GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

Anejo

Plan Operacional de Respuesta Regional del Modelo *Hub-and-Spoke* para la Prestación de Servicios de la Salud de Puerto Rico:

Región Arecibo

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Plan Operacional de Respuesta Regional ante Emergencias del Modelo de *Hub-and-Spoke* para la Prestación de Servicios de Salud de Puerto Rico: Región Arecibo

Plan preliminar: 18 de febrero de 2019

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

TABLA DE CONTENIDO

ACRÓNIMOS 1

INTRODUCCIÓN 7

Estructura de la región 12

CONCEPTO DE OPERACIONES 18

Red Regional Arecibo 21
Comunicación 28
Transportación 38
Fuerza laboral 43
Acuerdos colaborativos y asistencia externa 47

CAPACIDAD DE LAS INSTALACIONES 51

Instalaciones 51

ESTRATEGIAS Y RETOS EN LA IMPLANTACIÓN 55

REFERENCIAS 57

APÉNDICE A: COMPONENTES DE LA FASE DE PREPARACIÓN RELACIONADOS AL PLAN DE RESPUESTA REGIONAL ANTE EMERGENCIAS DEL SISTEMA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 67

APÉNDICE B: PRIORIZACIÓN DE SERVICIOS DURANTE EMERGENCIAS 69

APÉNDICE C: PERFIL REGIONAL DETALLADO 72

Perfil sociodemográfico 72
Área geográfica 77
Economía 82
Condiciones o eventos de salud 82

APÉNDICE D: ASPECTOS LEGALES 83

Andamiaje jurídico-legal (estatal) 86
Órdenes ejecutivas 93
Protocolos Estatales 93
Normativa federal 95

APÉNDICE E: RECURSOS REGIONALES 98

APÉNDICE F: RECURSOS DE APOYO ANTE LA EMERGENCIA 103

APÉNDICE G: MAPAS DE REFERENCIA 109

APÉNDICE H: GLOSARIO 119

APÉNDICE I: RESUMEN DEL DESARROLLO DEL PLAN 124

Conocer y entender la situación 124
Preparación del documento de planificación 125
Revisión 127
Compromisos de participación 127
Entrega al Departamento de Salud 127

APÉNDICE J: ACTIVIDADES DE PLANIFICACIÓN 128

APÉNDICE K: MIEMBROS DEL EQUIPO DE PLANIFICACIÓN 129

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

ACRÓNIMOS

AAMC	*Association of American Medical Colleges*
AAR/IP	*After Action Report/Improvement Plan*
ACA	*Affordable Care Act*
AHPR	Asociación de Hospitales de Puerto Rico – PRHA
AMA	Autoridad Metropolitana de Autobuses de Puerto Rico
ASEM	Administración de Servicios Médicos
ASES	Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico
ASPE	*Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation* Oficina del Sub-Secretariode Planificación y Evaluación
ASPPR	Asociación de Salud Primaria de Puerto Rico
ASPR	*Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response, U.S. Department of Health and Human Services*
ASSMCA	Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción
BEOC	*Business Emergency Operations Center*
BLS	*Basic Life Support*
BRFSS	*Behavioral Risk Factor Surveillance System*
CAH	*Critical Access Hospital*
CAAS	Commission on Acreditation of Ambulance Services
CCA	*Capacity and Capability Assessment* Estimado de Capacidad y Capacidad Potencial
CDART	*Comprehensive Disaster Assessment Readiness Tool*
CDC	*Centers for Disease Control and Prevention* Centro para el Control y Prevención de Enfermedades
CDT	Centro de Diagnóstico y Tratamiento
CEMP	*Comprehensive Emergency Management Plan*
CEMPR	Negociado del Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico
CHEMPACK	*Chemical Emergency Response Package*
CMC	*Caribbean Medical Center*
CMS	*Centers for Medicare & Medicaid Services*
COE	Centro de Operaciones de Emergencia
COOP	*Continuation of Operations Plan* Plan de Continuidad de Operaciones

COSSMA	Corporación de Servicios de Salud y Medicina Avanzada
CPG	*Comprehensive Preparedness Guide (FEMA)* Guía Comprensiva de Preparación
CSP	Comisión de Servicio Público
CSS	Coalición de Servicios de Salud
DHS	*U.S. Department of Homeland Security*
DHHS	*U.S. Department of Healthcare and Human Services* Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
DMAT	*Disaster Medical Assistance Team*
DFPR	Departamento de la Familia de Puerto Rico
DSPR	Departamento de Salud de Puerto Rico
DVPR	Departamento de la Vivienda de Puerto Rico
DTOP	Departamento de Transportación y Obras Públicas
EAS	*Emergency Alert System* Sistema de Alerta de Emergencia
EEI	*Essential Elements of Information* Elementos Esenciales de Comunicación
EE.UU.	Estados Unidos
EMAC	*Emergency Management Assistance Compact*
EMS	*Emergency Medical Services*
EMT	*Emergency Management Technician* Técnico Emergencias Médicas
EMTALA	*The Emergency Medical Treatment and Labor Act*
EM-TRACK	*Emergency Manager Track*
EOC	*Emergency Operations Center*
EOP	*Emergency Operations Plan* Plan de Operaciones de Emergencia
EPA	*U.S. Environmental Protection Agency*
ESF	*Emergency Support Function* Funciones de Apoyo de Emergencia
ESRD	*End Stage Renal Disease*
FCC	*Federal Communications Commission*
FEMA	*U.S. Federal Emergency Management Agency* Agencia Federal para el Manejo de Emergencias

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

FMPA	*Federal Medical Assistance Percentages* Porcentaje de Asistencia Médica Federal
FMC	*Federal Medical Stations*
FOA	Funding Opportunity Announcement
FQHC	*Federally Qualified Health Center* Centro de Salud Primaria 330
FSE	*Full-Scale Exercise*
GMP	Grupos Médicos Primario *Primary Medical Group (PMG)*
GMSP	Grupo Médico San Pablo
GPCI	*Geographic Pricing Cost Index (Medicare)*
GPS	*Global Positioning System*
GRALP	Grupos de Recuperación a Largo Plazo
HAM	*Amateur Radio*
HCC	*Health Care Coalition* Coalición de Servicios de Salud (CSS)
HICS	*Hospital Incident Command System*
HAvBED	*Hospital Available Beds Tracking System*
HIMA	Hospital Interamericano de Medicina Avanzada
HHS	*U.S. Department of Health & Human and Services*
HRSA	*Health Resources and Services Administration*
HSB	*Healthcare Systems Branch*
HURRA	Hospital Universitario Dr. Ramón Ruiz Arnau
HVA	*Hazards and Vulnerability Assessment*
IBA	*Immediate Bed Availability*
ICS	*Incident Command System* Sistema de Comando de Incidentes
ICU	*Intensive Care Unit* Unidad de Cuidado Intensivo
IPA	*Independent Practice Association*
JP	Junta de Planificación de Puerto Rico
LANTEX	*Large Atlantic Tsunami Exercise*
MAA	*Mutual Aid Agreement*
MCM	*Medical Countermeasures*

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

MMC	*Mayagüez Medical Center*
MOA	*Memorandum of Agreement*
MOU	*Memorandum of Understanding*
MRC	*Medical Reserve Corps* Cuerpo de Reserva Médica
MRI	*Magnetic Resonance Imaging*
NCEMPR	Negociado del Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico
NDMS	*National Disaster Medical System*
NDRF	*National Disaster Recovery Framework*
NICU	*Neonatal Intensive Care Unit*
NIMS	*National Incident Management System* Sistema Nacional de Manejo de Incidentes
NMEAD	Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres
NMRT	*National Medical Response Team*
NPI	*National Provider Identifier*
NRF	*National Response Framework* Marco de Respuesta Nacional
NTHMP	*National Tsunami Hazard Mitigation Program* Programa Nacional para la Mitigación y Amenaza de Tsunami
OMME	Oficina Municipal para el Manejo de Emergencias
OPCRSP	Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública
OPEA	*Office of Planning Evaluation and Analysis*
OPPEA	Oficina del Procurador de Personas de Edad Avanzada
OSAR	*Outreach, Screening, Assessment, and Referral Program (crisis counseling model)*
OSHA	*Occupational Safety and Health Administration* Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (PR OSHA)
PACE	*Program of All-Inclusive Care for the Elderly* Programa de Cuidado Todo-Incluido para los Adultos Mayores
PAHPA	*Pandemic and All Hazards Preparedness Act*
PBM	*Pharmacy Benefit Management*
PCP	*Primary Care Physician* Médico de Cuidado Primario
PHE	*Public Health Emergency*
PHEP	*Public Health Emergency Preparedness*

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

POC	*Point of Contact* Punto de Contacto
POD	*Point of Dispensing* Punto de Despacho
POE	Plan Operacional de Emergencia
PPE	*Personal Protective Equipment*
PRASA	*Puerto Rico Aqueduct and Sewer Authority* Autoridad de Acueductos y Alcantarillados (AAA) de Puerto Rico
PRDE	*Puerto Rico Department of Education* Departamento de Educación de Puerto Rico
PRDF	*Puerto Rico Department of Family Affairs* Departamento de la Familia de Puerto Rico
PRDOH	*Puerto Rico Department of Health* Departamento de Salud de Puerto Rico
PREMB	*Puerto Rico Emergency Management Bureau*
PREPA	*Puerto Rico Electric Power Authority*
PRHCC	*Puerto Rico Health Care Coalition* Coalición de Servicios de Salud de Puerto Rico
RCM-UPR	Recinto de Ciencias Médicas – Universidad de Puerto Rico
RSA	Región de Salud de Arecibo
RSF	*Recovery Support Function* Función de Apoyo en la Recuperación
RSF	Región de Salud Fajardo
RSM	Region de Salud de Metro
RSPR	Red Sísmica de Puerto Rico
SANOS	Salud Asegurada por Nuestra Organización Solidaria – Corporación
SARAFS	Secretaria Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud
SEOC	*State Emergency Operations Center* Centro de Operaciones de Emergencia Estatal
SIM	Salud Integral en la Montaña, Inc.
SNF	*Skill Nursing Facilities* Facilidades de Cuidado Diestro de Enfermería
SNS	*Strategic National Stockpile*
SOP	*Standard Operating Procedures* Procedimientos de Operación Estándar
SOS	Sesiones Orientadas a Soluciones

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

SUV	*Sport Utility Vehicle*
TJC	*The Joint Commission* Comisión Conjunta de Acreditación Facilidades de Salud
TEM	Técnico de Emergencias Médicas
TRACIE	Technical Resources, Assistance Center, and Information Exchange (ASPR)
TTX	*Tabletop Exercise*
UCC	Universidad Central del Caribe
UPR	Universidad de Puerto Rico
VA	*Veterans Administration* Administración de Veteranos
VOAD	*Voluntary Organizations Active in Disaster* Organización de Voluntarios Activos en Desastre
WebEOC	*Web-Based Emergency Operations Center*
WIC	*Women, Infants, and Children Food Center*

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

INTRODUCCIÓN

Los planes regionales representan un esfuerzo colectivo entre la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés), el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés) y el Departamento de Salud de Puerto Rico. Estos planes son parte de una estrategia de la Función de Apoyo de Recuperación que utiliza el modelo de *Hub-and-Spokes* para desarrollar e implantar la Red Regional de Respuesta con el fin de atender rápida y eficientemente eventos de emergencias. El enfoque de este plan es dentro de un nivel de severidad moderado y catastrófico para una activación que va desde el ámbito regional hasta el federal, según se define bajo los planes creados por la Oficina de Preparación y Coordinación de la Respuesta en Salud Pública del Departamento de Salud de Puerto Rico[1]. Tomando en consideración los recursos disponibles en estos niveles de activación y respuesta.

El modelo de *Hub-and-Spoke* procura la distribución de recursos y servicios de salud identificando un centro o institución primaria (*Hub*) y uno o varios centros secundarios (*Spokes*). Esta distribución tiene la función de potenciar las capacidades que tengan las instituciones durante y posterior a una emergencia para el acceso, la prontitud y la continuidad del cuidado de la población general y vulnerable funcionando como una red para la región.

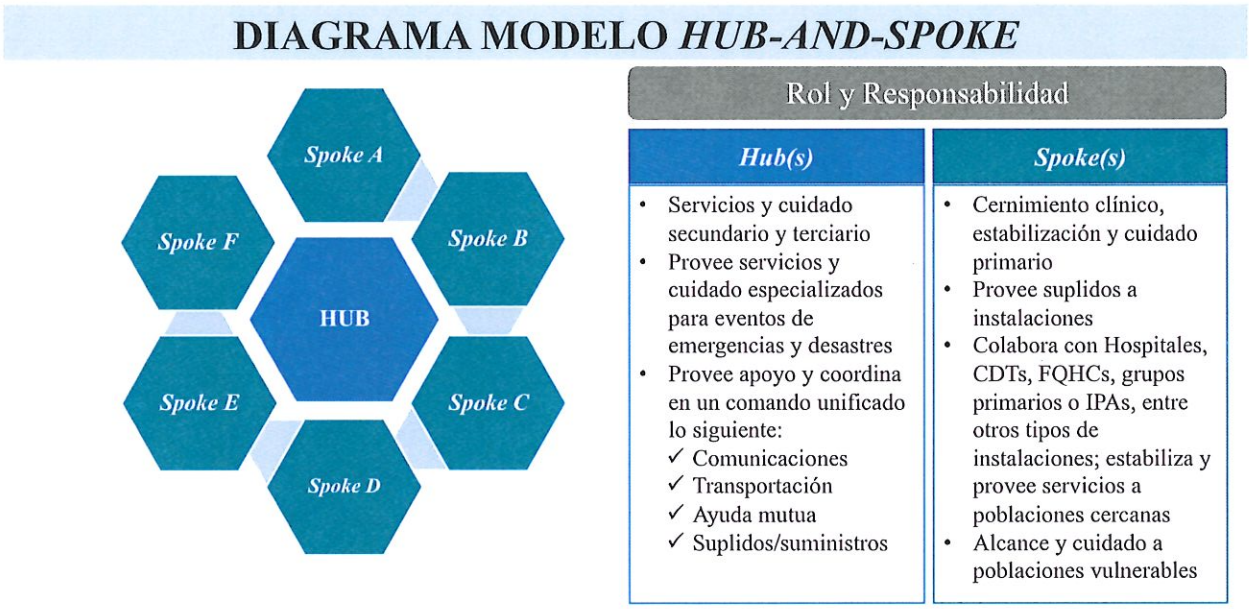


Figura 1: Diagrama del modelo de Hub-and-Spoke

La designación de un *Hub* supone la identificación de una institución generalmente centralizada que provea todos, o al menos, la gran mayoría de los servicios esenciales en una emergencia. Al

[1]Guía para la Planificación de la Expansión de la Capacidad y los Servicios Médicos (*Medical Surge*) de la Organización de Cuidado de Salud ante Incidentes con Víctimas en Masa, Oficina de Preparación y Coordinación de la Respuesta en Salud Pública, Departamento de Salud de Puerto Rico

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

mismo tiempo, el *Hub* deberá contar con la infraestructura necesaria para funcionar independientemente durante y posterior a un evento de emergencia. Además, deberá tener fácil acceso y ser capaz de apoyar a los *Spokes*.

