

FUNCIONES DEL EQUIPO DE SALUD

EN SITUACIONES DE DESASTRE

1.- INTRODUCCION:

La mayoría de los fenómenos naturales y artificiales que se clasifican como desastre son predecibles y por tanto susceptibles de evitar, o al menos de disminuir sus consecuencias con programas preventivos.

Durante los últimos años se ha presentado un incremento en las acciones y organismos de Socorro, en beneficio de las víctimas de las múltiples emergencias que han afectado nuestra región.

Las experiencias en nuestro país y estudios realizados en otros, han demostrado que una buena organización para la atención inmediata a los lesionados, reduce y previene las muertes y lesiones. Existen muchas razones para que una buena organización se dificulte, destacándose:

- Al personal del área de la salud no se le prepara para proporcionar atención médica efectiva en caso de accidentes en masa; y
- No existe una estructura organizativa a nivel operativo que proporcione un sistema de trabajo efectivo y un sistema de comunicación e identidad para los individuos y la organización, ya que aunque a nivel estatal e institucional hay estructuras administrativas para actuar en casos de desastre, en el nivel operativo no es claro el papel que debe desempeñar cada uno de los individuos.

Para proporcionar atención médica efectiva en caso de desastres, debe contarse con planes de emergencia extra e intra institucionales en donde se incluya la estructura organizativa a nivel directivo y operativo,

como también la asignación de responsabilidades que aseguren una atención inmediata óptima con adecuada utilización de los recursos (alto rendimiento y productividad).

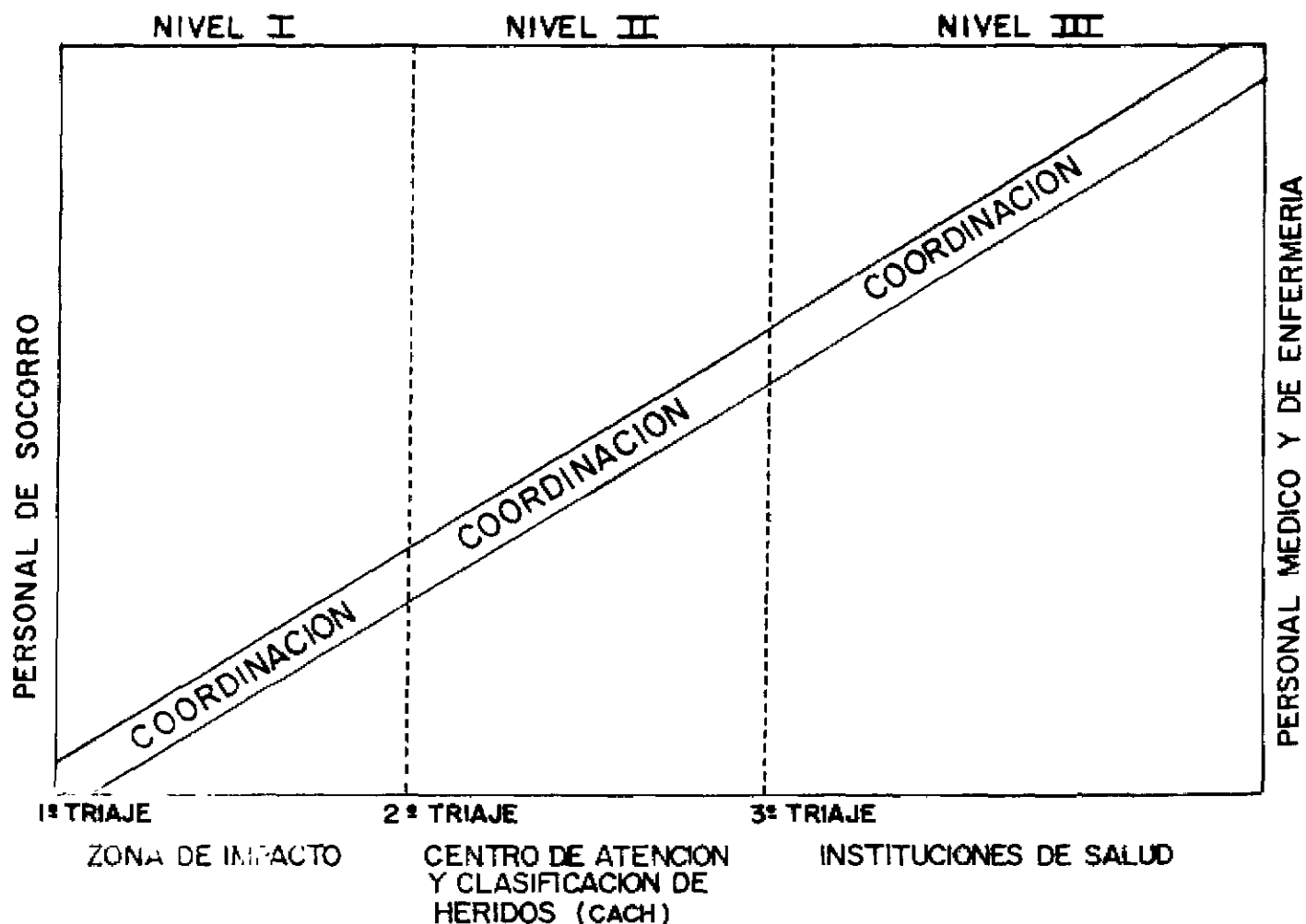
Este documento plantea una propuesta de funciones para el personal de socorro, enfermería y médico en situaciones de desastre según los niveles de atención, con el fin de que se conozca su desempeño en dichas áreas y se motive a las instituciones docentes y asisteciales en la preparación del personal.

