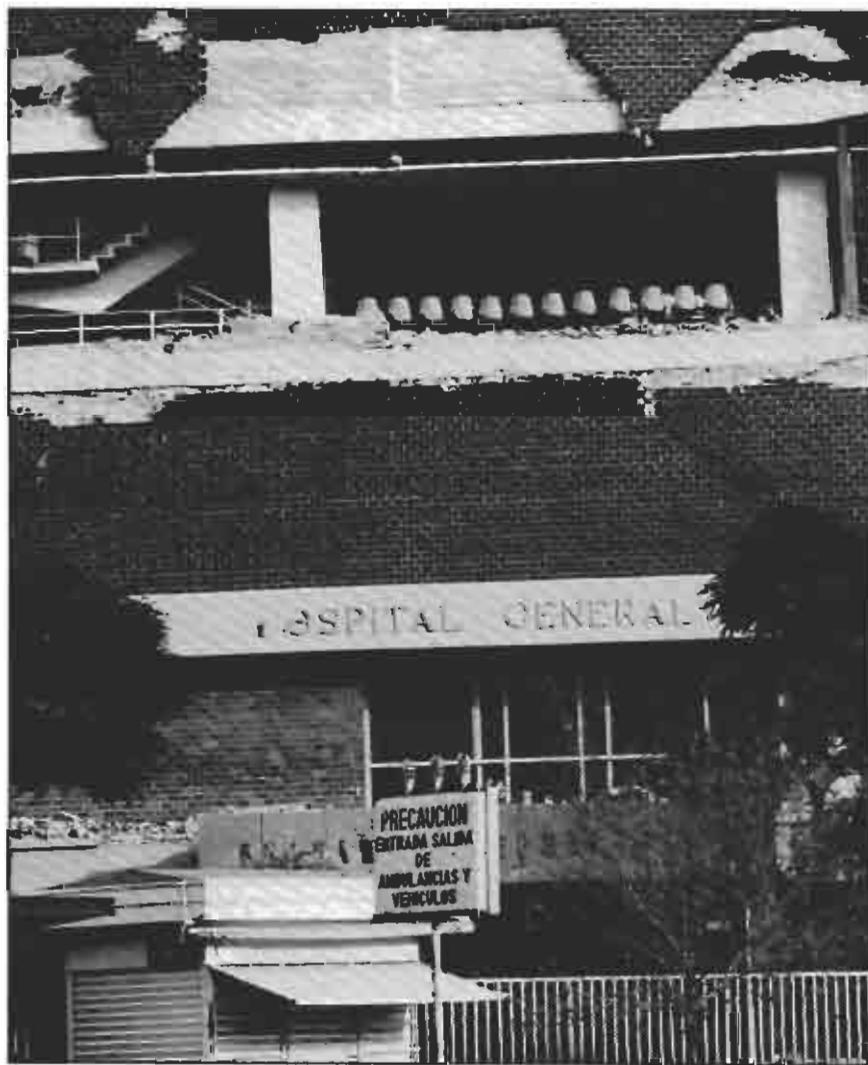


ATENCIÓN MÉDICA *HOSPITALARIA*



para casos de desastres

***ATENCION MEDICA HOSPITALARIA
PARA CASOS DE DESASTRE***

**Una presentación del
Programa de Preparativos
para Situaciones de Emergencia
y Coordinación del Socorro
en Casos de Desastre
OPS/OMS**

Este trabajo fue preparado por el Dr. José Luis Zeballos del Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Coordinación del Socorro en Casos de Desastre, OPS/OMS. También contribuyeron el Dr. Rodolfo MacDonald, el Dr. Robert Newman y el Dr. Mario Golocovsky.

La realización de esta serie de diapositivas ha sido posible gracias al apoyo financiero de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA) y la Oficina de Asistencia al Exterior en Casos de Desastre de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (OFDA/AID).