Los *Spokes* son instituciones menos centralizadas y también deberán ser capaces de ofrecer la mayoría de los servicios esenciales de salud, ser autosuficientes en una situación de emergencia y tener fácil acceso al *Hub* de manera que ambas puedan lograr una comunicación bidireccional y brindar apoyo a otras instituciones. De esta manera, este sistema forma una red integrada por instalaciones que se apoyan mutuamente y asisten a otras, logrando una respuesta eficiente y coordinada en toda la región. De ser necesario, el modelo *Hub-and-Spoke* podría brindar servicios a otras instituciones de regiones de salud colindantes.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

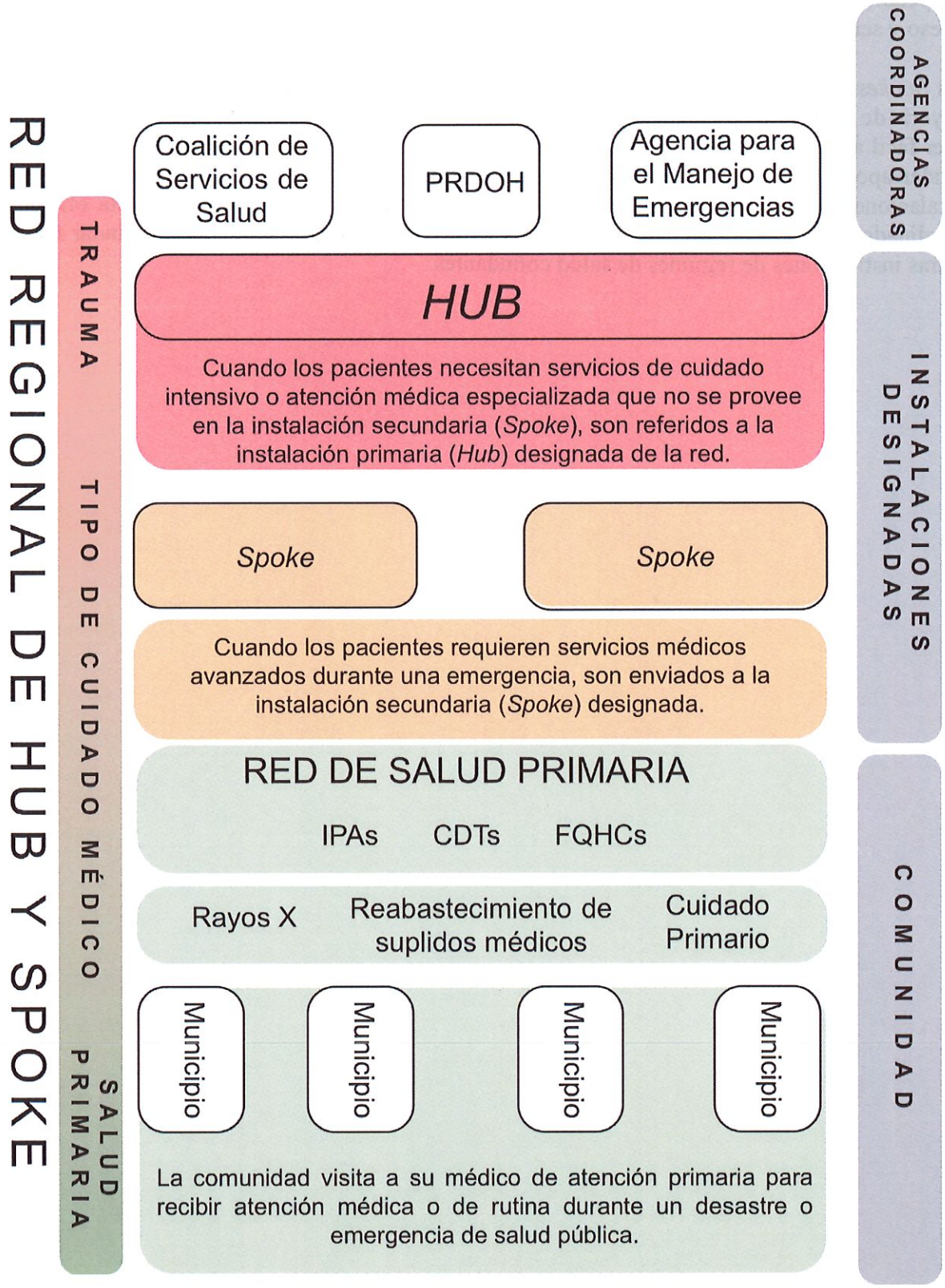


Figura 2: Flujo de pacientes para la red regional de Hub-and-Spoke

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

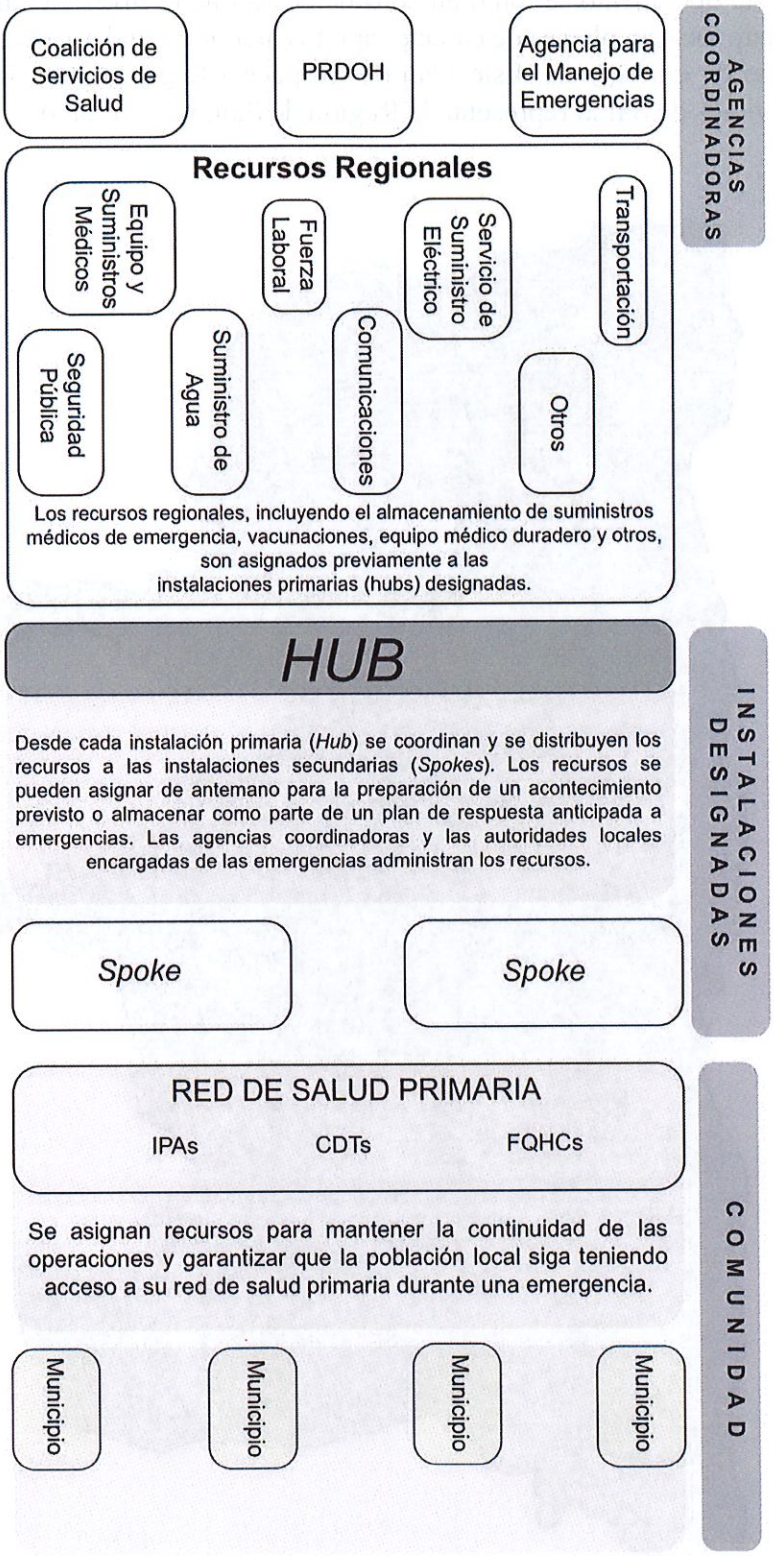


Figura 3: Flujo de recursos para la red regional de Hub-and-Spoke

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Para desarrollar este documento se tomó en consideración que el nivel y el alcance de la fase de respuesta que presupone este plan es de carácter agudo (menor o igual a 15 días), dependiendo del impacto del evento de emergencia. Este Plan de Respuesta Regional ante Emergencias para la Prestación de Servicios de Salud representa la Región de Salud de Arecibo.

Mapa 1: Región de Salud de Arecibo y sus municipios

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

ESTRUCTURA DE LA REGIÓN

Distribución geográfica

La Región de Salud de Arecibo (RSA) está constituida por doce municipios, cuatro de éstos se hallan en una zona geográficamente montañosas conocida como la zona del Carso Norteño. Mientras, los restantes municipios cuentan con áreas costeras. La región bajo análisis comprende a los dos municipios con mayor superficie en Puerto Rico: Arecibo y Utuado. La mayor parte de las áreas de la zona cárstica del norte se distingue por su topografía con pendientes pronunciadas, abundantes precipitaciones y continuos deslizamientos de tierra.

La combinación de los efectos hidrometeorológicos y geofísicos exponen a la región a situaciones de vulnerabilidad como lo pudiera ser el aislamiento geográfico de comunidades, producto de deslizamientos de terreno. A lo largo del área de la costa hay riesgo de inundaciones por oleaje ciclónico o tsunamis.

Emergencias ocurridas

La Región de Salud de Arecibo ha sido impactada por varios eventos de emergencias que marcaron parte o la totalidad de los municipios que comprenden esta región: Arecibo, Florida, Hatillo, Manatí, Quebradillas, Barceloneta, Vega Baja, Lares, Utuado, Camuy, Ciales y Morovis. Estos municipios han sido declarados zonas de desastre en múltiples ocasiones a causa de huracanes y tormentas severas que provocaron inundaciones, deslizamientos y derrumbes. El municipio de Utuado es el que más ha sido afectado dentro de la región.

Tras el paso del huracán Georges en el mes de septiembre de 1998, la represa del lago Dos Bocas de Utuado se afectó severamente, comprometiéndose su integridad estructural. Este evento provocó que el Río Grande de Arecibo creciera 5.9 metros (19.3 pies) por encima de su base de medición. La energía de la corriente de agua provocó el colapso de un puente y produjo daños en las avenidas. Eventualmente, se construyó un dique en la represa para contener su vulnerabilidad y evitar inundaciones. Tras el paso del huracán María, la sedimentación y el alto flujo del agua dañaron las tres turbinas hidroeléctricas de la represa del Lago Dos Bocas.

Por otro lado, la región también ha sido afectada por epidemias, específicamente por el virus del dengue, resultando en que la región de Arecibo tenga mayor incidencia de casos confirmados en comparación con el resto de la Isla. La influencia de las variables meteorológicas como la temperatura y la lluvia inciden en el desarrollo del ciclo de vida del mosquito transmisor del dengue.

El historial de emergencias ocurridas en la región obliga a organizar una red de respuesta que disponga de los recursos necesarios para facilitar los procesos y la prestación de servicios de salud en situaciones de emergencia. La región cuenta con las siguientes instituciones que prestan servicios de salud.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Municipios	Hospital	Hospital/FQHC (330)	Hospital/Centro de diálisis	FQHC (330)	FQHC (330) /CDT	CDT	Centro de diálisis	TOTAL
Arecibo	2	-	-	2	-	7	2	**13**
Barceloneta	-	-	-	-	1	1	-	**2**
Camuy	-	-	-	-	1	-	-	**1**
Ciales	-	-	-	-	1	1	-	**2**
Florida	-	-	-	-	1	1	-	**2**
Hatillo	-	-	-	1	-	-	-	**1**
Lares	-	1	-	-	1	1	1	**4**
Manatí	3	-	-	-	-	2	1	**6**
Morovis	-	-	-	-	1		-	**1**
Quebradillas	-	-	-	1	-	3	-	**4**
Utuado	1	-	-	1	-	1	-	**3**
Vega Baja	1	-	-	1	-	1	1	**4**
TOTAL	**7**	**1**	**0**	**6**	**6**	**18**	**5**	**43**

Tabla 1: Resumen de las instalaciones de servicios de salud en la Región de Salud de Arecibo

**Nota: La tabla incluye solo instalaciones operacionales.*

La región cuenta con una relativa variedad de instituciones que prestan servicios de salud, particularmente los Centros de Salud Primaria 330 (FQHCs). La distribución de instituciones en la tabla anterior representa la calidad de acceso y prontitud en la atención médica ya existentes en las subregiones este y oeste.

