explosiones o incendios que agraven el desastre.

5.3.2.6. Alimentos :

Se deberá tener permanentemente una adecuada reserva de alimentos tanto frescos como conservados, ya que con motivo de un desastre van a aumentar el número de raciones diarias por el incremento de pacientes hospitalizados así como del personal hospitalario.

Se considerará las áreas de preparación, conservación y distribución de alimentos, para que en casos de desastre se valoren sus situaciones y puedan utilizarse otras alternativas ya previstas.

Se deberá tener acuerdos previos con todos los proveedores de alimentos, para que no interrumpan la corriente de provisiones a consecuencia de un desastre.

5.3.2.7. Equipos y materiales :

En los depósitos y almacenes del Hospital deberá existir para disponibilidad inmediata, reservas de camas o camillas con su correspondiente ropa de cama en una cantidad comprendida entre el 10 y 20% del número de camas de un Hospital.

Deberá tenerse previsto un almacenamiento extra de material médico y quirúrgico en lugares fácilmente accesibles con los elementos básicos necesarios para tratamientos iniciales, los elementos almacenados deberán ser periódicamente cambiados de posición, reemplazados o esterilizados nuevamente los que así lo requieran.

Entre éstos elementos tenemos : tensiómetros, estetoscopios, equipos de curación, equipos de sutura, equipos de perfusión y transfusión sanguínea, soportes de sueros, bolsas para recolección de sangre, vendas elásticas, vendas de yeso, equipos para inmovilización temporal de fracturas, jabón quirúrgico, gasas, campos estériles, etc.

En Farmacia deberá existir siempre un stock permanente pero renovado de sueros, antibióticos, antitoxina tetánica y suficiente cantidad de desinfectantes químicos a fin de preparar soluciones para esterilizar instrumentos pues en un desastre pueden fallar tanto la energía eléctrica como el vapor de agua.

En los Servicios de Radiología y Laboratorio Clínico siempre deben de mantener en forma constante, una reserva renovable de placas radiográficas y reactivos, respectivamente.

5.3.2.8. Comunicaciones :

Las comunicaciones tanto intra como extra-hospitalarias son de vital importancia y equivalen al sistema nervioso del Hospital. Deberá conocerse la capacidad de la central telefónica, su tipo y la clase de energía que usa, para buscar una energía alterna en caso de falla.

Se verá si hay directivas para que en casos de desastre se restrinja al máximo el uso de los teléfonos, además para las comunicaciones internas tanto para el personal como para los pacientes, en casos de desastre es imprescindible el adecuado funcionamiento de los parlantes y buscar alternativas de reemplazo en caso de corte de energía eléctrica.

Se deberá preveer el funcionamiento de un equipo de Mensajeros tanto para las comunicaciones intra como extra hospitalarias, en caso de que falle todo medio de comunicación.

En algunos Hospitales se puede disponer del uso permanente de intercomunicadores personales para el personal clave -- que tenga que ver en los desastres.

En la Dirección, Servicio de Emergencia y Central telefónica del Hospital deberá de existir un Directorio actualizado con direcciones, teléfonos y horarios de todo el personal involucrado en el Plan y con los que debe contarse desde los primeros momentos del desastre.

Sería recomendable que cada Hospital contase con un equipo de radio de banda ciudadana (11 mts.) con equipo alternativo de energía (corriente alterna o batería), pues pudiese ser el único medio de comunicación en caso de desastre. En todo caso se debe de entrenar a personal suplementario tanto en el manejo de la Central Telefónica como del Equipo de Radio.

Debe preverse igualmente los mecanismos de llamada a servicio, tanto directo como en clave, del personal hospitalario a través de las radioemisoras o televisoras comerciales de la localidad.

5.3.2.9. Control de Incendios :

El Hospital es una Institución y Centro de Trabajo que está -- más propenso a sufrir un incendio, en condiciones normales y con mayor razón en situaciones de desastre, ya que se comprometen su estructura y sus instalaciones. (21), (53).

La gran cantidad de equipos y aparatos eléctricos, la enorme red de cables y conexiones por una parte y el manejo de líquidos reactivos y gases inflamables por la otra, hacen que el Hospital esté permanentemente expuesto a explosiones e incendios.

El control de incendios en un Centro Asistencial es uno de los puntos fundamentales en los Sistemas de Seguridad Intra-hospitalaria y será visto con más detenimiento, cuando se describan las Medidas Generales de Seguridad.

5.3.2.10. Comando Médico Unificado :

Con la llegada masiva de víctimas se imparten frecuentemente órdenes y contra órdenes de uno o varios Médicos Jefes de Departamentos o Servicios y otros por diversas razones no desean acatar las órdenes impartidas; todo lo cual aumenta el grado de confusión y agrava la situación de desastre del Hospital.