ATENCION MEDICA HOSPITALARIA PARA CASOS DE DESASTRES

1. *INTRODUCCION*

La atención médica de gran cantidad de víctimas causadas por un desastre natural o provocado por el hombre, requiere de una organización institucional capaz de reaccionar en forma oportuna y eficiente ante la compleja demanda de atención que el caso requiera. Los establecimientos de salud, particularmente los hospitales, deben contar con un plan de emergencia que responda a las necesidades derivadas de una catástrofe masiva, tomando en cuenta la variedad de posibles desastres y contingencias que puedan ocurrir. No basta con que existan estructuras físicas sofisticadas y recursos humanos capacitados si éstos no están debidamente organizados para satisfacer las demandas que impone la atención médica de una catástrofe dentro o fuera del hospital.

2. *DESASTRE INTERNO Y DESASTRE EXTERNO*

Un desastre interno es una situación de emergencia que ocurre dentro de la institución y que puede ocasionar la interrupción de los servicios y afectar la vida y la salud del personal, de los pacientes y visitantes, e incluso forzar una evacuación masiva. Un desastre interno puede ser producido por varias causas como son los incendios, derrumbes, explosiones, contaminaciones y otros. Un desastre externo es una situación de emergencia que ocurre fuera del hospital y que ocasiona un alto número de víctimas que requieren atención médica hospitalaria. Para ello, es necesario notificar al personal del hospital y movilizar los equipos y suministros de una manera coordinada y efectiva. Un desastre externo puede ser provocado por causas naturales o por el hombre.

3. *EL HOSPITAL Y LOS FACTORES DE RIESGO*

Cada institución hospitalaria debe considerar todos los riesgos potenciales que existen en la comunidad. Esto incluye los riesgos asociados con el desarrollo industrial y la tecnología, el crecimiento demográfico, los medios de transporte y los desastres naturales. Las medidas de prevención requieren la aplicación de la tecnología apropiada y un conjunto de esfuerzos coordinados.

4. *PLAN HOSPITALARIO*

Independientemente de las características físicas de un hospital, su nivel de complejidad y recursos, los planes hospitalarios deben reunir las siguientes características comunes:

- Debe ser basado en su capacidad operativa, tomando en cuenta los recursos existentes en la institución y en la comunidad.
 - Debe ser funcional y altamente flexible para adaptarse a situaciones y circunstancias cambiantes.
 - Debe establecer claramente las líneas de autoridad y mando, así como los roles y funciones asignados, y ser de fácil comprensión.
-

- Debe constituir parte de un plan regional de catástrofes y contribuir a robustecer los planes de defensa civil.
- Debe ser continuamente actualizado y el personal familiarizado con el uso del plan.
- Debe contener medidas para desastres internos y externos.

5. FASES DEL PLAN

El plan debe incluir las siguientes fases:

- *Preparación* Elaboración del plan, organización institucional y capacitación del personal.
- *Alerta* Sistema de notificación, preparativos para la acción inmediata, expansión de la capacidad hospitalaria, organización del área de recepción de heridos, seguridad del transporte y provisión de información.
- *Emergencia* Implementación del plan de acuerdo al tipo y magnitud del desastre y a las contingencias establecidas en el plan.
- *Restablecimiento* Reanudación de las actividades normales del hospital, análisis crítico de la eficiencia del plan de desastres y recomendaciones para mejorarlo.

PREPARATIVOS

6. COMITE DE DESASTRES

Cada hospital designará un comité permanente encargado de la elaboración, difusión, revisión periódica y actualización del plan, lo mismo que de la capacitación del personal y la coordinación con las otras instituciones del sector de salud. Este comité debe tener carácter técnico y desempeñar una función de asesoría al nivel de la Dirección. Los niveles profesionales y administrativos, así como los servicios técnicos y generales, deben estar representados en ese comité. En general, el comité está integrado por los jefes o representantes de los siguientes servicios:

- Dirección médica
- Dirección administrativa
- Servicio o departamento de emergencia
- Servicios o departamentos médicos
- Enfermería
- Apoyo administrativo

- Personal de planta

El comité debe nombrar a un jefe de operaciones y un alterno, los que deben ser responsables de activar el plan en caso de un desastre.