Supuestos de la planificación regional

Estos supuestos son indispensables para entender el alcance, la estructura y la operación del Plan de Respuesta Regional para la Prestación de Servicios de Salud ante Emergencias. Las siguientes consideraciones son esenciales en la determinación de los *Hubs* y *Spokes*:

- La represa Guajataca representa un reto para la planificación debido a la vulnerabilidad de las comunidades aledañas durante una emergencia o un desastre, ya que al verse impactada por un alto volumen de agua, que bien podría ser ocasionado por eventos atmosféricos que incidan en inundaciones provocadas al abrir las compuertas de la represa.
- La región presenta un alto riesgo de vulnerabilidades geográficas de tipo topográfica e hidrográfica. Es propensa a deslizamientos de tierra en las zonas montañosas en la parte central y hacia la parte sur de la región, así como zonas inundables en el área a lo largo del Río Grande de Arecibo, desde su desembocadura en el Océano Atlántico a la salida del centro del

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

municipio de Arecibo, hacia el sur; desde el Lago Dos Bocas, en el municipio de Utuado, hasta el Lago Caonillas de dicho municipio.

- Las áreas con alta densidad poblacional comprenden la zona urbana y costera de Arecibo y las aledañas a la carretera PR-2, en Vega Baja y Manatí. La densidad poblacional de estas zonas impactan el acceso y la prontitud en el cuidado de la salud de esta región. Igualmente, los riesgos a deslizamientos en las zonas montañosas de Lares y Utuado y las formaciones rocosas en las costas de Quebradillas representan un potencial impacto resultante de terremotos y eventos atmosféricos que dificultarían la prontitud en la prestación de servicios de salud.
- La disponibilidad de recursos y fuerza laboral en las corporaciones de servicios de salud primaria facilitan la sustentabilidad mediante los recursos que proveen sus redes corporativas y capacidad potencial para la expansión médica en un nivel de cuidado primario y en el cernimiento clínico para urgencias y emergencias.
- Las instalaciones seleccionadas como *Spokes* en comunidades aisladas en la región son esenciales para la Red de Respuesta Regional ante Emergencias por las vulnerabilidades geográficas y demográficas que propician la necesidad de sus servicios y el posicionamiento de recursos humanos, utilidades, suplidos médicos y suministros necesarios, según el impacto y el alcance de la emergencia.

Supuestos generales

- Todas las instituciones de salud disponibles en la región hacen posible el acceso y la prontitud de los servicios necesarios ante la respuesta aguda antes, durante y posterior a la ocurrencia de un evento.
- La cantidad de organizaciones no gubernamentales —sin fines de lucro, organizaciones de base de fe, comunitarias y asociaciones profesionales o que agrupan sectores de la industria de la salud—hacen posible la disponibilidad de recursos humanos y materiales en una potencial expansión de la capacidad de las instalaciones en la región.
- El nivel y alcance de la fase de respuesta que presupone este plan es de carácter agudo (menor o igual a 15 días) dependiendo del impacto del evento de emergencia.
- La integración de los planes de operación de emergencia en las instalaciones de salud, en el marco de una respuesta regional a un evento de emergencia, facilita la designación y la distribución de recursos potenciales para la red de respuesta.
- El nivel de cumplimiento regulatorio a nivel estatal y federal es considerado como una oportunidad para integrar recursos y garantizar la prestación de servicios de salud en la operación de la Red de Respuesta Regional.
- La operación regional en la respuesta será conformada bajo los estándares del Sistema de Comando de Incidentes (ICS, por sus siglas en inglés), de acuerdo con el alcance e impacto del evento de emergencia. La activación regional se realizará a través de la(s) zona(s) correspondiente(s) en la región mediante un comando unificado entre el Departamento de Salud, el Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres (NMEAD) y la Coalición de Servicios de Salud de Puerto Rico.
- La Coalición de Servicios de Salud de Puerto Rico de la región Arecibo (HCC-Arecibo) es un ente facilitador y coordinador durante la respuesta para todas las instalaciones de prestación de

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

servicios de salud y apoyo regional miembros de este organismo. Mediante su comando de operaciones, sus enlaces al Departamento de Salud y el NMEAD de la(s) zona(s) correspondiente(s), proveen y reciben información para maximizar la fase de respuesta y posterior recuperación a nivel regional. Esta entidad cuenta con su propio Plan de Operación de Emergencias a nivel regional.

- El Departamento de Salud de Puerto Rico, en conformidad con la Ley Orgánica número 81, según enmendada, se reserva el derecho de determinar y designar las instalaciones propuestas o potenciales participantes para la Red de Respuesta Regional de acuerdo y conforme a los criterios establecidos para la misma. Asimismo, atiende aquellas disposiciones regulatorias aplicables en el ámbito federal que le asiste bajo el *Pandemic and All-Hazard Preparedness Act* y cualquiera otra reglamentación procedente del *Center for Medicare and Medicaid Services*, la *Joint Commission* y el *Health Resources and Services Administration*.
- El Centro Médico de Puerto Rico concentra recursos humanos especializados y equipo de alta complejidad y tecnología moderna, que permite la prestación de servicios especializados de nivel terciario y suprateciario a toda la población de Puerto Rico.
- Las oficinas Municipales de Manejo de Emergencias (OMME) estarán involucrados en el proceso de respuesta aguda o sostenida en la Red Regional de Respuesta ante Emergencias en coordinación con las Coaliciones de Servicios de Salud regional, el COE Regional del Departamento de Salud y las zonas aplicables del Negociado de Manejo de Emergencias y Administracion de Desastres (NMEAD).
- El Centro de Operaciones de Emergencia (COE) regional del Departamento de Salud debe tener todos los equipos de comunicación, además de redundancia con líneas análogas, *FirstNet*, radio de banda ancha y radio frecuencia.
- El Secretario de Salud y el Oficial de Información Pública deben asegurar una comunicación y educación constante a la ciudadanía sobre el uso apropiado de la red de prestación de servicios de salud durante la fase de respuesta.
- La activación de la red de farmacias en la región se concentra en tres aspectos desarrollados siguiendo el protocolo de almacenamiento a nivel federal y será aplicable a nivel estatal. Estos aspectos consisten en el despacho, la distribución y el financiamiento mediante orden ejecutiva durante una emergencia.
- Es necesario el establecimiento de acuerdos colaborativos que propicien la priorización y la distribución de recursos para servicios como combustible y agua potable para los servicios de la región.
- Es imperativo tener adiestramientos múltiples (*cross-training*) para la fuerza laboral médica con el fin de crear un procedimiento de respuesta a emergencias con el personal administrativo y de enfermería, además de fomentar una cultura de manejo y administración de desastres partiendo de un enfoque orientado a reducir los riesgos y daños.
- El Departamento de Salud de Puerto Rico integrará todas las dependencias bajo el sector salud a nivel gubernamental como la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) y cualquiera otra que el Secretario integre en la fase de respuesta para la operación y administración de la prestación de servicios de salud en la región de acuerdo a sus planes de operación de emergencias.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

- Es necesario la colaboración interregional para maximizar los recursos humanos y materiales durante la respuesta aguda y sostenida en caso de que una región no tenga la capacidad para responder.

Criterios de selección de los Hubs *y* Spokes

- Capacidad potencial de utilidades (agua y energía eléctrica), sistema de comunicaciones, capacidad actual y potencial de camas y de almacenamiento, vulnerabilidades geográficas limitadas, acceso vial (tierra, aire o mar), capacidad actual y potencial de la fuerza laboral, ubicaciones potenciales para la expansión médica, así como la disponibilidad para asumir las responsabilidades.
- Se consideró para la selección de los *Spokes* que la facilidad tuviera sala de emergencia. En algunas instancias se seleccionaron instalaciones que proveen servicios de salud y cuyas capacidades actuales y potenciales faciliten la respuesta aguda y sostenida en comunidades cuyas vulnerabilidades geográficas y demográficas limiten o aíslen su acceso.
- Si el *Hub* o *Spoke* seleccionado pertenece a una red de prestación de servicios de salud facilita la coordinación de los recursos.

Consideraciones para la selección de las instalaciones que forman la red

La determinación de la Red de Respuesta en la región es una labor compleja y desafiante por las consideraciones que existen en los 12 municipios. Las consideraciones a tomar en cuenta son las siguientes:

- Los municipios con mayor riesgo de maremoto son Vega Baja, Manatí, Arecibo, Hatillo y Quebradillas.
- La inundación y el riesgo de mareas tempestuosas en la región están presentes en los municipios costeros y derivados de ríos que incluyen los siguientes: Arecibo, Manatí, Barceloneta, Hatillo, Quebradilla y Vega Baja.
- Los municipios de Manatí, Florida, Barceloneta, Ciales, Quebradillas, Lares y Utuado y Arecibo tienen el mayor riesgo de deslizamientos, mientras que los pueblos de Vega Baja y Hatillo tienen menor susceptibilidad de derrumbes.
- Los municipios con la mayor proporción de adultos mayores de 65 años son Arecibo (19%), Utuado (18.2%) y Manatí (18.2%), mientras que el municipio de Morovis cuenta con el porcentaje más bajo de adultos mayores de la región, con un 13.2%.
- El por ciento mayor de población infantil menos de 5 años lo tiene el municipio de Ciales (5.9%).
- Las áreas con mayor densidad poblacional son las zonas urbanas del municipio de Arecibo, Vega Baja y Manatí. No obstante, las zonas montañosas de Hatillo, Quebradillas, Florida, Camuy, Ciales y Barceloneta están altamente pobladas. Incluso, son más densamente pobladas que sus cascos urbanos.
- Los hospitales pertenecientes al sistema integrado de salud privado *Metro Pavía Health*, como el *Manatí Medical Center* de la corporación *Dorado Health* y *Doctor's Center Hospital*

Manatí, miembro del corporativo con el mismo nombre, tienen capacidades potenciales únicas y servicios especializados que se complementan en una respuesta.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

CONCEPTO DE OPERACIONES

La designación de las instituciones seleccionadas para asumir el rol de *Hub* o *Spoke* está determinada por las vulnerabilidades de cada institución, el perfil demográfico, las presunciones de planificación, así como otras consideraciones particulares de la región.

Las instituciones que conforman el red de *Hub-and-Spoke* en la Región de Salud de Arecibo se designarán en la fase de respuesta, en la que se ubicarán los recursos para atención, acceso y prontitud en los servicios críticos definidos. Se clasificarán como *Hub* subregionales y *Spokes*. A continuación, se incluyen las definiciones de estas clasificaciones:

- *Hub* subregional: es la institución primaria que recibe los recursos para distribuirlos a los *Spokes*.
- *Spokes*: son las instituciones que reciben los recursos necesarios de los *Hubs* subregionales para efectuar la prestación de servicios de salud.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Diagrama del Modelo *Hub-and-Spoke* (Arecibo) – Regional/Subregional

Las operaciones son a nivel inter e intra sector dependiendo del tipo de emergencia/desastre y su alcance e impacto.

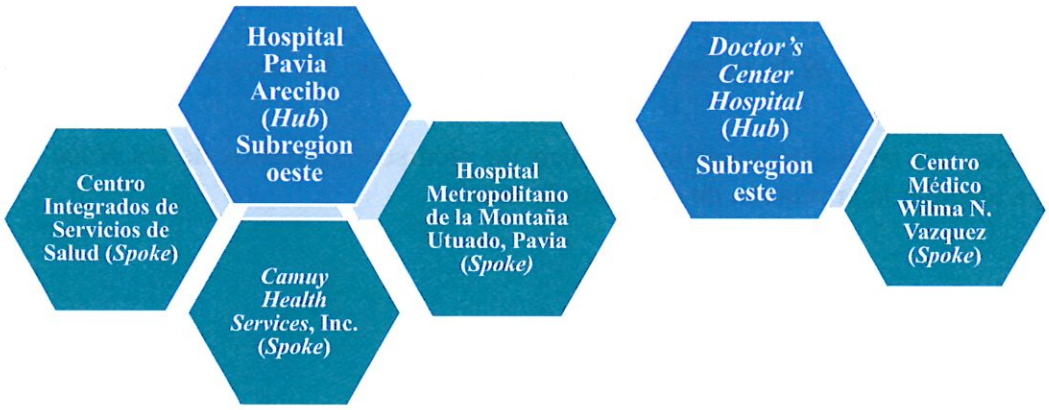
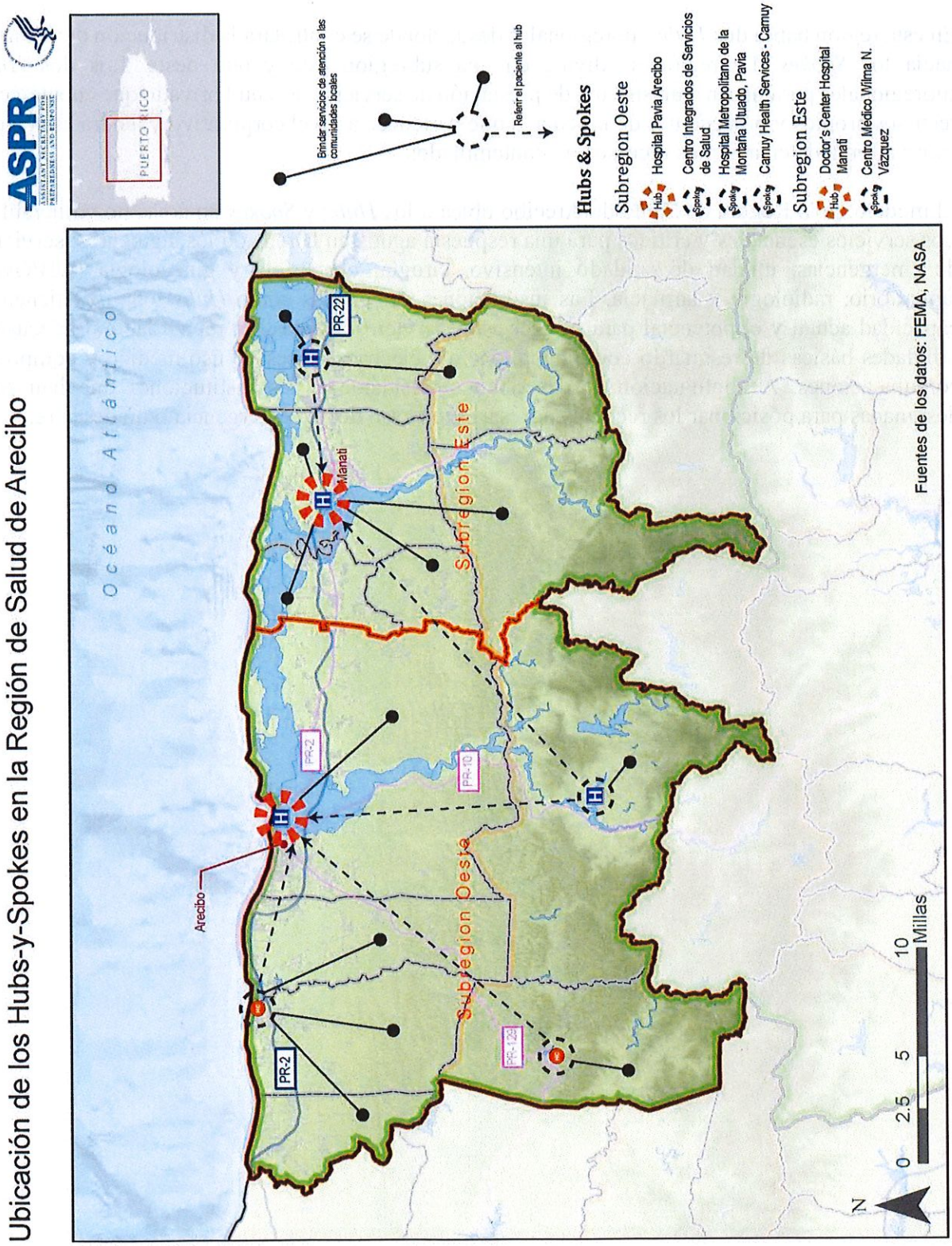


Figura 4: Diagrama del modelo de Hub-and-Spoke, *Región de Salud de Arecibo*



Mapa 2: Ubicación de los Hubs *y* Spokes *en la Región de Salud Arecibo*

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Red Regional Arecibo

En esta región habrá dos *Hubs* subregionales desde donde se controlará la distribución de recursos hacia los *Spokes*. La región se divide en una subregion este y otra oeste. Los dos *Hubs* subregionales pertenecen a un sistema de prestación de servicios de salud privado que cuentan con recursos propios y procedentes de la red a la que pertenece a nivel corporativo y tendrá asistencia externa limitada en aquellos recursos no contemplados.