Como referencia para elaborar esta propuesta se tuvo en cuenta la estructura que existe para la atención de desastres en el área metropolitana de la ciudad de Medellín, dirigida por el Comité Interinstitucional Metropolitano del Sector Salud (CINSS), donde participan las entidades públicas, privadas y de seguridad social que prestan atención en salud y cuenta con asesoría permanente de la Cruz Roja.

2.- ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LA ATENCION EN SALUD EN SITUACIONES DE DESASTRE.

Para elaborar la estructura administrativa debe crearse un Comité Inter-institucional, conformado por las entidades públicas, privadas y de seguridad social que brindan atención de salud en la zona. Este comité debe ser la máxima autoridad para atención en salud en situaciones de desastre, y debe planificar, organizar y dirigir los recursos humanos y materiales, así como la atención en salud en cada uno de los niveles según la magnitud y el tipo de desastre.

Para definir la asignación de responsabilidades a nivel administrativo y operativo se partió de la división de la atención por niveles de complejidad y el sistema de referencia, así: (Ver gráfico Nro. 1)



NIVEL I: Es la zona de ocurrencia del desastre o de Impacto, donde la atención médica está encaminada a labores de rescate y salvamento, realizándose allí el primer nivel de triaje.

En el Nivel I el recurso humano básico es el personal de socorro. La dirección de la atención en salud en la zona de Impacto esta bajo la responsabilidad de un coordinador de las entidades de socorro, quien es asignado por el Comité Interinstitucional y depende directamente de él; es parte integrante del Puesto de Mando Unificado (PMU), conformado además por representantes de las entidades de socorro y entidades gubernamentales: Cruz Roja, Defensa Civil, Bomberos, Policía y Ejército y representantes de la comunidad afectada.

NIVEL II: Es el Centro de Atención y Clasificación de Heridos (CACH). A este nivel son referidos los lesionados de la zona de Impacto; allí se realiza el II nivel triaje y de acuerdo con éste se estabilizan los heridos para ser transportados al nivel III ó ser dados de alta.

En este nivel el recurso humano básico es el personal médico, de enfermería y de socorro. Está dirigido por un Puesto de Mando Unificado (PMU) integrado por:

- Un administrador del puesto: quien debe ser un representante de las entidades de socorro, asignado por el Comité Interinstitucional.
- Un coordinador médico: quien debe ser un médico general con preparación en atención de desastres.

- Un coordinador de enfermería: profesional de enfermería con preparación en atención de desastres.
- Representantes de cada una de las entidades que participan en la atención del desastre.
- Representantes de la comunidad afectada.

NIVEL III: Instituciones de salud:

A este nivel son referidos los lesionados del CACH, según el segundo nivel de triaje y el nivel de complejidad de las instituciones existentes en la zona.

En las instituciones de salud se realiza un III nivel de triaje y de acuerdo con éste se determina el tratamiento definitivo de los lesionados.

En el III nivel el recurso humano básico es el personal médico y de enfermería. El PMU estará integrado por:

- Un representante de la Institución ante el Comité Inter-institucional.
- Un coordinador médico
- Un coordinador de enfermería
- Funcionarios del área administrativa

3.- FUNCIONES DEL PERSONAL DE SALUD EN EL PUESTO DE MANDO UNIFICADO.