7. RELACIONES DEL HOSPITAL CON LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD Y OTRAS AGENCIAS DE LA COMUNIDAD

Un desastre mayor exige la participación de todas las instituciones del sector salud. Por lo tanto, es necesario establecer coordinación con las instituciones públicas y privadas que permitan la organización de una red de atención escalonada. El hospital no solamente debe estar familiarizado con los riesgos de desastres que podrían afectar a la comunidad, sino también establecer un nivel apropiado de coordinación y conocimiento de la capacidad operativa de los otros hospitales y de las agencias involucradas en el manejo de los desastres como son defensa civil, policía, cuerpo de bomberos, servicio médico de emergencias y agencias voluntarias. El plan hospitalario de atención en casos de desastre debe constituir un requisito establecido por ley y formar parte del plan sectorial e intersectorial para la atención médica de desastres.

8. CENTRO DE OPERACIONES DE EMERGENCIA

El centro de operaciones, ubicado en el hospital, tiene la misión de reunir a los miembros del comité de desastres, vigilar el desarrollo de las acciones mediante la coordinación intra y extrahospitalaria y asignar los recursos de acuerdo a la magnitud del desastre. La magnitud del desastre y el número de casos esperados deben determinar la movilización parcial o total del hospital. El centro de operaciones debe mantener una comunicación directa con la autoridad responsable del área de recepción de heridos, el departamento de emergencia, los departamentos médicos y quirúrgicos, los laboratorios, la farmacia, el banco de sangre, la oficina de información, la seguridad, los servicios generales y el mantenimiento. A nivel externo, el centro de operaciones debe mantener estrecha coordinación con los otros hospitales del área y con el comité local de defensa civil.

9. SEÑALIZACION Y DIAGRAMAS

El hospital debe tener claramente marcadas las rutas de circulación y vías de evacuación en casos de desastre, y poner en exhibición los diagramas de distribución del edificio en lugares claramente visibles. Los diagramas de circulación debidamente marcados deben también ser visibles para los vehículos y ambulancias que circulan en la zona.

10. RESERVA DE MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS MEDICOS DE EMERGENCIA

Todo hospital debe contar con una reserva de los fármacos y suministros médicos más necesarios para la atención de emergencias en gran escala. Este

abastecimiento debe ser verificado periódicamente. Los antibióticos y otros productos que tienen una fecha de expiración deben ser renovados periódicamente. Dicho almacén debe tener materiales para casos de cirugía general, quemaduras y ortopedia, e incluir reservas de sangre total.

11. COMUNICACIONES INTERNAS Y EXTERNAS

Las comunicaciones constituyen un elemento crítico de enlace en caso de desastre. El plan de atención hospitalaria debe considerar sistemas alternos de comunicación que reemplacen los existentes en caso de que éstos se vean afectados por el desastre. Es necesario establecer también un sistema interno de comunicación entre los diferentes departamentos y servicios del hospital. Los altavoces portátiles, las líneas telefónicas internas y los radios de doble vía "walkie-talkies", son algunas alternativas. El plan debe prever la necesidad de comunicación con el personal del hospital que no se encuentre en servicio y establecer las modalidades de esa comunicación. Generalmente se dispone con anticipación que cada empleado del hospital se comunique con dos o tres compañeros de trabajo previamente designados.

12. FUENTES ALTERNAS DE AGUA, ENERGIA ELECTRICA Y COMBUSTIBLE

No obstante que estas medidas ya deben estar incluidas desde la fase de diseño de la construcción del hospital, la experiencia ha demostrado que estos requisitos se cumplen muy pocas veces. Un plan adecuado de atención hospitalaria para casos de desastre debe establecer normas para contar con servicios alternos y probar la eficiencia de los actualmente existentes.

13. TRANSPORTE

Un inventario periódico de las ambulancias, unidades móviles y otros vehículos en servicio contribuye en forma efectiva a la capacidad operativa de un hospital. El plan debe contener instrucciones claras sobre las prioridades en el uso y circulación de las diferentes categorías de vehículos con que cuenta el hospital, hacer provisión del combustible necesario para su funcionamiento y designar el personal a cargo. Se debe mantener un inventario de los recursos disponibles para la movilización de pacientes, tales como camillas y sillas de ruedas, y designar las áreas de almacenamiento y circulación dentro del hospital.