El modelo de la Región de Salud de Arecibo ubica a los *Hubs* y *Spokes* en áreas no vulnerables. Los servicios esenciales y críticos para una respuesta aguda en la red son los siguientes: servicios de emergencias, unidad de cuidado intensivo, cirugía, obstetricia y ginecología (OB/Gyn), laboratorio, radiología y farmacia. Las instituciones designadas como *Hubs y Spokes* tienen la capacidad actual y el potencial para ofrecer estos servicios además de: fuerza laboral adecuada, utilidades básicas de resguardo como agua, energía eléctrica, gases de uso médico y equipo de comunicaciones. A continuación se describen detalladamente las instituciones que han sido designadas para posicionar los recursos necesarios en caso de una emergencia o un desastre.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Subregion oeste

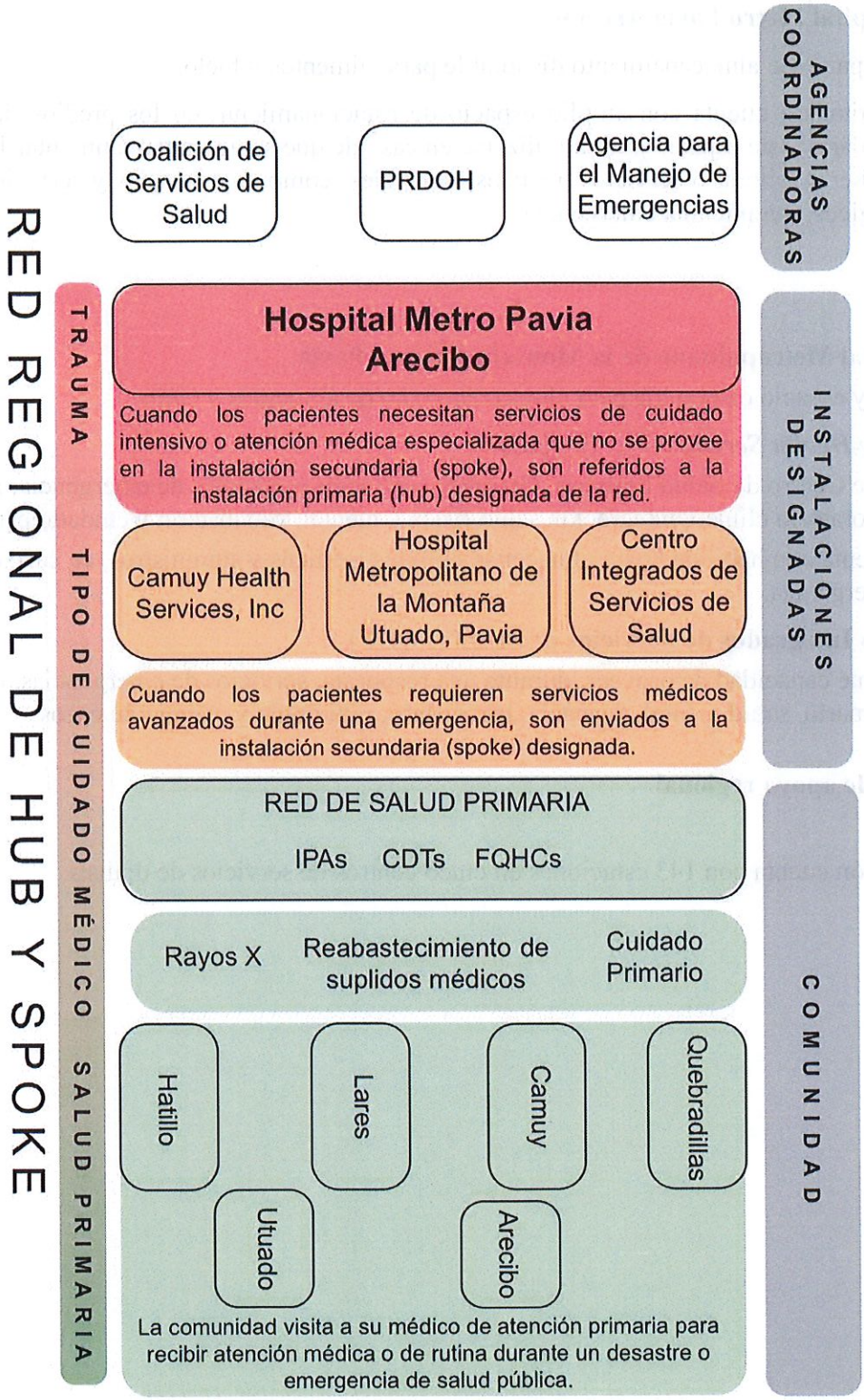


Figura 5: Flujo de pacientes para la red subregional oeste de Hub-and-Spoke *en la Región de Salud de Arecibo*

***Hub*: Hospital Metro Pavia Arecibo**

- Hay espacio de almacenamiento disponible para alimentos y hielo.
- La institución cuenta con amplio espacio de estacionamiento en los predios del complejo hospitalario; este espacio podría utilizarse en caso de que se necesitara aumentar la capacidad de la fuerza laboral o servicios médicos esenciales, como emergencias y servicios médicos-quirúrgicos, durante una emergencia.

Spokes

- **Hospital Metropolitano de la Montaña Utuado Pavia**
  - Hay espacio disponible para almacenamiento de alimentos y hielo.
- ***Camuy Health Services, Inc.*** (FQHC)
  - Este Centro de Salud Primaria 330 ofrece servicios esenciales de emergencia, radiología, laboratorio clínico, integración salud física y mental, vacunación y cuidado primario.
  - Cuenta con habilidad para almacenar suplidos médicos y suministros, en caso de una emergencia.
- **Centro Integrados de Servicios de Salud** (FQHC)
  - Tiene capacidad de proveer, durante una respuesta, servicios de emergencias, cuidado primario, salud mental, farmacia, laboratorio, radiología y manejo de casos.

Servicios de apoyo regional

- La región cuenta con 143 estaciones en cinco centros de servicios de diálisis.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Subregion este

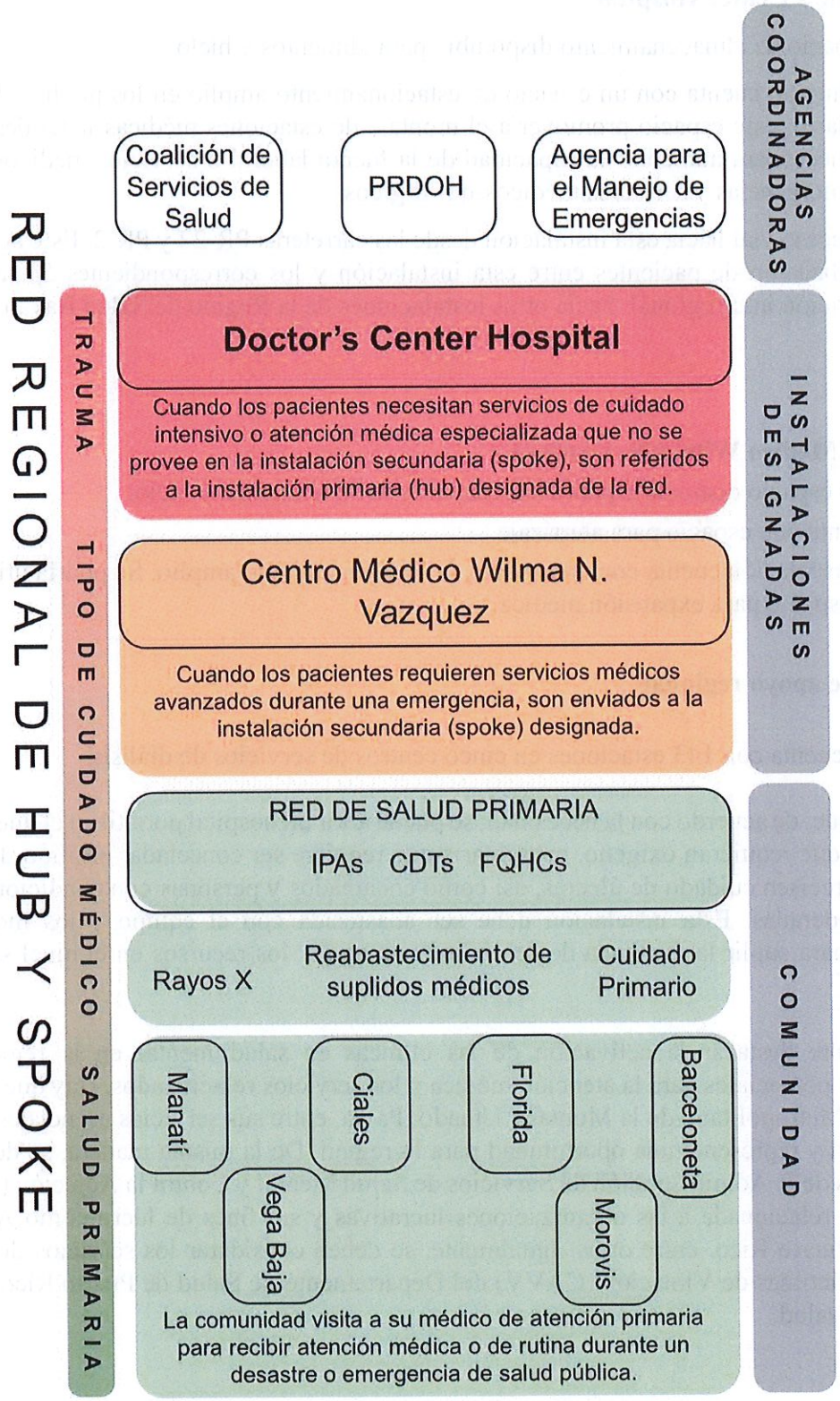


Figura 6: Flujo de pacientes para la red subregional este de Hub-and-Spoke *en la Región de Salud de Arecibo*

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

***Hub*: Doctor's Center Hospital**

- Hay espacio de almacenamiento disponible para alimentos y hielo.
- La institución cuenta con un espacio de estacionamiento amplio en los predios del complejo hospitalario; este espacio promovería el montaje de estaciones médicas federales en caso de que se necesitara aumentar la capacidad de la fuerza laboral o servicios médicos esenciales, como emergencias y servicios médicos-quirúrgicos.
- Tiene acceso vial hacia esta instalación desde las carreteras PR-22 y PR-2. Este acceso facilita la movilización de pacientes entre esta instalación y los correspondientes *Spokes*; y, como colaboración interregional, hacia otras instalaciones de la Región de Salud Bayamón y Metro.

Spoke

- **Centro Médico Wilma N. Vázquez**
  - Hay espacio disponible para almacenamiento de alimentos y hielo.
  - Cuenta con espacio para aterrizaje.
  - La instalación cuenta con un espacio de estacionamiento amplio. Se podría utilizar como un espacio para expansión médica.