Es por eso que se deberá dejar bien establecido y bien conocido por todo el personal Médico, para-médico, técnico, administrativo y de Servicio del Hospital, que en casos de Emergencia con motivo de un desastre de gran magnitud, asume el Comando único del Hospital, el Director del mismo. Pero cuando el desastre se produzca fuera de las horas o días de trabajo, el Comando único estará a cargo del Médico Jefe de Guardia del Servicio de Emergencia, hasta que el Director del Hospital no disponga otra cosa. También puede asumir la responsabilidad el Médico Coordinador miembro del Comité siempre que ejerza cargo de jefatura y tenga práctica y conocimientos sobre desastres.

Se debe de aceptar que al menos en los primeros momentos de producida una catástrofe fuera de las horas o días de trabajo la responsabilidad de toda la atención médico-quirúrgica va a recaer sólo en los Médicos de Guardia de todas las Especialidades. Es por ésta circunstancia y fundamentada razón de que a todos los Médicos programados para hacer guardias se les debe de capacitar concienzuda y adecuadamente hasta convertirlos en Médicos Emergencistas, de tal manera que un Pediatra

de Guardia en época normal, se convierte automáticamente en Médico Emergencista ante la llegada masiva de víctimas.

El Médico Emergencista es aquel que está capacitado para reconocer rápida y eficazmente a un paciente grave en estado crítico y poder actuar enseguida para salvarle la vida, ha de saber categorizar a los heridos según el tipo y carácter de sus lesiones; ha de saber determinar el grado de compromiso vital de los lesionados; ha de saber desempeñarse en procedimientos de curaciones, procedimientos quirúrgicos de emergencia, como intubaciones, suturas, traqueotomías, ha de conocer los sistemas de inmovilizaciones temporales de fracturas, así como transfusiones y perfusiones sanguíneas.

El Médico Emergencista como es lógico es de mucho mayor utilidad en Hospitales medianos y pequeños u hospitales alejados que no disponen de muchos especialistas.

Por último todos los miembros del Cuerpo Médico involucrados en la atención de masivo número de víctimas y por la situación de emergencia que pasa su Hospital, tienen que aceptar dos principios :

1) Cambios en los sistemas de tratamiento habituales por otros más rápidos y menos complejos.

Sobre todo cuando exista una enorme desproporción entre el número de pacientes y el número de médicos disponibles, en que no se puede proporcionar la mejor y completa atención a determinado paciente. Por ejemplo un paciente que viene con los párpados destrozados por múltiples heridas; lo único que se hará es limpieza, prescripción de antibióticos, --

colocación de apósitos oculares y pasar a la siguiente víctima.

II) Estandarización de los sistemas de tratamiento.

En que además de la discrepancia entre el número de pacientes y el número de médicos, existe discrepancia entre la cantidad de material y medicamentos que se dispone y que se necesita. No es posible almacenar y tener a disposición inmediata cada tipo especial de equipo o medicación que está acostumbrado a utilizar cada Médico; de tal manera que en el momento del desastre todos tendrán que utilizar por ejemplo el mismo material de sutura y sujetarse a la prescripción de los antibióticos seleccionados para estas situaciones. (55).

5.3.2. CONSTITUCION DE UN COMITE DE SEGURIDAD Y EMERGENCIAS .

En todo Hospital y a propuesta de su Director, se constituirá e instalará el Comité de Seguridad y Emergencias para casos de desastre, que funcionará en forma permanente como Organismo Asesor de la Dirección. Tendrá carácter normativo en la Etapa Pre-desastre y ejecutivo en el momento del desastre o la emergencia. (60)

Su sigla será COSE. Co de Comité, S de Seguridad y E de Emergencias.

El Comité de Seguridad y Emergencias en un Hospital del nivel IV, deberá contar con su oficina y personal de secretaría propios.

Este Comité deberá estar presidido por el Director del Hospital o su representante y estará integrado por un médico coordinador y los Jefes de las reparticiones directamente involucradas, tal como se verá más adelante, cuando se desarrolle

el Plan Básico.

Una de las primeras actividades del Comité es el de confeccionar un Plan Básico, que debe incluir todas las características de un Manual de Organización y Funciones, así como de Normas y Procedimientos.

Como éste documento es de suma importancia por ser la columna fundamental de la estructura organizativa de un hospital, para casos de desastre, es que va a ser desarrollado dentro de un marco conceptual especial.

5.3.3. PLAN BASICO PARA SITUACIONES DE DESASTRE

5.3.3.1. IMPORTANCIA

Dentro de la concepción moderna de la Defensa Civil, así como la Defensa Territorial de nuestro País, es fundamental que todos los Hospitales y Establecimientos de Salud - que dispongan de camas de hospitalización; no sólo no interrumpan sus funciones bajo ninguna circunstancia, sino -- que deben de estar preparados incluso para aumentar su capacidad de atención ante las consecuencias de cualquier catástrofe. (4) (5) (73).