14. MANUALES Y GUIAS OPERATIVAS

La dirección del hospital y las jefaturas de departamentos técnicos y de apoyo administrativo deben tener, juntamente con el plan, las instrucciones o manual específico, establecido para cada departamento o servicio, lo mismo que las guías sobre la organización del personal en grupos de trabajo, líneas de mando, liderazgo alterno y relaciones con otras instituciones especializadas. Este

conjunto de documentos debe guardarse en forma permanente en una caja claramente identificada y de fácil acceso. Por otro lado, cada sala del hospital debe contar con tarjetas de instrucción colocadas en lugares visibles que indiquen las acciones inmediatas a seguir por el personal médico y de enfermería en caso de una emergencia; por ejemplo, activación de alarma de incendios, uso de extintores y procedimientos de evacuación.

15. ADIESTRAMIENTO DEL PERSONAL

Ningún plan será efectivo sin la participación de todo el personal del hospital. Por ello es imprescindible desarrollar actividades de adiestramiento y capacitación continua sobre los diferentes aspectos del plan, en especial el papel que le toca desempeñar a cada uno durante una emergencia. Por otro lado, para probar la eficiencia del plan y mejorarlo, se debe llevar a cabo ejercicios de simulación o simulacros por lo menos una vez por año. En varios países la realización de ejercicios prácticos a través de simulaciones está sujeto a legislación como requisito esencial para obtener la licencia de operación de los hospitales.

ALERTA

16. NOTIFICACION DEL DESASTRE

La notificación de un desastre puede provenir de varias fuentes de información: la policía, el cuerpo de bomberos y los servicios médicos de emergencia o particulares. El telefonista de turno o el funcionario que recibe la notificación debe obtener toda la información posible sobre la naturaleza y magnitud del desastre, localización, hora, número estimado de posibles víctimas, hora aproximada de llegada e identificación de la persona que brinda la información. La central telefónica debe informar de inmediato a la autoridad médica de turno o a la persona a cargo, quien debe activar el plan de atención y poner en funcionamiento el centro de operaciones de emergencia.

17. CENTRAL TELEFONICA

Inmediatamente después, la central telefónica debe poner en acción el plan interno y externo de comunicaciones, mantener líneas exclusivas para la emergencia y seleccionar el ingreso de llamadas. El operador de turno debe cerciorarse que todos los servicios claves, departamentos técnicos, administrativos y de apoyo, sean notificados. El servicio de comunicaciones es responsable de informar al personal que aparece en la lista de notificación para desastres. Para mejorar la eficiencia del servicio de comunicaciones, es aconsejable seleccionar por categoría las llamadas relacionadas con la emergencia misma, las solicitudes de información y prensa, y las llamadas de familiares.

18. ORGANIZACION DEL AREA DE RECEPCION DE HERIDOS

El cirujano encargado del triage debe organizar el área de recepción de acuerdo a la información obtenida sobre la naturaleza del desastre y el número estimado de casos que puedan requerir atención hospitalaria. De acuerdo a esta información, se debe utilizar uno o varios espacios físicos para recibir a los pacientes y se debe considerar la posibilidad de aumentar la capacidad hospitalaria dando altas selectivas, postergando cirugías electivas y suspendiendo la atención de consulta externa. Dependiendo de la magnitud del desastre, el plan debe establecer, en base a la red de referencia, el movimiento de pacientes desde el área de triage, tratamiento mayor y menor, internación, alta o referencia de pacientes.

19. IDENTIFICACION DEL PERSONAL

Por razones de seguridad y de organización, todo el personal asignado al área de recepción de heridos, lo mismo que el personal de turno de los servicios claves, deben utilizar una identificación visible. Los miembros del comité de desastres, el cirujano jefe del área de triage, y el personal clave deben utilizar un brazalete o distintivo de color, según la autoridad y rol conferido en el plan.

20. ASIGNACION DE RECURSOS AL AREA DE RECEPCION DE HERIDOS

La adecuada organización y asignación de recursos al área de recepción constituye un aspecto clave para una respuesta efectiva. El personal asignado debe estar organizado en equipos. Cada equipo debe estar integrado por un cirujano general, un médico, una enfermera y dos auxiliares.