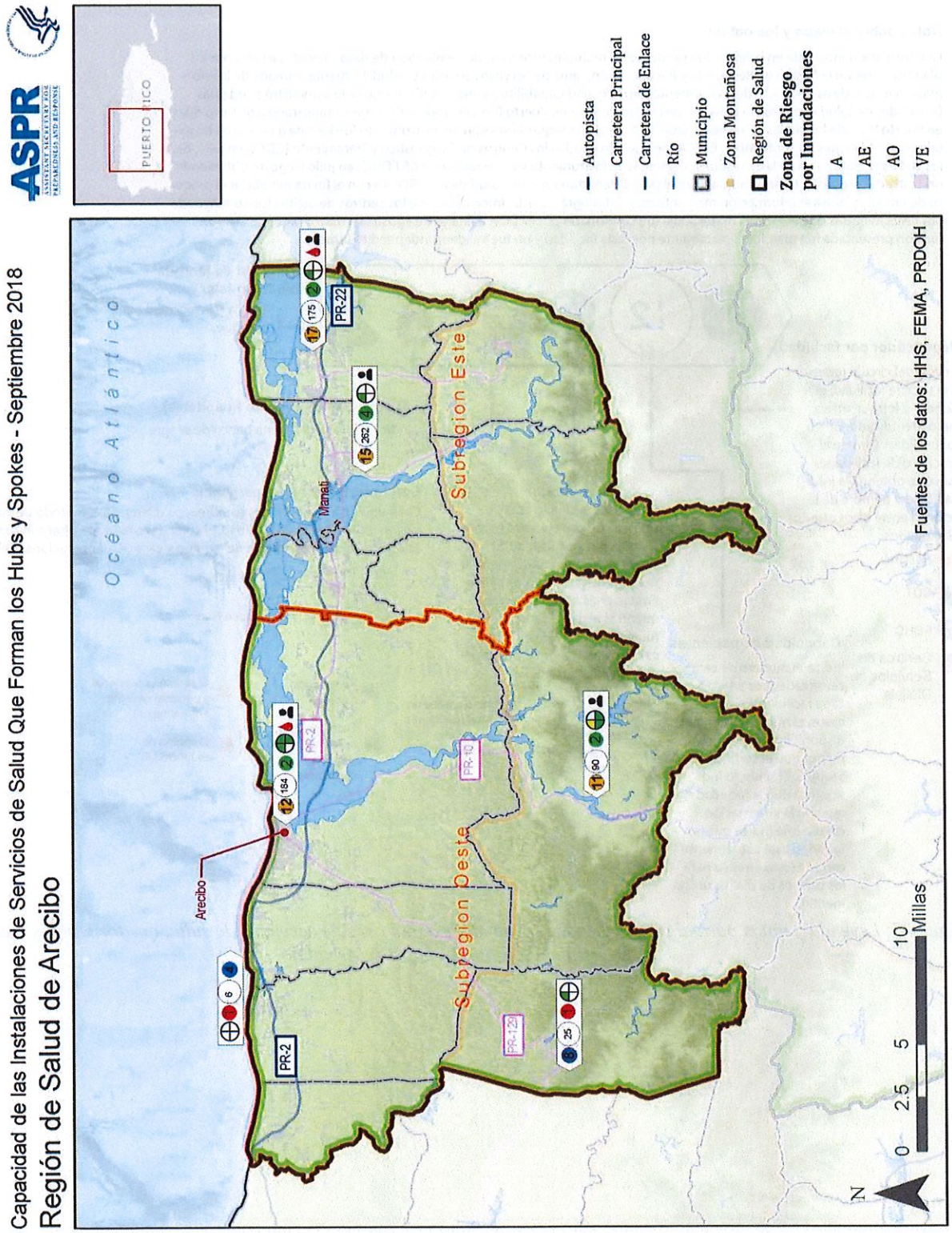
Servicios de apoyo regional

Los región cuenta con 143 estaciones en cinco centros de servicios de diálisis.

Se plantea que, de acuerdo con la necesidad, se puede abrir un hospital portátil en el que se atiendan a pacientes que requieran oxígeno, maquinaria que requiere ser conectada, insulino-dependientes y quienes precisen cuidado de úlceras, así como encamados y personas con condiciones crónicas leves o moderadas. Esta instalación debe ser abastecida con el equipo y los medicamentos necesarios para suplir la demanda de servicios y no agotar los recursos en el nivel secundario y terciario.

Es importante destacar la activación de las clínicas de salud mental en la región con sus capacidades potenciales para la atención médica y los servicios relacionados. Hay que resaltar que el Hospital Metropolitano de la Montaña Utuado, Pavía, entre sus servicios esenciales cuenta con salud mental y representa una oportunidad para la región. De la misma manera, se deben activar los servicios de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), así como la relacionada a las organizaciones lucrativas y sin fines de lucro como APS, FHC y Inspira de Puerto Rico, entre otras. Igualmente, se deben considerar los servicios del Centro de Ayuda de Víctimas de Violación (CAVV) del Departamento de Salud de Puerto Rico en las siete regiones de salud.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

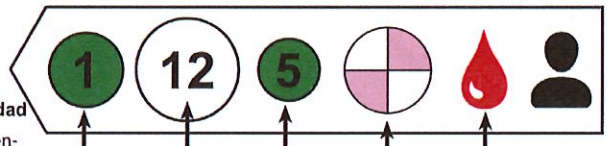


Mapa 3: Capacidad de las instalaciones de servicios de salud que forman los Hubs *y* Spokes *de la Región de Salud de Arecibo*

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Notas sobre el mapa y los datos:

La información mostrada en la figura fue producto de múltiples esfuerzos de recolección de datos llevados a cabo por los planificadores de la Misión de Respuesta y Recuperación, rama de Servicios Sociales y Salud. La fuente primaria de la información mostrada es producto del instrumento Capacity and Capability Assesment (CCA) que se le suministró a todas las facilidades de salud que ofrecen servicios de cuidado crítico en Puerto Rico. En abril, el CCA fue suministrado a 65 hospitales en Puerto Rico, de los cuales 59 respondieron al mismo. Una segunda versión del instrumento fue llevada a cabo a 64 hospitales durante el mes de septiembre. El CCA fue enviado a todos los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT's) en julio, de los cuales se obtuvo un 82% de respuesta. Además, el instrumento fue enviado a los 66 FQHCs en julio y agosto obteniendo un 100% de respuesta. Información adicional por el Departamento de Salud de PR (PRDOH) con el fin de beneficiar el proceso de análisis y mostrar información mediante mapas (infográficas). La información de los centros de diálisis fue suministrada por CMS, mientras que el estatus operacional fue confirmado por PRDOH a finales de agosto. La mayor parte de la información presentada fue ofrecida directamente por cada facilidad y no fue validada independientemente.



Capacidad de Morgue (solo hospitales)
Indica si la facilidad tiene morgue

Identificador por facilidad
El color del círculo representa el tipo de facilidad, el número o letra se utiliza como identificador único por facilidad. Dirijase al directorio de facilidades para que obtenga la información del nombre de la facilidad entre otros asuntos relacionados.

- Hospital
- CDT
- FQHC
- Centros de Servicios de Diálisis

Banco de sangre (solo hospitales)
Indica si la facilidad tiene banco de sangre

Capacidad de pacientes
indica el número de camas certificadas por SARAFS en cada facilidad. En algunos casos, el número de camas disponibles podría ser menor que el certificado por SARAFS. El símbolo "nd" significa que la facilidad no reportó la información. El círculo rojo indica que la facilidad está actualmente cerrada (esto emplea para los centros de diálisis únicamente).

Generadores
El valor en el círculo es el numero de generadores reportados por cada facilidad. El símbolo de "L" que acompaña al número de generadores indica limitaciones en la operación mientras el generador está en funcionamiento. El color del círculo ofrece la siguiente información adicional:

- Un (1) o ningún generador
- Más de un generador (en funcionamiento)
- Uno o más de un generador tiene problemas mecánicos

Comunicaciones de emergencia
Cada uno de los cuadrantes sombreados diferencia el método de comunicación disponible en la facilidad. El color del cuadrante ofrece información adicional sobre la condición del equipo y capacidad operacional del mismo.

- Teléfono satelital
- HAM Radio
- Kp4
- Base Radio*

- No se aplica o no data
- El equipo es funcional y personal capacitado
- El equipo es funcional y personal necesita entrenimiento
- El equipo no es funcional

Figura 7: Leyenda y notas para el mapa: Capacidad de las instalaciones de servicios de salud que forman los Hubs *y* Spokes *de la Región de Salud de Arecibo*

COMUNICACIÓN

Estructura regional de comunicación

Las operaciones de manejo de emergencias recaen en el Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres (NMEAD) estatal y regional, y en el director del COE de la(s) zona(s) que corresponda, así como en el coordinador interagencial y sus alternos. A nivel municipal, colaboran las Oficinas Municipales para el Manejo de Emergencias (OMME) dentro de la región, tomando en cuenta que cada municipio despliega una operación complementaria al COE de salud regional y al de la(s) zona(s) que corresponda, lo que aplique de acuerdo con el siguiente diagrama.

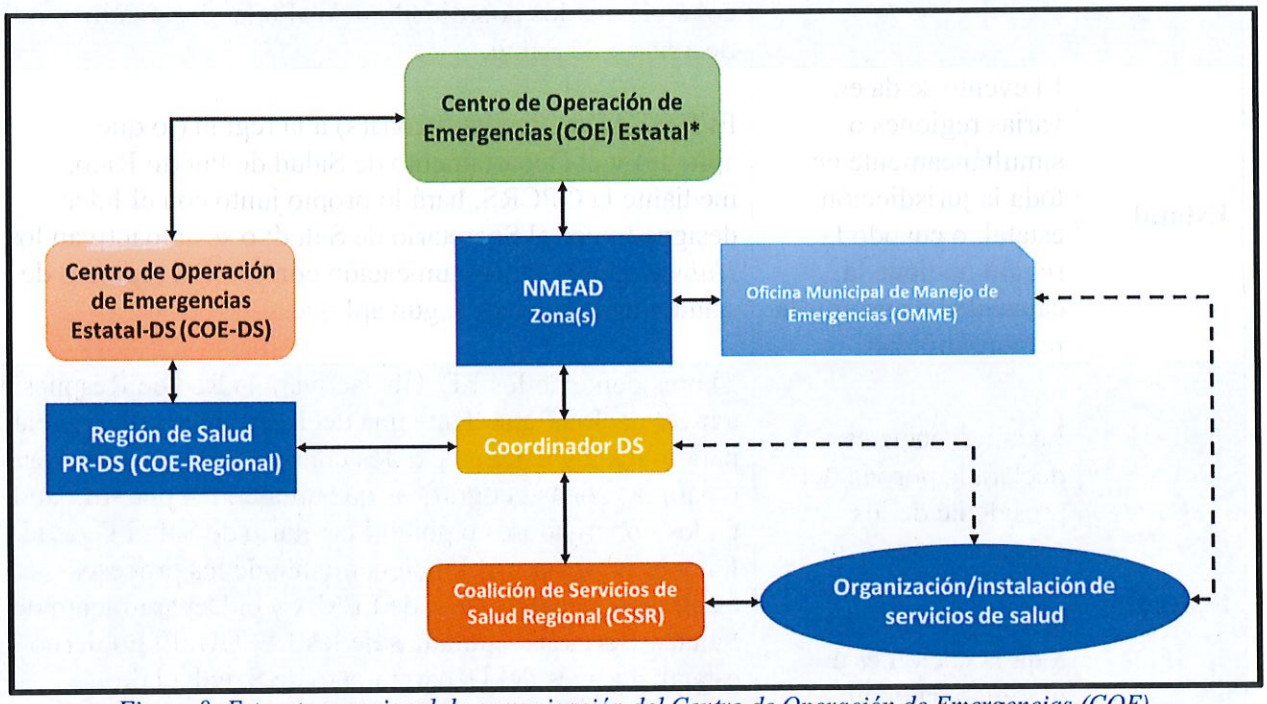


Figura 8: Estructura regional de comunicación del Centro de Operación de Emergencias (COE)

La operación y la activación de la respuesta en la región se contempla tomando en cuenta el nivel de impacto y alcance de un evento de emergencia o desastre. Tanto el Departamento de Salud como el NMEAD generan la activación de los recursos humanos, equipos y materiales para la respuesta en el nivel aplicable.

Los niveles de respuesta a una emergencia, tomadas en consideración para este plan, son tres: regional, estatal y federal. En este último, la activación se maneja junto con la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés) y por vía de una declaración de emergencia de parte del presidente de los Estados Unidos o el Secretario de Salud Federal. La siguiente información establece el nivel de activación en la región con sus criterios para la respuesta.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Nivel	Definición	Activación de la red[2]
Regional	El impacto involucra varios municipios o toda la región de forma simultánea.	El evento involucra la activación del NMEAD de la zona (la que aplique, dependiendo de cuál sea el municipio afectado en la región), del Departamento de Salud en la región y sus programas categóricos esenciales (si aplica) y de la Coalición de Servicios de Salud cuyo coordinador interagencial, sus alternos o la persona designada activan y coordinan los recursos en la emergencia; o se autoactivan los *Hubs* o *Spokes* ante la emergencia y así lo comunican a los coordinadores o al líder designado por el Secretario de Salud.
Estatal	El evento se da en varias regiones o simultáneamente en toda la jurisdicción estatal, o cuando la región no tiene la capacidad de asumir la responsabilidad.	El NMEAD activa la(s) zona(s) a la región (lo que aplique) y el Departamento de Salud de Puerto Rico, mediante la OPCRS, hará lo propio junto con el líder designado por el Secretario de Salud; o se autoactivan los *Hubs* o *Spokes* en comunicación con el COE regional de salud y la(s) zona(s), según aplique.
Federal	La emergencia es declarada por vía del presidente de los Estados Unidos, a nivel estatal y con asistencia federal; o toda la nación está involucrada en un evento de carácter mayor.	El presidente de los EE. UU. activará la Red de Respuesta a nivel nacional mediante una declaración de emergencia para todos los Estados Unidos continentales y territorios, o para las zonas geográficas que apliquen, o por solicitud de los gobernadores o por el Secretario de Salud Federal. La coordinación y el funcionamiento de los procesos están bajo la supervisión de FEMA y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. El gobierno estatal, a través del Departamento de Salud, el de Seguridad Pública y el NMEAD, determinan y coordinan los recursos humanos, equipos y materiales a ser distribuidos en la emergencia en los *Hubs* y *Spokes* que conforman la Red de Respuesta.

Tabla 2: Niveles de activación en la fase de respuesta

La activación de la red depende de la duración del evento de emergencia, por lo que podría ser prolongada inicialmente por un periodo no mayor de 15 a 30 días, según aplique. No obstante, el Gobernador o el Secretario de Salud pudieran extender el periodo agudo de respuesta de acuerdo con el impacto y alcance de la emergencia.