El personal de salud en el puesto de mando unificado en los tres niveles de atención tiene como meta lograr la atención inmediata efectiva por medio del trabajo en equipo coordinado y organizado.

Las funciones que debe cumplir en su respectivo nivel son:

- 1.- Realizar el diagnóstico de la situación en salud.
- 2.- Informar al Comité Interinstitucional la magnitud del daño, dando prioridad a la siguiente información: tipo de desastre, número aproximado de heridos, tipo de lesiones, gravedad de las mismas, necesidades de recursos.
- 3.- Mantener comunicación permanente con los demás miembros del Puesto de Mando Unificado.
- 4.- Mantener la accesibilidad y seguridad de la zona.
- 5.- Coordinar las acciones con el Comité Interinstitucional y el equipo de salud.
- 6.- Decidir sobre los recursos humanos y materiales requeridos para la atención.
- 7.- Asignar los recursos humanos y materiales según el diagnóstico de la situación.
- 8.- Organizar los relevos obligatorios del personal de salud

- 9.- Decidir sobre la necesidad de expansión interna y/o externa, de acuerdo al análisis sobre disponibilidad de atención en salud.
- 10.- Asesorar el triaje.
- 11.- Supervisar ajuste de triaje según el número de lesionados en cada categoría.
- 12.- Asignar y supervisar el diligenciamiento de los registros.
- 13.- Asesorar sobre las medidas preventivas que deben aplicarse en la zona.
- 14.- Iniciar medidas de vigilancia epidemiológica.
- 15.- Coordinar la remisión de pacientes según el triaje.
- 16.- Suministrar información pertinente con base en lo reglamentado por el Comité Interinstitucional.
- 17.- Supervisar y analizar el desarrollo del plan de emergencias.
- 18.- Supervisar y evaluar la atención en salud brindada por cada uno de los miembros del equipo.
- 19.- Establecer correctivos oportunos de acuerdo a la supervisión.
- 20.- Las demás funciones que le asigne el PMU.

4.- PAPEL DE LAS ENTIDADES DE SOCORRO.

Los organismos de socorro y las instituciones de salud deben estar organizados y preparados para funcionar con criterios técnicos unificados, respecto a la forma como cada uno y todas en su conjunto deben afrontar una situación de emergencia.

Estos criterios técnicos deben permitir establecer un orden de prioridades en el que se determinen claramente los pasos a seguir en el cubrimiento de la emergencia, contemplando los siguientes aspectos:

1.- Preparación y organización:

Todos los organismos deben tener claridad de las funciones en situación de emergencia, para que su desempeño resulte eficiente, eficaz y efectivo.

La coordinación es un proceso largo de entendimiento mutuo y de operación organizada bajo un comando único y como tal no debe improvisarse.

2.- Adecuada respuesta inicial:

Entiéndase como el período transcurrido desde la llamada de alarma, el proceso de alerta, hasta el desplazamiento de los organismos de socorro. El cumplimiento de las actividades normales o "rutinarias" y la práctica (simulacro) de atención de urgencias aseguran una respuesta rápida y eficaz en situaciones de emergencia.

3.- Establecimiento de Puesto de Mando Unificado (PMU):

Que coordine las actividades de las entidades de socorro: Bomberos, Policía, Defensa Civil, Patrulla Aerea, Radioaficionados, etc. y permita la asignación de funciones y tareas específicas que garanticen una participación efectiva en actividades comunes, manteniendo su independencia institucional.

4.- Evaluación rápida de la magnitud del desastre:

Teniendo en cuenta las siguientes variables:

- Tipo de desastre
- Número aproximado de víctimas
- Tipo de lesiones
- Necesidades de transporte
- Necesidad de ayuda médica
- Necesidad de ayuda paramédica
- Peligros potenciales