21. SUMINISTROS MEDICOS Y EQUIPO

Los suministros médicos y el equipo básico necesario deben ser previamente empacados en carritos o cajas que faciliten su transporte a las áreas de tratamiento. Estos carros o cajas deben estar bien identificados y clasificados por categorías; por ejemplo, equipo básico de ventilación y cilindros portátiles de oxígeno, material de curaciones y soluciones antisépticas, medicamentos de urgencia, instrumental básico de cirugía, soluciones intravenosas, vendas y férulas, formularios, tarjetas de triage, fichas de identificación y materiales de escritorio. Se debe designar con anterioridad la ubicación de los aparatos portátiles de rayos X, equipos de cirugía y anestesia, lo mismo que el lugar de concentración de camillas y sillas de ruedas en el área de recepción.

22. PREPARACION DEL SERVICIO O DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

Tan pronto como se haya notificado la ocurrencia de un desastre, se deben tomar las provisiones necesarias para la habilitación de los quirófanos. Se deben

suspender las cirugías programadas que no sean de urgencia y habilitar rápidamente las salas de observación y recuperación. Los procedimientos internos del servicio de cirugía deben incluir la organización del personal de reserva para estar disponible las 24 horas del día. La persona encargada de los quirófanos o la persona designada en el plan, en coordinación con los servicios correspondientes, debe garantizar la disponibilidad de suficiente ropa para quirófano lo mismo que del instrumental quirúrgico estéril. El hospital debe contar en forma permanente con instrumental y ropa de quirófano para enfrentar situaciones de contingencia.

23. *PREPARACION DEL SERVICIO O DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS*

Generalmente el jefe de emergencias es el encargado del triage y de la organización del área de recepción de los pacientes. El personal del departamento de emergencias es el recurso humano que, organizado en equipos, deberá efectuar las actividades de triage y los cuidados médicos de emergencia. Tan pronto se notifica la ocurrencia de un desastre, el departamento de emergencias debe suspender las actividades de rutina, y determinar la prioridad de atención de los pacientes que se encuentran en admisión. Hace desocupar también las salas de espera y trasladar las cajas de suministros y equipo necesario al área de recepción de heridos. Desde el inicio de la notificación del desastre, el responsable del departamento debe establecer estrecha coordinación con los otros departamentos y servicios del hospital, en particular con el centro de operaciones, el departamento de cirugía y el servicio de seguridad del hospital.

24. *OTROS SERVICIOS Y DEPARTAMENTOS MEDICOS*

Los servicios de medicina, pediatría, ginecología y obstetricia y otras especialidades deben desarrollar sus tareas normales, a no ser que la magnitud del desastre movilice a todo el hospital. En ese caso, el personal profesional y técnico se debe poner a disposición del centro de operaciones quedando en las salas solamente el personal mínimo indispensable para mantener la continuidad del cuidado médico a los pacientes internados.

25. *SERVICIO O DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA*

La enfermera y el auxiliar desempeñan un papel de particular importancia, no solamente por su contacto directo con los pacientes sino también por su familiaridad con la organización de la sala o servicio donde trabaja y con los recursos con que cuentan estos servicios. Usualmente, la enfermera está más familiarizada con los procedimientos administrativos. El plan de atención debe asignar a la enfermera la responsabilidad de tener a mano los procedimientos de emergencia para casos de desastre internos y externos e informar a los pacientes sobre los mismos. Debe también estar adiestrada para desarrollar actividades específicas durante una situación de desastre.

26. *SERVICIOS O DEPARTAMENTOS DE APOYO TECNICO*

Los servicios o departamentos de rayos X, farmacia, laboratorios y banco de sangre deben suspender los servicios de rutina, poner en marcha el plan de turnos para proveer atención de emergencia las 24 horas del día y preparar el material y equipo necesarios. El departamento de farmacia debe garantizar la disponibilidad de los medicamentos y suministros provenientes de la reserva establecida para situaciones de emergencia y llevar un registro de los despachos y necesidades que surjan. El laboratorio solo debe efectuar los exámenes más urgentes. Su papel principal debe estar orientado al abastecimiento de unidades de sangre total y a las tipificaciones de grupos sanguíneos y factor Rh. El jefe del departamento de radiología debe asegurar la distribución de su personal a las unidades fijas y móviles y garantizar la cantidad necesaria de películas y material de revelado.