[2] *Guía para la Planificación de la Expansión de la Capacidad y los Servicios Médicos* (*Medical Surge*). Organización de Cuidado de Salud ante Incidentes con Víctimas en Masa, Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública, Departamento de Salud de Puerto Rico.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Una vez activados los *Hubs* y *Spokes*, las vías de comunicación serán contempladas de la siguiente manera:

- El COE regional de salud designa como jefe de incidentes a la persona nombrada por el Secretario de Salud, replicando la misma estructura del COE Estatal del Departamento de Salud.
- En cuanto a las comunicaciones entre el personal de los *Hubs* y *Spokes* a través de las Coaliciones se espera lo siguiente:
  - Una vez ocurre la emergencia y se activa la Coalición con su Equipo de Respuesta, se abrirá el Centro de Mando que estará ubicado en el lugar designado en el Plan de Operaciones de Emergencias de la Coalición de Servicios de Salud de Arecibo. El líder de la Coalición establecerá los horarios de encuentro y de recogido de información por parte del personal y el tiempo en que estará operando el Centro de acuerdo a la emergencia o el desastre. A través del Centro de Mando de la Coalición, el Equipo de Respuesta recopilará de las instituciones de salud todas las necesidades, incluidas las relacionadas con la transportación, la fuerza laboral y ayuda mutua. Se deberá incluir en esa comunicación los recursos disponibles y los esfuerzos realizados para evitar la duplicidad.
  - Una vez recopilada la información a través de la persona a cargo de la Unidad de Comunicaciones, se canalizará al coordinador de zona o al especialista del COE regional. La información relacionada con el estado de situación (*Situational Awareness Report*, o SITREP) será enviada a todo el personal de enlace de la Coalición.
  - De la misma manera, la persona a cargo de la Unidad de Comunicaciones de la Coalición ayudará al especialista a recopilar toda la información que es requisito reportar, por parte de las instituciones de salud, a la Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública. Esto incluye el censo de camas a través del reporte *HAvBED*. En esta fase se deben integrar los recursos tecnológicos como el Comprehensive Disaster Assessment Readiness (CDART) y el sistema EM Resources. Además, se debe tomar en consideración la posibilidad de un proceso manual para la redundancia en caso de que se pierdan las comunicaciones. El uso de estos sistemas permitirá que la información se canalice a todas las organizaciones a través de una sola fuente con el fin de evitar las peticiones continuas a las instituciones que prestan servicios de salud, por parte de diversas agencias.
    - informe sobre el total de pacientes evaluados en el cernimiento (*triage*) para urgencias y emergencias;
    - informe sobre el total de pacientes referidos por nivel de cuidado (primario, secundario, terciario y supraterciario) en la red de servicios de salud en la región;
    - informe sobre el acceso a salas de emergencias y urgencias por condición de salud relacionadas al evento de emergencia;
    - informe sobre la distribución de medicamentos a la red de cuidado de salud por condición de salud e instalación;
    - informe de traslado de pacientes entre instituciones de salud (transportación para emergencias y no-emergencias);

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

- informe de volumen de uso de diésel o gasolina en los generadores eléctricos por instalación;
- informe de distribución de suplidos médicos y alimentos por instalación;
- informe de condiciones crónicas por diagnóstico e instalación;
- informe del total de pacientes en diálisis por instalación;
- informe de condiciones de salud por grupo de edad y municipio;
- informe de la fuerza laboral por zona subregional, *Hubs* subregionales y *Spokes*; y
- el censo de la morgue de las instalaciones de salud, la condición de la infraestructura crítica de los hospitales y los CDTs, la condición y la capacidad de las cisternas, la condición y la capacidad de los generadores y los acondicionadores de aire, la cantidad disponible de gases de uso médico, la distribución de botiquines, el inventario y la condición de los equipos y los sistemas de comunicación, el inventario y la condición de los hospitales móviles, el inventario y la condición de las estaciones de descontaminación.

- La información previa será transmitida a través del sistema de datos integrados de forma electrónica con un proceso manual como redundancia para la recopilación de datos. El Departamento de Salud, junto con las agencias de manejo de emergencias pertinentes a nivel estatal y federal, así como cualquier otra organización determinada por el gobierno, tendrán acceso a dichos sistemas para la toma de decisiones y determinación de prioridades en la emergencia o el desastre.

♦ En cuanto a comunicaciones masivas y comunicación de riesgo el Oficial de Información Pública del Departamento de Salud designará un enlace que cumpla con las siguientes responsabilidades:

- Activar el plan de comunicaciones de la región.
- Servir de enlace entre el COE regional de salud y el área de comunicaciones del COE estatal para suplir la información de las necesidades regionales.
- Elaborar los comunicados de prensa con el Oficial de Información Pública del Departamento de Salud de Puerto Rico y en conjunto con el COE de la zona de NMEAD Vega Baja, Arecibo o ambos y enviarlos a los medios masivos. Junto con el personal designado de comunicaciones de los *Hubs* y *Spokes* en las áreas designadas de la región.
- Monitorear los asuntos asociados a la emergencia o el desastre para la mitigación o amortización de los riesgos e impacto de la información en la población y organizaciones en la red de respuesta.

♦ Desde el Centro de Mando de la HCC se indagará sobre avalúo inicial de la emergencia concurrente con la respuesta inicial dada a nivel municipal con las OMME impactadas.

♦ En cualquier tipo de daño o evento de emergencia, se activará a los jefes de incidentes de los *Hubs* y *Spokes* y su nivel de participación dependerá del nivel de impacto o alcance de la emergencia y de la ubicación del evento en las zonas designadas de la región.

♦ La persona designada como jefe de incidentes de la región, junto con el coordinador interagencial de la zona del NMEAD que aplique, seguirá los siguientes pasos tan pronto se inicie el proceso de respuesta al evento:

- Realizar el análisis situacional del evento o emergencia, si fuera de carácter moderado o catastrófico[3] deberá incluir la siguiente información: el lugar, el total de personas impactadas y las implicaciones para la salud pública, entre otros.
- Identificar el sector o sectores impactados por la emergencia y contactar los centros de comando de incidentes de los *Hubs* y *Spokes*.
- Determinar las prioridades y el flujo de pacientes en la Red de Respuesta tomando en cuenta el nivel de impacto y alcance del evento, junto con el coordinador interagencial del NMEAD de la zona que aplique y los jefes de incidentes de los *Hubs* y los *Spokes* o el Equipo de Respuesta de la Coalición.

♦ El COE regional de salud o el de las diferentes zonas contactará a las OMME que hayan sido impactadas para comunicar el avalúo realizado del evento y determinará junto con estas las estrategias de respuesta, movilización y distribución de pacientes en la red.

- Las OMME trabajarán en coordinación con el Negociado del Cuerpo de Emergencias Médicas el debido referido del nivel de cuidado correspondiente en la red mediante la coordinación con los *Hubs* y *Spokes*. Como resultado del periodo de preparación previo al evento (en caso de ser anticipado) o el momento de respuesta de los refugios disponibles para el cernimiento clínico (*triage*) en la determinación de casos de urgencia o emergencia.
- Una vez establecidos los refugios se asignará la fuerza laboral médica disponible en la región y se activarán los médicos en los grupos primarios para realizar el cernimiento clínico, con las debidas salvaguardas regulatorias estatales y federales, según apliquen.

♦ El líder designado en la región, o el Secretario de Salud, emitirá las órdenes administrativas en caso de ocurrir una emergencia para poner en funcionamiento de la red de respuesta. Entre las órdenes a ser emitidas se encuentran las siguientes:

- Activar las políticas médicas aplicables para el manejo y el cuidado de casos de trauma y condiciones de salud crónicas que requieran atención especial, particularmente en poblaciones de adultos mayores, personas con diversidad funcional, menores de edad y niños con necesidades especiales.
- Establecer la orden administrativa para iniciar el proceso de despacho, distribución y pago de recetas médicas asociadas a la emergencia o el desastre.
- Activar los acuerdos colaborativos regionales para la priorización y distribución de combustible, oxígeno y gases de uso médico, agua potable y medicamentos necesarios a los *Hubs* y *Spokes*.
- Establecer los mecanismos de financiamiento dirigidos a la prestación de servicios de salud mediante un tarifario especial por categoría de servicio y nivel de cuidado asociado a una emergencia o desastre por tiempo limitado, para la cobertura de beneficios en el segmento de planes médicos comerciales, grupos patronales, plan de salud del gobierno y seguros públicos, entre otros.

---

[3] *Guía para la Planificación de la Expansión de la Capacidad y los Servicios Médicos* (*Medical Surge*). Organización de Cuidado de Salud en Incidentes de Víctimas en Masa, Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública, Departamento de Salud de Puerto Rico.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

- Estos mecanismos se proveerán y comunicarán por adelantado a las organizaciones que proveen cobertura de beneficios a la población para el ajuste de tarifas, de acuerdo con la emergencia.
- La definición de cubierta y su alcance será definido junto con la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico (OCSPR). Las políticas médicas relacionadas al manejo de emergencias y serán delineadas por el Departamento de Salud.

Proceso de enlace con la(s) Oficina(s) Municipal(es) para el Manejo de Emergencias (OMME)

Las OMME son un elemento esencial en la respuesta inicial a un evento de emergencia o desastre y en la adaptación de la prestación de servicios de salud en la región. El proceso es el siguiente:

- Al momento de la activación de la respuesta, el líder designado en la región y el coordinador interagencial del NMEAD de la zona contactarán la OMME que corresponda o la oficina del alcalde para involucrar los recursos del municipio o municipios que hayan sido impactados por el evento.
- La(s) OMME(s) comunicarán la siguiente información a la región de salud:
  - el avalúo del impacto del evento en el municipio (por ejemplo: comunidades afectadas, pérdidas materiales, si alguna, y limitación en el acceso);
  - los recursos disponibles: el equipo, los materiales y el capital humano para la respuesta; y
  - las poblaciones vulnerables (adultos mayores, niños menores de 5 años, personas con problemas de diversidad funcional y encamados, entre otros).
- El Equipo de Emergencia de la Coalición y el coordinador interagencial de las zonas correspondientes contactarán el *Hub* o *Spoke* del área subregional para organizar el flujo de pacientes y el cernimiento clínico.

Interoperabilidad de comunicaciones entre la Coalición y los Hubs *y* Spokes

Se espera que, en todo este proceso, la Coalición coordine los esfuerzos de intercambio de información entre el personal de enlace de las siguientes instituciones:

- Sector de Hospitales: Asociación de Hospitales de Puerto Rico
- Sector de CDT: Colegio de Administradores de Servicios de Salud de PR
- Sector de Grupos Médicos Primarios (IPA): Asociación de los IPA de PR
- Sector Centros 330: Asociación de Salud Primaria de PR
- Sector Centros de Diálisis: Consejo Renal de PR
- Sector de Recursos de Apoyo Regional: HCC-Arecibo

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

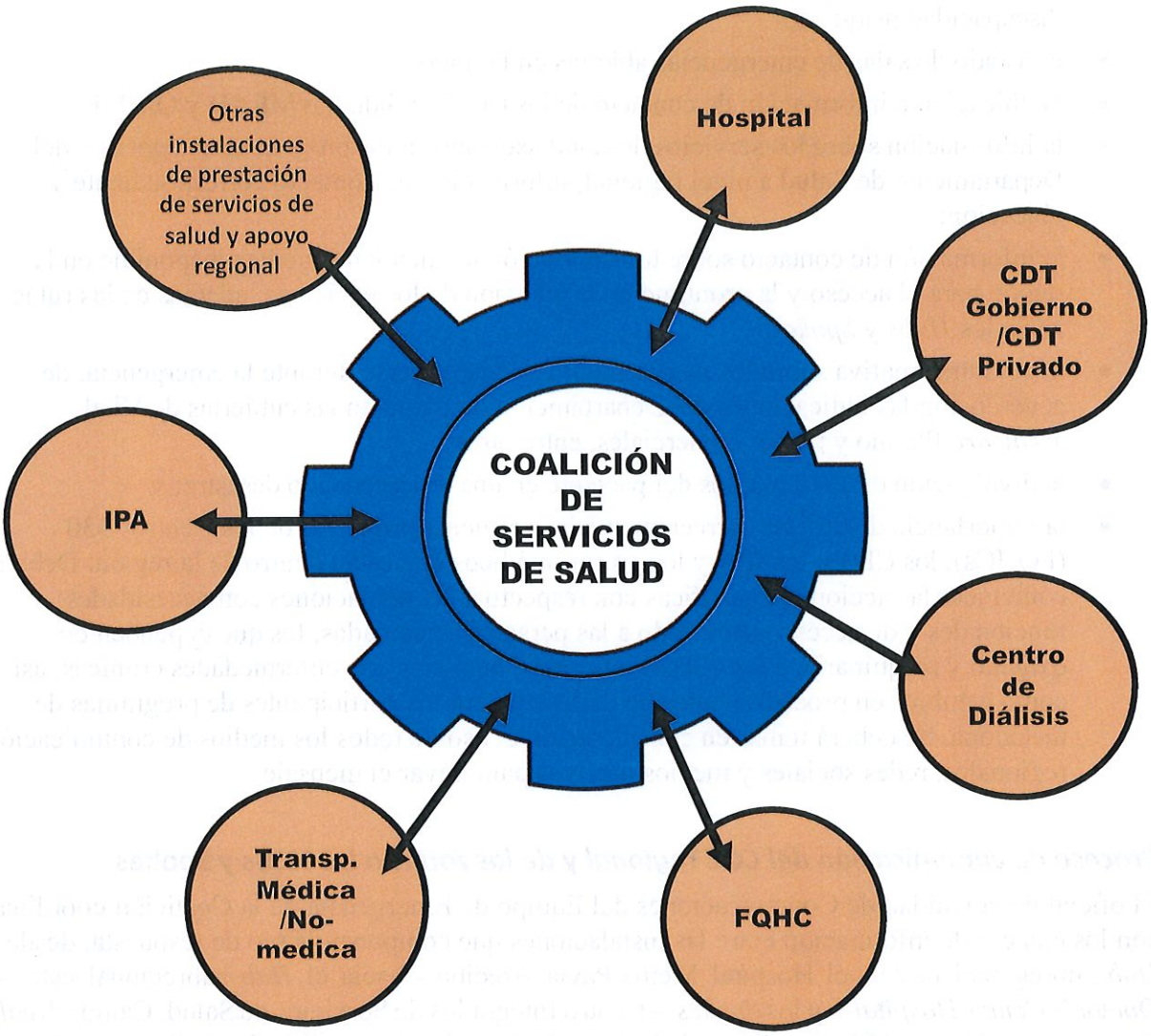


Figura 9: Red de comunicación entre la Coalición de Servicios de Salud y diversos sectores

Proceso de notificación de la respuesta a la comunidad

El Oficial de Información Pública del Departamento de Salud, el Comandante de Incidentes nombrado en el Departamento de Salud, o la persona designada de las HCC-Arecibo en el centro de comando, y los jefes de incidentes de los *Hubs* y *Spokes*, divulgarán la información pertinente y relacionada a la prestación de servicios de salud regional a la red de respuesta. Entre la información a divulgarse, deberá incluirse:

- La ubicación de los *Hubs* y *Spokes* según corresponda, la información de contacto y las unidades de cernimiento clínico (*triage*) de que disponen los alcaldes de los municipios impactados para los refugios. Esta información incluye, pero no se limita a la siguiente:
  - el listado de refugios con unidades de cernimiento clínico (*triage*);

- la lista de hospitales o centros clínicos especializados para la población pediátrica, niños con necesidades especiales, personas con diversidad funcional y personas con discapacidad psíquica;
- el listado de salas de emergencias abiertas en la región;
- la ubicación e información de contacto de los COE de Salud, NMEAD y OMME;
- la información sobre los servicios de salud asociados a los programas categóricos del Departamento de Salud a nivel regional, información de contacto correspondiente y ubicación;
- la información de contacto sobre transportación médica y no-médica disponible en la región para el acceso y la prontitud en la atención de los pacientes, además de las rutas hacia los *Hubs* y *Spokes*;
- la guía informativa sobre los medicamentos a despacharse durante la emergencia, de acuerdo con las indicaciones del Departamento de Salud en las cubiertas de Vital, *Medicare* Platino y planes comerciales, entre otros;
- la divulgación de los derechos del paciente en una emergencia o desastre; y
- la importancia de utilizar correctamente los servicios primarios de los Centros 330 (FQHCs), los CDTs, los IPA y los grupos médicos que están dentro de la región. Deberá comunicar las acciones específicas con respecto a las poblaciones con necesidades funcionales y de acceso, sobre todo a las personas encamadas, los que dependen de oxígeno y maquinaria, a los obesos mórbidos, personas con enfermedades crónicas, así como cambios en procedimientos de diálisis y para los participantes de programas de metadona. Se deberá tomar en consideración el uso de todos los medios de comunicación regionales, redes sociales y medios masivos para llevar el mensaje.