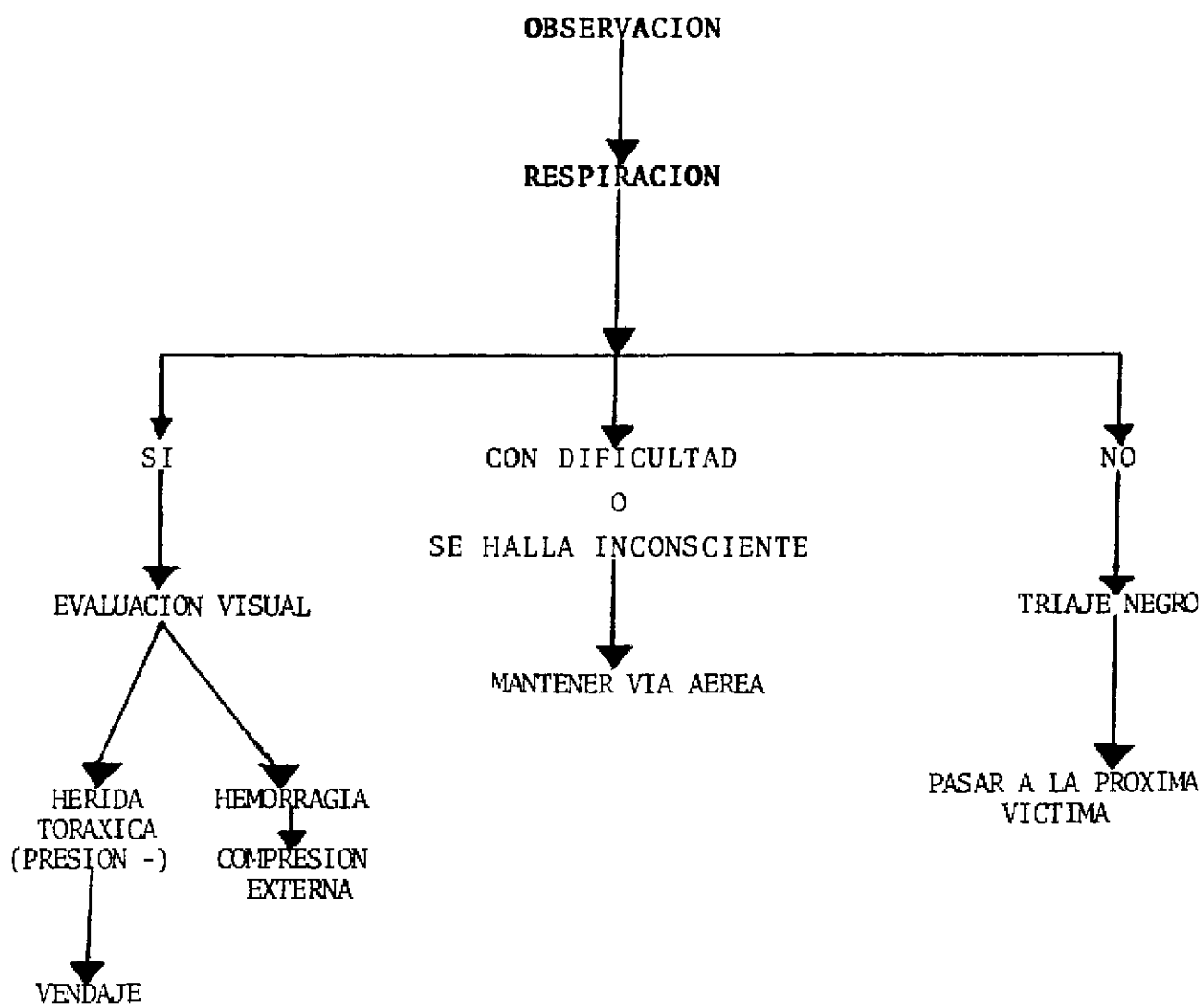
5.- Operaciones de salvamento y rescate:

Las actividades básicas son labores de búsqueda, localización de víctimas y remoción de escombros.

6.- Triage In Situ o nivel I:

Dependiendo de la localización y magnitud de la emergencia, generalmente se establece en el sitio un primer nivel de triaje, que consiste en una evaluación inicial de respiración y nivel de conciencia, así como una rápida evaluación visual a fin de clasificarlos en categorías tipo A, B, C, ó D.

PROCESO DE TRIAJE INICIAL



El equipo de triaje no debe permanecer mucho tiempo con una sola víctima, sin haber realizado la evaluación y clasificación de las demás.

Siempre que sea posible, es importante la identificación con la tarjeta individual de las víctimas: nombre, edad, sexo, lugar de origen, categoría de triaje, diagnóstico y tratamiento inicial.

7.- Administración de Primeros Auxilios:

Deben observarse los criterios de prioridad establecidos en el área de triaje, tales como: mantener vía aérea permeable, control de hemorragias, inmovilizaciones y tratamiento del shock.

8.- Transporte de víctimas:

Realizado el nivel de triaje in situ, se procede a concentrar las víctimas en un solo lugar para evacuarlas de la zona de impacto y transportarlas al Centro de Atención y Clasificación de Heridos (CACH), donde se realiza el II nivel de triaje.