Esto sólo es posible conseguirlo mediante una planificación técnica que descarte el factor improvisación y que se mantenga actualizada mediante una permanente evaluación y -- prácticas periódicas.

Cada Hospital tendrá un Plan para Situaciones de Desastre que estará basado en sus propias características, como tipo tamaño, ubicación geográfica, clase de atenciones que brinda, población que sirve; así como el personal y los recursos materiales de que dispone. (4), (10), (46).

5.3.3.2. FINALIDAD

Preparar al Hospital con sus capacidades científicas, técnicas y administrativas con el fin de asegurar que se presten los servicios asistenciales médicos y quirúrgicos, con un -- máximo de cobertura, eficacia y eficiencia en todas las situaciones de desastres.

5.3.3.3. OBJETIVOS

-En el caso de la atención masiva de víctimas, procurar el tratamiento lo más rápido y eficientemente posibles con el -

fin de minimizar el número de muertes e invalideces.

-Restablecer en el menor tiempo, la normal capacidad de atención del Hospital.

-Incrementar las áreas y recursos de tratamiento de urgencia así como de hospitalización, asegurando el número suficiente de camas para las víctimas del desastre.

5.3.3.4. CARACTERISTICAS

-El Plan ha de ser funcional, flexible de fácil comprensión y ejecución, para que pueda adaptarse y aplicarse en distintas situaciones y circunstancias.

-El Plan es de carácter permanente, pero siempre actualizado mediante evaluaciones y simulacros, lo que equivale a una constante disponibilidad de recursos, así como personal bien informado y competente.

-Ha de ser coordinado con planes similares de otras Instituciones de Salud de la localidad, para lograrar una mayor cobertura, mayor efectividad y una mejor utilización de los recursos.

-Debe ser parte de un Plan Regional de Organización para casos de Desastre a través del Sistema Nacional de Defensa Civil.

5.3.3.5. ESTRUCTURA ORGANICA

El Comité de Seguridad y Emergencias para casos de Desastre, está constituido por órganos de mando, de asesoría, de apoyo y de línea. Ver Gráfica No.4.

I. Organos de Mando :

Están constituidos por la Dirección del Hospital y el Comité de Desastres.

La Dirección está integrada por el Director del Hospital, el

o los Sub-Directores o los Directores Adjuntos.
Tiene líneas de Coordinación Extra-hospitalaria.

El Comité tiene Coordinación Intra-hospitalaria con todas las áreas, departamentos, servicios y secciones del Hospital.

El Comité de Seguridad y Emergencias para casos de desastres en un Hospital del IV Nivel deberá estar conformada de la siguiente manera :

- El Director del Hospital o su representante, que lo presidirá.
- Un Médico Coordinador, de ser posible Especialista o con conocimientos en desastres y atención de accidentados.
- El Jefe del Departamento de Cirugía.
- El Jefe del Departamento de Medicina.
- El Jefe del Departamento de Emergencia.
- El Jefe del Departamento de Servicios de Ayuda al diagnóstico y tratamiento.
- La Jefe del Departamento de Enfermería.
- El Jefe del Departamento de Administración.
- El Jefe del Departamento de Mantenimiento.
- El Jefe del Servicio de Traumatología
- El Jefe del Servicio de Seguridad.

Los Hospitales de niveles inferiores, conformarán sus respectivos Comités de Seguridad y Emergencias en función de la categoría y número de su personal.

II. Organismo de Asesoría

Constituido por el Cuerpo Médico del Hospital, en su calidad de asesor y no desde el punto de vista gremialista.

III. Organos de Apoyo

Son los siguientes :

- Servicios Médicos y Quirúrgicos generales y de Especialidades que están involucradas en la atención de víctimas así como las áreas de hospitalización de dichos Servicios.
- Servicios Médicos Intermedios o de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento, en especial los Servicios de Radiología, Laboratorio Clínico, Anatomía Patológica y Farmacia, comprende también los Servicios Para Médicos, fundamentalmente Enfermería, Nutrición, Servicio Social y Registro, Archivo e Historias Clínicas.
- Servicios Generales, especialmente Comunicación e Informaciones, Abastecimientos, Transportes, Mantenimiento, Seguridad y Limpieza.

IV. Organos de Línea u Operativos

Son el Sistema de Control de accidentes intrahospitalarios y el Sistema para atención masiva de víctimas.

A. Sistema de Control de Accidentes Intra Hospitalarios

Este Sistema tiene como Organismo de Mando al mismo Comité de