Proceso de comunicación del COE regional y de las zonas a los Hubs *y* Spokes

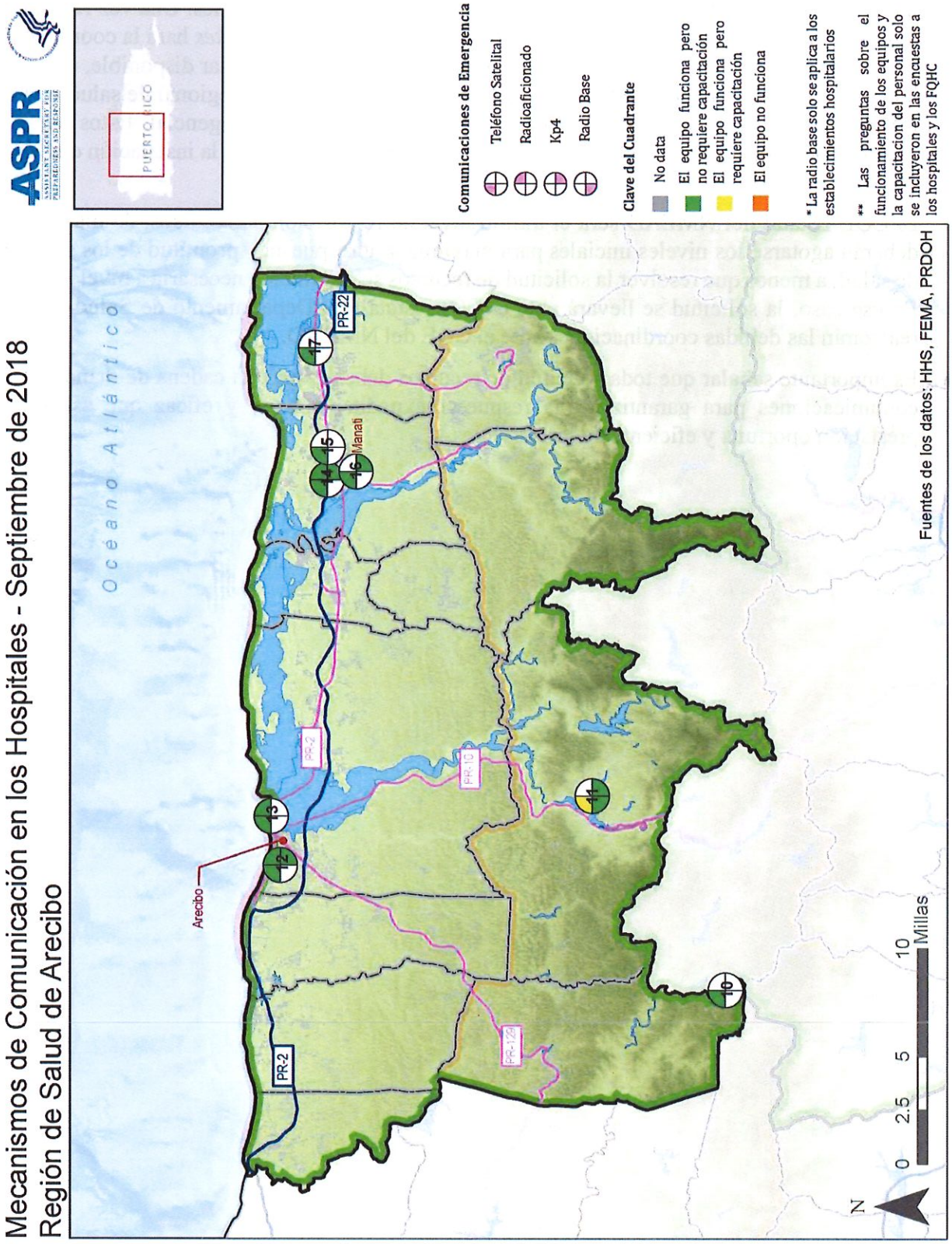
El oficial de la Unidad de Comunicaciones del Equipo de Emergencia de la Coalición coordinará con los enlaces de información entre las instalaciones que componen la red de respuesta, desde el *Hub* subregional oeste—el Hospital Metro Pavia Arecibo—hacia el *Hub* subregional este—el *Doctor's Center Hospital*—y los *Spokes*—Centro Integrados de Servicios de Salud, Camuy *Health Services*, Inc., Hospital Metropolitano de la Montaña Utuado y Centro Médico Wilma N. Vázquez.

- El intercambio de información entre el COE regional de salud y los *Hubs* subregionales se canalizará a los *Spokes*. No obstante, estos enlaces no están limitados a realizar por urgencia o necesidad contacto directo con el COE regional de salud. Además, las OMME podrán intercambiar datos relacionados con la emergencia o el desastre con el COE regional de salud y la zona.
- El proceso de comunicación mediante el uso específico de equipo o sistemas será determinado por la Oficina de Preparación y Coordinación de la Respuesta en Salud Pública, tal y como se haya establecido en sus planes de operación de emergencias.
- El Departamento de Salud, a través de la OPCRSP, tendrá la responsabilidad de notificar todas las alertas de emergencias a la Red de Respuesta Regional ante el Emergencia para el sistema de prestación de servicios de salud de Puerto Rico.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

- Cualquier requisición de recursos humanos, equipo y materiales será dirigida a los jefes de incidentes de cada *Hub* y *Spoke* a través de su oficial de comunicaciones. Una vez recibida la requisición, el personal de logística y administrativo de los *Hub* y *Spokes* hará la coordinación pertinente para la distribución del recurso solicitado. En caso de no estar disponible, el jefe de incidentes del *Hub* o *Spoke* solicitará al jefe de incidentes del COE regional de salud o al del NMEAD de la zona, mediante la Coalición o el coordinador interagencial. Estos harán la coordinación correspondiente para atender la necesidad de recursos en la instalación que así lo requiera.
- El COE Estatal del NMEAD será el último nivel de requisición de recursos, de manera que deberán agotarse los niveles iniciales para maximizar la respuesta y prontitud de los servicios de salud, a menos que resolver la solicitud de recursos sea altamente necesaria a nivel regional. En ese caso, la solicitud se llevará ante el COE estatal del Departamento de Salud y ahí se realizarán las debidas coordinaciones ante el COE del NMEAD.
- Es importante señalar que toda solicitud de recursos deberá seguir la cadena de mando en las comunicaciones para garantizar una respuesta expedita, atinada y eficaz que asegure la prestación oportuna y eficiente de los servicios.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY



Mapa 4: Mecanismos de comunicación en los hospitales de la región de Arecibo, septiembre de 2018

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

TRANSPORTACIÓN

Esta sección dispone de los recursos necesarios para desarrollar un sistema accesible de transportación entre *Hubs* y *Spokes*. Asimismo, incluye los planes de desalojo para los eventos específicos de emergencia y los medios de transporte disponibles—médico y no-médicos—para eventos con impacto moderado o catastrófico en la región. Las empresas de transporte no-médico, incluyendo los Sistemas Integrados de Transporte Urbano Municipal, deberán ser parte esencial de la movilización de pacientes desde las instalaciones que prestan servicios de salud. Las redes de transportación médicas en la región de Arecibo contemplarán los siguientes elementos: la transportación médica durante el desastre o la emergencia, el plan de desalojo por el nivel de cuidado médico, la respuesta organizacional y el transporte para movilizar pacientes entre el hogar y las instituciones de salud.

Transportación médica durante el desastre o la emergencia

El Negociado del Cuerpo de Emergencias Médicas (NCEM) es la entidad gubernamental del Departamento de Seguridad Pública responsable de garantizar a la ciudadanía en general un servicio de óptima calidad cuando, de forma no prevista, necesiten primeros auxilios, cuidado médico prehospitalario y/o transporte a una instalación médica hospitalaria adecuada para preservar su salud o disminuir un daño o incapacidad permanente que pueda surgir como consecuencia de una enfermedad o accidente.[4] En el contexto de una respuesta eficaz en un evento de emergencia o desastre en la región, el NCEM se desempañará como Despacho Central-regional[5] de las unidades estatales y establecerá la coordinación y la colaboración con las unidades municipales y entidades privadas que sean categorizadas como tipo I, II y III.

El NCEM coordinará la respuesta y la movilización de pacientes en la región para casos moderados y severos resultantes de una emergencia y la transferencia de pacientes desde una instalación que presta servicios de salud a otra, o en apoyo a una movilización masiva previa o posterior a una emergencia. Todo ello contemplado dentro de las zonas subregionales y de la siguiente manera.

Movilización de pacientes con condiciones moderadas o severas resultantes de la emergencia

- Los *Hubs* y *Spokes*, las instalaciones que prestan servicios de salud en la(s) zona(s) que aplique(n), la Coalición, los pacientes o ciudadanos particulares a través de la línea de emergencias 9-1-1, o mediante cualquier otro medio de comunicación viable,[6] solicitarán

[4] Artículo 7.01 de la Ley 20 de 10 de abril de 2017, según enmendada, Ley del Departamento de Seguridad Pública de Puerto Rico.

[5] Flujo de Despacho del Negociado del Cuerpo de Emergencias Médicas, Departamento de Seguridad Pública.

[6] *Title VI-Public Safety Communications and Electromagnetic Spectrum Auctions* (FirstNet Responder Network) Public Law 112-96, Middle Class Tax Relief and Job Creation Act of 2012.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

transporte médico y ofrecerán la siguiente información teniendo en cuenta los requisitos regulatorios[7] permisibles:

- el tipo de emergencia;
- la dirección de la emergencia;
- el número de teléfono; y
- el nombre del informante.

♦ El Despacho Central-regional del NCEM contactaría a la zona impactada para ofrecer una respuesta. En caso de tratarse de una situación general por el efecto de la emergencia o el desastre, se seguirá el siguiente orden de prioridad para el despacho de una unidad más cercana a un radio de 10 minutos:

- las Oficinas Municipales para el Manejo de Emergencias (OMME) o el Cuerpo de Emergencias Médicas Municipales;
- las unidades estatales del NCEM;
- las ubicaciones regionales del NCEM: ubicadas en Arecibo, Barceloneta, Bayaney, Camuy, Lares, Manatí, Morovis, Quebradillas, Utuado, Despacho Norte; o
- la Unidad de Respuesta Rápida es contactada para avalúo de situación de emergencia:
  - contacta el transporte médico más cercano al evento, sea estatal, municipal o privado;
- las empresas privadas de emergencias médicas que estén próximas al evento, en caso de que las unidades estatales o municipales no estén disponibles.

♦ La unidad de transporte médico se dirigirá a la escena del evento, notificará al despacho su llegada y realizará lo siguiente:

- informar los detalles de la condición del paciente; y
- transportar al paciente a la instalación más cercana.

♦ El Despacho Central-regional verificará la siguiente información mientras la unidad se dirige a la instalación más cercana:

- el historial médico del paciente;
- los tipos de alergia que padece; y
- la instrucción prellegada a la instalación.

♦ La instalación que recibe al paciente confirmará el recibo del mismo al Despacho Central-regional, y ofrecerá información de rastreo para ubicarlo en el nivel de cuidado apropiado.

Transferencia de pacientes de una institución de salud a otra

♦ La institución de salud que necesite transferir a un paciente contactará, por el medio accesible o disponible descrito en su plan de operación de emergencias, a la(s) institución(es) que pueda(n) recibir al paciente. La información necesaria para realizar el traslado del paciente incluye, pero no se limita a la siguiente:

- el nombre completo del paciente;

---

[7] *Title 45 Public Welfare, Subtitle A Department of Health and Human Services, Subchapter C Administrative Data Standards and Related Requirements, Part 164 Security and Privacy (Health Insurance Portability and Accountability Act).*

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

- la condición y/o el diagnóstico;
- el historial médico del paciente con relación a la condición; y
- las instrucciones adelantadas para la transferencia.