9.- Radiocomunicaciones:

El disponer de un sistema de radiocomunicaciones permite establecer una coordinación interinstitucional en los aspectos operativos, logrando flexibilidad de acción y dirección. Además, se canaliza la información desde el sitio de la emergencia.

10.- Participación de la comunidad:

El comportamiento de la población con posterioridad a un gran desastre rara vez asume formas de pánico generalizado; el impacto

de tensión inicial va cediendo paulatinamente, y permitiendo obrar más ágil y organizadamente.

Los Comités Comunitarios de Emergencias que con antelación se hayan conformado, deberán asumir sus funciones lo más pronto posible para coordinar y dirigir las acciones en toda la zona.

Lo más importante es preparar y enviar a la comunidad para que actúe en forma activa y organizada.

El esquema de funciones del personal de socorro se presenta en (anexo cuadro nro. 1).

GUIA PARA LA ACTUACION DEL PERSONAL DE SOCORRO ANTE UNA EMERGENCIA.

En caso de una emergencia pueden delimitarse tres etapas definidas:

A.- Desde el momento de la alarma hasta llegar al sitio de la emergencia.

B.- En el sitio de la emergencia.

C.- Después de la fase de urgencia.

A.- ALARMA DESDE EL SITIO DEL ACCIDENTE:

1.- Cuando en la entidad de socorro se recibe la primera llamada de alarma, deben solicitarse los siguientes datos:

- Quién llama y de dónde (teléfono)
- Qué ocurrió (tipo de emergencia)

- Donde y cuando ocurrió la emergencia.
 - Número de heridos y tipo de lesiones.
 - Necesidad de ayuda extra.
 - Posibles vías de acceso.
 - Dónde y cuándo y ante quién debe presentarse la ayuda solicitada (ubicación de un puesto de mando).
- 2.- Controlar la llamada si se trata de particulares.
 - 3.- Accionar el sistema interno de alerta, según el plan previamente establecido.
 - 4.- Determinar el llamado a otras entidades.
 - 5.- Reunir rápidamente el grupo de socorro para información e instrucción, definir el coordinador en el sitio y delimitar funciones.
 - 6.- Contratar la salida del equipo adecuado.
 - 7.- Desplazarse al sitio de emergencia según el plan previo de transporte.

B.- EN EL SITIO DE LA EMERGENCIA:

- 1.- El coordinador entra en contacto con el Puesto de Mando Unificado y busca la coordinación conjunta de actividades.
- 2.- El grupo de socorro realiza una evaluación de la situación con

base en los siguientes parámetros:

- Posibles riesgos
- Situación general en el sitio
- Número de heridos, tipo y situación geográfica
- Orden de actividades
- Asignación de actividades a cada uno de los integrantes del grupo
- Tipo de terreno, hora del día y tiempo reinante
- Salvamento, Primeros Auxilios, Triage y Rescate de cadáveres

3.- Toma de decisiones (despliegue de la cadena de socorro)

4.- Impartir órdenes al grupo

5.- Primeros Auxilios, I Nivel de Triage

6.- Transporte de heridos al CACH, según orden del triaje

7.- Rescate de cadáveres a petición de las autoridades

8.- Rastreo final y toma de datos completos

9.- Reunión del grupo y recolección de equipos utilizados

10.- Regreso del grupo a la base

C.- DESPUES DE LA FASE DE URGENCIA:

Se inicia el proceso de rehabilitación:

- 1.- Participar en la evaluación final
- 2.- Solicitar reemplazo de equipo gastado o perdido
- 3.- Limpieza, cuidado e ingreso del equipo
- 4.- Análisis de las fallas operativas que se presente y, con base en esto, solicitar formación y prácticas de complementación.

5.- PAPEL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA.

El primer problema que se presenta al hablar del profesional de enfermería en situaciones de desastre, es la ausencia de una definición clara, en la literatura revisada, de este papel.

Sin embargo, existen parámetros que sirven de guía para determinar cuál es la responsabilidad del profesional de enfermería en el equipo que debe atender las víctimas de un desastre.

estos parámetros son:

- 1.- Las acciones en la práctica de enfermería.

Para el desempeño de la práctica profesional de enfermería se requiere educación especializada, juicio y habilidad, basadas en conocimiento y aplicación de principios derivados de la biología, física, ciencias sociales y de enfermería.