27. *SERVICIOS ADMINISTRATIVOS*

Su papel principal es el prestar apoyo a los servicios técnicos, asegurar que el personal asignado esté en sus lugares de trabajo, facilitar la utilización de los fondos de emergencia para gastos relacionados con el desastre y apoyar el desenvolvimiento normal de los servicios generales, en particular los relacionados con transporte y raciones adicionales de alimentos. La administración debe preveer con anticipación los mecanismos que permiten tanto la atención de las víctimas de un desastre así como el pago de los gastos incurridos como la cobertura de seguros y otros.

28. *SERVICIOS DE SEGURIDAD*

En una situación de desastre, el servicio de seguridad del hospital juega un papel clave no solamente en preservar el orden y seguridad dentro y fuera del hospital, sino también en asegurar que la circulación de vehículos se efectúe en forma organizada permitiendo el libre acceso de las ambulancias al área de recepción de pacientes. El servicio también debe resguardar las instalaciones claves del hospital y tener un medio propio de comunicación con el departamento de emergencia y con el centro de operaciones. Si el personal de seguridad de la institución no es suficiente, se debe solicitar la cooperación de la policía.

29. *INFORMACION PUBLICA E INFORMACION A LA PRENSA*

La demanda de información de parte del público, los familiares de las víctimas y la prensa, puede congestionar el hospital y dificultar las labores de atención médica. El plan hospitalario para desastres debe designar con anticipación las salas que servirán de centros para la entrega de información, en forma organizada y responsable. Generalmente, el personal profesional cumple la misión de portavoz. Se deben habilitar dos centros de información, uno para los familiares de las víctimas y el público y el otro para los medios de información. El centro de prensa debe estar alejado de las áreas de tratamiento. La oficina de

relaciones públicas debe emitir un boletín periódico que proporcione información de interés general. El acceso de la prensa a las áreas de tratamiento debe ser rigurosamente controlado.

30. SERVICIOS GENERALES

Los servicios de mantenimiento, lavandería, esterilización, cocina y otros deben ser organizados con anticipación para responder a las necesidades que surjan de un desastre. El comité de desastres o un funcionario designado con anticipación debe tener la responsabilidad de verificar los detalles más importantes para responder en forma efectiva a la emergencia. Aunque los servicios que prestan estas unidades no son visibles en una emergencia, la falta de previsión en la organización de estos servicios puede colocar en riesgo la efectividad de respuesta de todo el hospital. Al igual que el personal técnico, el personal de los servicios generales debe estar organizado en turnos que permitan la atención continua durante la emergencia y tener disponible su propio personal de reserva.

EMERGENCIA

31. TRIAGE A LA ENTRADA DEL HOSPITAL

Los pacientes arriban al hospital por diferentes medios—ambulancias, helicópteros, vehículos particulares y a pie. Es posible que muchos de los pacientes ya hayan sido categorizados y estabilizados en el sitio del desastre y lleguen al hospital con sus respectivas fichas de diagnóstico e identificación.

El triage a la entrada del hospital (área de recepción de heridos) permite llevar a cabo una nueva valoración del diagnóstico efectuado en el sitio del desastre y del grado de severidad de las heridas para darle prioridad de tratamiento. El concepto de otorgar prioridad de atención en base a la gravedad de las lesiones y posibilidades de supervivencia, continúa siendo válido en la atención hospitalaria en casos de desastre. El triage debe ser efectuado por el cirujano de mayor experiencia o su alterno, con el apoyo de los equipos de triage previamente organizados. Es importante observar que el cirujano encargado del triage debe tener autoridad suficiente para dirigir al personal asignado a las áreas de recepción y tratamiento. El área de triage a la entrada del hospital debe ser el único punto de ingreso de las víctimas de la catástrofe.

32. IDENTIFICACION Y REGISTRO

Aunque haya una gran cantidad de pacientes en el hospital, el plan para desastres debe establecer con anticipación los mecanismos necesarios para la identificación y registro de los heridos que ingresen. Los formularios de registro de datos, las tarjetas de identificación y las tarjetas para el triage, deben estar disponibles y accesibles. Los formularios de registro, que posteriormente servirán para documentar la historia clínica del paciente, deben ser diseñados para coleccionar la información más esencial. La utilización de las tarjetas de

triage, cualquiera que sea el modelo, en lo posible debe de estar estandarizada y aceptada en una comunidad de tal manera que tanto los servicios médicos de emergencia y los hospitales estén familiarizados con su uso.