- 2.- La organización estatal y privada establecida para la atención de desastres, donde el profesional de enfermería desempeña un papel importante en el proceso de planeación, organización, dirección, ejecución y evaluación de los planes de emergencia.
- 3.- La práctica de enfermería en los Departamentos de Emergencia en donde se trabaja con base en las siguientes metas:
 - a. La estabilización fisiológica y emocional de los individuos
 - b. La remisión de los individuos, que garantiza un cuidado progresivo
 - c. La prevención de complicaciones
- 4.- La práctica actual de enfermería que exige al profesional mantenerse actualizado para desempeñar su rol y asumir responsabilidades.

Con base en los parámetros descritos, el profesional de enfermería en una situación de desastre debe reunir las siguientes condiciones:

- Capacidad para asumir su función en situaciones de mayor tensión
- Capacidad para valorar adecuada y rápidamente a los lesionados
- Conocimiento de las operaciones internas del Departamento de Emergencias
- Capacidad para tomar decisiones rápidas y firmes
- Habilidad para las comunicaciones
- Capacidad para prever situaciones

- Habilidad para la supervisión
- Capacidad para dar enseñanza incidental
- Habilidad para realizar Intervención en Crisis
- Habilidad en Primeros Auxilios
- Capacidad para tratar lesionados con problemas de comunicación
- Conocimiento del sistema de atención de emergencia de la zona
- Buenas condiciones físicas

CATEGORIZACION Y FUNCIONES ASISTENCIALES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA.

La habilidad clínica que el profesional de enfermería posee, hace de él un recurso importante para el cuidado de los lesionados en el II Y III nivel de triaje

El papel del enfermero (a) en el cuidado de los lesionados es variado, dependiendo de las necesidades de los heridos y de la habilidad del enfermero (a). Ejemplo: Personas clasificadas en la prioridad Tipo A (cuidado inmediato) requieren cuidados de enfermería con habilidades que no todos los profesionales poseen

Las categorías y funciones asistenciales del personal de enfermería en un desastre son:

- Coordinador de enfermería:

Es parte integrante del Puesto de Mando Unificado. Debe ser enfermero (a)

capacitado en Atención en Desastres, con conocimientos administrativos y experiencia en Emergencias. (Ver funciones del PMU)

- Enfermero (a) de Triage:

Es responsable de la atención de enfermería en el triaje. Debe ser enfermero (a) capacitado en Atención en Desastres con experiencia en Emergencias. Sus funciones son:

- a. Valorar los lesionados con el fin de categorizarlos
- b. Diligenciar la tarjeta individual
- c. Iniciar medidas de reanimación tendientes a recuperar los signos vitales de los lesionados
- d. Asignar al personal de apoyo las actividades encaminadas a iniciar la estabilización de los lesionados.

- Enfermero (a) de Atención:

Es el responsable de la Atención de Enfermería en cada una de las categoría Tipo A (Cuidados Inmediatos), Tipo B (Cuidados Intermedios), Tipo C (Cuidados Menores). Debe ser Enfermero (a) con experiencia en el área Médico-quirúrgica ó Emergencia.

Sus funciones son:

- a. Valorar los lesionados para determinar prioridades de atención
- b. Estabilizar los lesionados de acuerdo con la valoración hasta su transporte al nivel III

- c. Asignar al personal de apoyo las actividades encaminadas a mantener la estabilización de los lesionados.

- Auxiliar de Enfermería en Triage:

Apoya la atención de enfermería del triaje

Debe ser auxiliar de enfermería certificado (a), con capacitación en Atención en Desastres y experiencia en Emergencias.

Su función es realizar las actividades asignadas por el enfermero (a) de triaje, encaminadas al inicio de la estabilización de los lesionados.

- Auxiliar de Enfermería de Estabilización:

Apoya la atención de Enfermería en las categorías Tipo A, B y C.

Debe ser Auxiliar de Enfermería certificado (a), con experiencia en el área Médico quirúrgica ó Emergencias.

Su función es realizar las actividades asignadas por el enfermero (a) de Estabilización encaminadas a mantener la estabilización de los lesionados.

- Auxiliar de Enfermería de Cuidados Mínimos (Categoría D):

Responsable de la atención a los lesionados Tipo D (Cuidados Mínimos). Debe ser Auxiliar de Enfermería certificado (a) con capacitación en Desastres, teniendo en cuenta que en el área de Cuidados Mínimos los lesionados son moribundos, con pocas o ninguna probabilidad de vivir, tales como: paro cardiorespiratorio no presenciado; quemaduras mayores del 60% de extensión, de 2do. y 3er. grado de profundidad.

Sus funciones son:

- a. Observar la evolución de los lesionados
- b. Disminuir el dolor e incomodidad
- c. Proporcionarles asistencia espiritual según sus creencias

El esquema de funciones del personal de Enfermería se presenta en el (anexo, cuadro nro. 2).

6.- PAPEL DEL PERSONAL MEDICO.

El papel que desempeña el médico durante un desastre está acorde a su grado de instrucción, al tipo de institución y al nivel de atención. Hace parte del equipo de atención en desastre y como los demás miembros del quipo, debe desempeñar una función específica y coordinada.

Teniendo en cuenta lo anterior el papel del médico general capacitado en desastre, en la zona de Impacto, Nivel I, es servir como asesor en la prestación de servicios de salud.

En el Centro de Atención y Clasificación de Heridos Nivel II, el médico general, capacitado en Atención en Desastres, es el responsable de la atención médica, con apoyo del estudiante de medicina del último año (Interno).

En el Nivel III, es el Médico Especialista principalmente en áreas como Cirugía, Anestesiología, Ortopedia, Traumatología, Cirugía plástica, Medicina Interna y Pediatría, quien desempeña la principal labor a nivel institucional, con apoyo del estudiante de Post-Grado en área médica (Residente) y del médico general.

CONDICIONES DEL MEDICO QUE PARTICIPA EN LA ATENCION DEL DESASTRE.

- 1.- Capacidad de integración y comprensión
- 2.- Rapidez en la toma de decisiones
- 3.- Tolerancia al estress
- 4.- Buenas condiciones físicas
- 5.- Capacidad de liderazgo
- 6.- Capacidad para obedecer
- 7.- Capacidad para preveer situaciones
- 8.- Habilidad para valorar rápida y adecuadamente los lesionados
- 9.- Capacidad para evaluar
- 10.- Habilidad en atención en desastres
- 11.- Conocimiento del sistema de atención de emergencias en la zona

FUNCIONES DEL PERSONAL MEDICO SEGUN EL NIVEL DE ATENCION.

1.- Coordinador Médico:

Es parte importante del PMU. Debe ser médico capacitado en atención de desastres, con conocimiento administrativos y experiencia en Emergencias. (Ver funciones del PMU).

2.- Médico de Triage:

- a. Valorar los lesionados y ordenar su clasificación, independiente del triaje que en otro nivel se les haya practicado.
- b. Supervisar el diligenciamiento de la tarjeta individual.
- c. Mantener comunicación permanente con el coordinador respectivo.
- d. Ordenar el traslado según el triaje

3.- Médico de Estabilización en Triage:

Ordenar e iniciar las medidas de reanimación tendientes a recuperar los signos vitales.

4.- Médico de Atención en cada categoría (Tipo A - B - C - D);

- a. Continuar la estabilización de los lesionados
- b. Iniciar la atención específica
- c. Ordenar el traslado de acuerdo al ajuste de triaje
- d. Mantener informado al coordinador respectivo

El esquema de funciones del personal médico se presenta en el (anexo cuadro nro.3)

CUADRO N° I

ASIGNACION DE FUNCIONES AL PERSONAL DE SOCORRO POR NIVELES DE ATENCION

NIVEL DE ATENCION		I NIVEL						II NIVEL						III NIVEL										
FUNCION PERSONAL	COORDINACION	SALVAMENTO Y RESCATE	REANIMACION Y PRIMEROS AUX.	TRIAGE	TRASLADO	COMUNICACIONES	ADMINISTRACION	TRIAGE	ESTABILIZACION EN TRIAGE	ATENCION TIPO A	ATENCION TIPO B	ATENCION TIPO C	ATENCION TIPO D	TRASLADO	COMUNICACIONES	COORDINACION	TRIAGE	ESTABILIZACION	ATENCION TIPO A	ATENCION TIPO B	ATENCION TIPO C	ATENCION TIPO D	REMISION	COMUNICACIONES
	Coordinador	R	O	NC	A	NC	NC	R	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
	Socorrista capacitado en rescate	A	O	O	R	NC	NC	A	A	A	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
	Socorrista capacitado en salvamento y rescate	A	R	O	A	NC	NC	NC	NC	A	NC	NC	A	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
	Socorrista basico	NC	A	R	NC	R	R	NC	NC	A	NC	NC	A	A	R	R	NC	NC	NC	NC	NC	NC	A	A
Otros Voluntarios	NC	NC	NC	NC	A	A	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	A	A	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	