33. *AREAS DE TRATAMIENTO*

Generalmente los hospitales bien organizados designan con anticipación las áreas que servirán para la recepción y tratamiento de los pacientes categorizados por orden de prioridad. La mayoría de los servicios médicos ha adoptado el uso de los colores rojo, amarillo, verde y negro para determinar prioridades de atención. El rojo significa atención inmediata, el amarillo indica lesiones serias pero pueden esperar, el verde señala los ambulatorios y los moribundos y el negro identifica los fallecidos. Cualquier sea el código de colores empleado por el hospital, las áreas para cada categoría de pacientes deben estar claramente identificadas con franjas de colores para facilitar la circulación desde la entrada del hospital hasta las áreas de tratamiento y los quirófanos. Estas áreas deben estar habilitadas en forma permanente con equipos y suministros listos para ser empleados en el menor tiempo posible.

34. *SISTEMA DE REFERENCIA DE PACIENTES*

Aunque el hospital tome medidas previas para ampliar su capacidad de atención, es posible que muchos casos requieran cuidados especializados para los cuales el hospital no esté equipado o que, simplemente, la demanda de atención supere la capacidad del hospital. Para estos casos, el plan debe contemplar la alternativa de referir pacientes a otros centros hospitalarios y proveer los medios de transporte necesarios para ese fin. Por ello, es necesario reiterar la necesidad de contar con una red organizada dentro de la comunidad.

35. *DEPOSITO E IDENTIFICACION DE CADAVERES*

El departamento de patología es el encargado de tomar las previsiones necesarias para efectuar el reconocimiento forense. Si la morgue del hospital no tiene capacidad suficiente, el plan debe designar con antelación el sitio donde depositar temporalmente los cadáveres. En aquellos desastres en los que el reconocimiento de las víctimas es difícil, el departamento de patología debe coordinar estas labores con el departamento de policía. El plan debe tener un protocolo detallado sobre procedimientos de manejo e identificación de cadáveres.

36. *PLANES ESPECIALES*

El plan de desastres debe estar complementado por planes específicos para enfrentar situaciones particulares, tales como incendios, radiaciones, contaminaciones masivas, intoxicaciones químicas y otros.

RESTABLECIMIENTO

37. *RESTABLECIMIENTO DEL PLAN Y CRITICA*

La autoridad competente del comité de desastres, ubicado en el centro de operaciones, debe notificar a los departamentos y servicios cuando el plan haya terminado. Esta notificación se debe efectuar mediante la central telefónica del hospital o el medio de comunicación interno que se está utilizando durante la emergencia. Terminado el plan, las actividades del hospital deben retornar a su rutina habitual. Cada jefe de servicio o departamento involucrado en el plan debe presentar al comité de desastres un informe escrito sobre las actividades desarrolladas, señalando los aspectos positivos y negativos. Posteriormente, el comité de desastres debe convocar una reunión de crítica en la que se debe analizar, en su conjunto, la respuesta del hospital. En esta reunión se deben también discutir las recomendaciones tendientes a mejorar el plan de desastres.

38. *FIN*

39. *CREDITOS*

La preparación de esta serie de diapositivas ha sido posible gracias al apoyo financiero de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA) y de la Oficina de Asistencia al Exterior en Casos de Desastre de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América (AID/OFDA).

BIBLIOGRAFIA

- Responding to the Mass Casualty Incident. A.M. Butman, *Emergency Training*, Educational Direction Inc. USA, 1982.
- Disaster Nursing, Planning, Assessment and Intervention. L. M. García,
An Aspen Publication, 1985.
- Organización de los servicios de salud para atención de desastre, *Publicación Científica No. 443*, OPS/OMS, 1983.
- Assessing Your External Disaster Plan and Disaster Drills. Hospital Council of Southern California, 1983.
- Aspectos de salud del terremoto de México, Informe Técnico, J. L. Zeballos, OPS/OMS, 1985.
- Guías para planes hospitalarios para desastres. Versión preliminar, J.L. Zeballos, OPS/OMS, 1986.

GUIÓN



**Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud
525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
EE.UU.**