ASIGNACION DE FUNCIONES AL PERSONAL DE ENFERMERIA POR NIVELES DE ATENCION

FUNCION

CUADRO Nº 3
ASIGNACION DE FUNCIONES AL PERSONAL MEDICO
POR NIVELES DE ATENCION

NIVEL DE ATENCION		I NIVEL									II NIVEL							III NIVEL								
PERSONAL		COORDINACION		SALVAMENTO Y RESCATE		REANIMACION Y PRIMEROS AUX.		TRIAGE		TRASLADO		COORDINACION		TRIAGE		ESTABILIZACION		ATENCION TIPO A		ATENCION TIPO B		ATENCION TIPO C		ATENCION TIPO D		
Medico especialista capacitado en desastres		NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Medico general capacitado en desastres		NC	NC	A	NC	NC	R	R	NC	NC	NC	R	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Medico especialista		NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	O	O	O	NC	NC	NC	NC	NC
Medico general capacitado en urgencias		NC	NC	NC	NC	NC	A	A	A	NC	NC	R	R	R	R	O	NC	NC	R	R	R	O	O	O	O	O
Estudiante Post-Grado		NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	O	O	NC	A	A	A	A	A	NC	NC	NC	NC	NC
Estudiante Pre-Grado		NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	A	A	R	NC	NC	A	A	A	A	A	A	A	A

CONVENCIONES DE CUADROS NRS. 1, 2, 3.

R - RESPONSABLE: Quien estando presente debe asumir la función.

A - APOYO: Realiza funciones delegadas o asignadas por el responsable.

Asume la función en caso de faltar el Responsable.

NC - NO COMPETENCIA: El recurso que no puede realizar esa función

O - OPCIONAL: Es el recurso de mayor capacitación en su categoría;
estando disponible, debe asumir la función.

7.- BIBLIOGRAFIA:

- 1.- ARNDT, CLARA Y DADEIRAN, LOUCINE - ADMINISTRACION DE ENFERMERIA OPS, 1.980 P. 361.
- 2.- BEDOYA, CARMENZA - ORGANIZACION HOSPITALARIA PARA EMERGENCIA EXTERNA. Documento Mimiografiado. Medellín, 1.985.
- 3.- COMITE INTERINSTITUCIONAL METROPOLITANO DEL SECTOR SALUD. PLAN OPERATIVO PARA LA ATENCION EN SALUD CON MOTIVO DE LA VISITA DE SU SANTIDAD JUAN PABLO II. Medellín, 1.986.
- 4.- DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACION, FACULTAD DE ENFERMERIA, UNIVERSIDAD DE ANTIOQUI. ORGANIZACION EN ENFERMERIA. Documento Mimiografiado, 1.981.
- 5.- FUNDACION HOSPITALARIA SAN VICENTE DE PAUL. PLAN ANTI-DESASTRES. Medellín, 1.984.
- 6.- GUZMAN, NEY. GUIA PRACTICA PARA ELABORAR PLANES DE EMERGENCIA. UNIVERSIDAD DEL VALLE, 1.986.
- 7.- GUZMAN, NEY. GUIA PRACTICA PARA ELABORAR PLANES HOSPITALARIOS DE EMERGENCIA. UNIVERSIDAD DEL VALLE, 1.986.
- 8.- LOPEZ, JORGE IVAN. "LO QUE USTED DEBE SABER SOBRE ATENCION DE EMERGENCIAS" Documento Mimiografiado. CRUZ ROJA DE ANTIOQUIA.
- 9.- MALM GARCIA, LORETTA. DISASTER NURSING. EDITORIAL SERVICES 1.985 P. 383
- 10.- MARRIVER, ANN. MANUAL PARA ADMINISTRACION DE ENFERMERIA. EDITORIAL INTERAMERICANA. MEXICO, 1.982 P. 222

- 11.- O.P.S. GUIA PARA LA ADMINISTRACION SANITARIA DE EMERGENCIAS, CON POSTERIORIDAD A LOS DESASTRES NATURALES. WASHINGTON, 1.980.
- 12.- O.P.S. ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA SITUACION DE DESASTRES. WASHINGTON, 1.983.
- 13.- PEREZ, LUIS JORGE Y MIGUEL GUERRA. PLAN DE EMERGENCIA PARA BOGOTA. BOGOTA, JUNIO 1.984.