- Una vez confirmada la institución a la que se trasladará al paciente se contactará al Despacho Central-regional del NCEM para coordinar la transportación médica, sólo si la instalación no tiene unidades disponibles por vía de acuerdos colaborativos o contratos.
- El Despacho Central-regional hará la coordinación correspondiente con la unidad disponible y cercana a la institución donde se encuentra el paciente a ser transferido, de acuerdo con el flujo de despacho descrito en la sección anterior.
- Una vez el Despacho Central-regional realice la coordinación correspondiente con la unidad disponible, esta se movilizará a la institución donde se encuentra el paciente que será transferido y comunicará las instrucciones de dicha institución a la institución que recibirá el paciente.
- Tan pronto llegue la unidad disponible a la institución que recibe al paciente, deberá contactar al Despacho Central-regional para confirmar su arribo a la institución y la debida transferencia del paciente.
- La instalación que recibe al paciente confirmará el recibo del mismo al Despacho Central-regional y ofrecerá información de rastreo para ubicarlo en el nivel de cuidado apropiado.

Movilización masiva previa o posterior a un evento de emergencia

- Tan pronto el Despacho Central-regional del NCEM sea activado por el jefe de incidentes del Departamento de Salud a nivel regional, por el director del NMEAD de la zona correspondiente mediante solicitud de la Coalición o los *Hubs* y *Spokes* como resultado de un evento masivo, se procederá de la siguiente manera:
  - El Despacho Central-regional contactará a todas las OMME de la región y coordinará junto con estas la movilización masiva de personas por municipio, ya sea a los refugios abiertos por los alcaldes o a las zonas de encuentro establecidas en el plan de desalojo según el plan de operación de emergencias municipal.
    - El Despacho Central-regional del NCEM activará todas las unidades disponibles estatales por zona subregional con apoyo de las unidades municipales y privadas, según se coordine con las OMME.
  - Los despachos municipales regionales activarán las unidades disponibles y contactarán a los jefes de incidentes de los *Hubs* y *Spokes* para activar las unidades privadas disponibles y todo transporte no-médico disponible según el nivel de cuidado y hábil de la población.
    - La prioridad de la movilización se realizará teniendo en cuenta a las poblaciones vulnerables y sectores y comunidades susceptibles según su ubicación geográfica y también el acceso inmediato de refugios y/o zonas de encuentro establecidas.
    - Los líderes comunitarios de cada municipio serán esenciales para la identificación de estas poblaciones.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

- Todas las unidades activadas en la movilización se comunicarán con los despachos municipales para la reasignación de las rutas y las prioridades hasta que culmine el proceso.
  - El COE de Salud y el NMEAD de las zonas que correspondan con las OMME, coordinarán la distribución de combustible en las estaciones preasignadas en las zonas y municipales para garantizar el flujo de movilización continuo con las unidades activadas a nivel estatal, municipal y privado.
- El Despacho Central-regional recibirá información constante de los despachos de los COE municipales durante el periodo de la movilización. La información recibida será la siguiente:
  - el total de personas movilizadas;
  - el destino de la movilización; y
  - las comunidades o sectores movilizados por prioridad y vulnerabilidad.
- El Despacho Central-regional comunicará la información al COE de Salud, al NMEAD de la zona y a los jefes de incidentes de los *Hubs* y *Spokes* de la red.
- El director de la zona y la persona designada por el Secretario de Salud para liderar el COE de salud regional determinarán la culminación del proceso de movilización, sea previo o posterior al evento. Dicha determinación será comunicada, a través de la Red, como al despacho central regional y a los despachos municipales.

Plan de desalojo por el nivel de cuidado médico y la respuesta organizacional

Las agencias federales y estatales[8] requieren de forma compulsoria[9] que las instituciones que prestan servicios de salud en la región—incluidos los *Hubs* y *Spokes*—incluyan un plan de desalojo que considere las vulnerabilidades geográficas y demográficas de su entorno. Estos planes de desalojo estarán disponibles según la institución que presta servicios de salud. No obstante, para establecer el plan de desalojo a nivel regional es necesario tomar en cuenta el nivel de cuidado (primario, secundario, terciario y supraterciario) de la institución donde se encuentre el paciente. Los siguientes elementos deberán incluirse en el plan de operación de emergencias a nivel regional para llevar a cabo el plan de desalojo de cada institución prestadora de servicios de salud:

- las instrucciones adelantadas y apropiadas para el desalojo;
- la lista de lugares de autorefugio dentro de la institución; y
- el proceso de notificación a la población, fuerza laboral, voluntarios y a los colaboradores comerciales.

El plan de desalojo de la región se autoimplementará en las instalaciones dependiendo del alcance, el lugar e impacto del evento. Los jefes de incidentes activarán el plan de desalojo y notificarán al

---

[8] *Guía de Preparación para Emergencias y Desalojo en el Lugar de Trabajo*, PR OSHA 3088, División de Programas Voluntarios, Administración de Seguridad y Salud Ocupacional de Puerto Rico, Departamento del Trabajo y Recursos Humanos.

[9] *42 CFR 482-498 Subpart G Standards and Certifications, Medicare and Medicaid Programs; Emergency Preparedness Requirements for Participating Providers and Suppliers, Final Rule.*

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Hub subregional oeste. Los jefes de incidente del *Hub* subregional oeste, el líder designado por el Secretario de Salud del COE regional y el director del NMEAD de las zonas recibirán la siguiente información relacionada con el desalojo de pacientes procedentes de comunidades o sectores geográficamente más vulnerables, así como de riesgos asociados a las instalaciones:

- el total de pacientes desalojados por tipo de instalación (hospitales, CDTs, Centros de Salud Primaria 330 (FQHCs), etc.[10]);
- el lugar de refugio y/o zona de encuentros;
- los lugares alternos del centro de operación de la instalación desalojada;
- el método de transporte y las rutas de desalojo, así como el tipo de coordinación con el Despacho Central-regional o municipal; y
- el total de instituciones médicas alternativas para pacientes con necesidades especiales (por ejemplo: personas encamadas, personas con diversidad funcional, niños, adultos mayores con problemas de movilidad, personas con necesidad de oxígeno, curación de úlceras, obesos mórbidos, personas con enfermedades crónicas).
    - Estas instalaciones de salud alternas serán administradas por el Departamento de Salud a nivel regional y coordinados por el Departamento de Vivienda Pública, el Departamento de la Familia y la Oficina del Procurador de Personas con Impedimentos.
    - El Departamento de Salud a nivel regional activará los acuerdos colaborativos con los grupos médicos primarios para complementar la fuerza médica voluntaria en estas facilidades de salud alternas. El Cuerpo de Reserva Médica podrá activar a aquellos médicos registrados, de acuerdo con la necesidad de especialistas y según las condiciones prevalecientes en las facilidades de salud alternas designadas por el Departamento de Salud donde se brinde cernimiento clínico para determinación de urgencias o emergencias.

Cuando se requiera el desalojo a nivel regional por el efecto simultáneo de un terremoto, maremoto o incendio de proporciones masivas, se activarán los municipios y líderes comunitarios de sectores o comunidades involucradas en el evento, o todos, junto con el Departamento de Salud, el NMEAD y los *Hubs* y *Spokes* para el traslado de pacientes a los lugares predeterminados en la región.

Transporte para movilizar pacientes entre el hogar y los Hubs *y* Spokes

La red de transportación encargada de movilizar pacientes desde el hogar a los *Hubs* y *Spokes* utilizará organizaciones de transporte no-médico tipo *ambulette* o sistemas integrados de transportación municipal, entre ellos:

- TransCita, servicio de transporte destinado a la población de adultos mayores y asegurados del programa de planes *Medicare Advantage*, Plan Vital (Plan de Salud del Gobierno) y otros planes médicos contratados y ciudadanos particulares; y
- los sistemas integrados de transportación pública municipales son transportes no-médicos disponibles en estos municipios.

---

[10] *42 CFR 482-498 Subpart G Standards and Certifications, Medicare and Medicaid Programs; Emergency Preparedness Requirements for Participating Providers and Suppliers, Final Rule.*

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

A solicitud de los *Hubs* y *Spokes,* el Departamento de Transportación y Obras Públicas (DTOP), conforme con el ESF #1 y mediante su comando de incidentes, coordinará la transportación de pacientes desde sus residencias hacia las instalaciones de prestación de servicios de salud en conjunto con el Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos (NTSP) y las OMME de la región, mediante el siguiente proceso:

- El proveedor médico solicitará el transporte no-médico al coordinador de la zona del DTOP que corresponda en la región y referirá la solicitud al despacho municipal que corresponda con la dirección residencial del paciente o la persona de interés durante la respuesta. La solicitud vendrá acompañada de la siguiente información:
  - el nombre completo del paciente;
  - la dirección residencial del paciente;
  - la condición o situación actual del paciente (por ejemplo: diversidad funcional, problemas de movilidad, condición aguda);
  - el destino del paciente; y
  - el tipo de servicio solicitado (automóvil, unidad de transporte con acceso para personas discapacitadas, ambulancia).
- El despacho municipal referirá la solicitud a la empresa de transporte disponible y cercana a la zona residencial del solicitante.
- Tan pronto la unidad de transporte arribe al destino, el centro de despacho de la empresa u organización asignada notificará su llegada al despacho municipal, y esta al coordinador de la zona del DTOP que aplique, con el propósito de monitorizar los viajes durante la respuesta al evento.

FUERZA LABORAL

La región cuenta con una variedad de recursos para promover la retención del personal y evitar la escasez en la plantilla laboral, tanto a nivel médico, profesionales de la salud y personal administrativo.

Elementos esenciales para la retención de la fuerza laboral

El líder regional asignado, los jefes de incidentes de los *Hubs* y *Spokes* y la Coalición llevarán a cabo las siguientes actividades en la región para garantizar la retención de la fuerza laboral en la fase de respuesta:

- Revisar los planes de operación de emergencias para precisar las funciones y los roles del personal designado por instalación y tomando en cuenta los servicios críticos para la región en eventos moderados o catastróficos, según lo define[11] la OPCRSP en el Departamento de Salud.

[11] *Guía para la Planificación de la Expansión de la Capacidad y los Servicios Médicos (Medical Surge).* Organización de Cuidado de Salud ante Incidentes de Víctimas en Masa, Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública, Departamento de Salud de Puerto Rico.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

- Divulgar los roles y las responsabilidades de la fuerza laboral desde las instituciones que prestan servicios de salud de la región a través de los jefes de comando de incidentes de cada instalación que funge como *Hub* o *Spoke* hacia el COE del Departamento de Salud en el evento y fundamentado en los servicios críticos, conforme el avalúo de multiriesgos o daños realizados por las instalaciones y el contenido del plan de operaciones de emergencias.
- El personal designado por el Secretario a cargo del COE del Departamento de Salud activará aquellos acuerdos necesarios a nivel regional para sostener la fuerza laboral en los lugares designados para alojamiento. Estos acuerdos serán los relacionados a combustible y alimentos, entre otros asuntos de primera necesidad.
- La Coalición de Servicios de Salud y los jefes de incidentes de los *Hubs* y *Spokes* coordinarán con las instituciones que prestan servicios de salud en la región aquellos asuntos de primera necesidad que no sean cubiertos por sus planes de operación de emergencias.
- El Especialista de la Coalición, trabajará en coordinación con el Equipo de Respuesta de la Coalición, el listado de necesidades de las instituciones y coordinarán el suplido de los recursos necesarios de fuerza laboral, a través de los canales correspondientes.
- La incorporación del programa de Ayuda al Empleado o ajustarlo a las necesidades apremiantes que surjan de acuerdo con el impacto del evento en las instituciones como complemento a los ofrecidos en el plan de operación de emergencias.
- El líder regional asignado por el Departamento de Salud y la Coalición coordinarán el desarrollo o refuerzo del programa de asistencia a empleados con un acuerdo colaborativo junto con las instituciones de la región.

- Se deberá tener disponible la lista de los acuerdos colaborativos relacionados con los suplidos y suministros esenciales para la fuerza laboral (combustible, agua, utilidades, transportación y recursos humanos).
- El Departamento de Salud y la Coalición a nivel regional establecerán alianzas con aquellas instituciones académicas en la región que ofrezcan carreras profesionales vinculadas a la salud, para aumentar la capacidad potencial de la fuerza laboral, según aplique.[12][13][14][15]

Proceso de activación de la fuerza laboral en la fase de respuesta

Actualmente, la región cuenta con una fuerza laboral diversa entre personal administrativo, enfermería y personal médico. En la fase de respuesta es imprescindible tener acceso a personal calificado y credencializado para tales efectos, además de expandir la capacidad y los servicios médicos en la región. El modelo de respuesta para la prestación de servicios de salud seguirá el siguiente proceso de activación:

---

[12] Ley 103 de 2011, Enmienda al Artículo 41.050 de Ley No. 77 de 1957, Código de Seguros de Puerto Rico; Enmienda el inciso (a) del Artículo 2 de la Ley No. 104 de 1955; y enmendar el Artículo 7 de la Ley No. 136 de 2006.

[13] *42 U.S.C. 14501-05 Volunteer Protection Act of June 18, 1997*

[14] *Federal Tort Claims Act of August 2, 1946*

[15] *Public Readiness and Emergency Preparedness Act of December (PREP Act), 2005*

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

- El jefe de incidentes del COE de la región Arecibo y de los *Hubs* y *Spokes* gestionará la coordinación pertinente para la activación del personal médico y de enfermería según la naturaleza, el alcance e impacto del evento, en caso de requerir una respuesta aguda (1 a 15 días posteriores al evento) y según los planes operacionales de emergencia de estas instalaciones.
- El jefe de incidentes de cada *Hub* y *Spoke* gestionará que ocurra la comunicación necesaria con las instituciones que prestan servicios de salud cercanas para convocar el personal esencial, conforme a los servicios críticos establecidos en la priorización de servicios.
- Cada jefe de incidentes de los *Hubs* y *Spokes* gestionará la comunicación con las instituciones que prestan servicios de salud cercanas para que convoquen al personal esencial, conforme a los servicios críticos establecidos en la priorización de servicios.
- La fuerza laboral se reportará a su jefe designado en las respectivas instalaciones conforme al plan de rotación establecido por conducto de los planes operacionales de emergencias, según aplique.
  - El personal identificado como esencial en cada institución responderá al evento conforme a su plan de operación de emergencias y a sus capacidades actuales y potenciales, además coordinará sus servicios con los *Hubs* y *Spokes* correspondientes.
  - Durante la respuesta aguda, el jefe de incidentes de cada institución supervisará el volumen de pacientes que asiste y recibe servicios críticos y suministrará información a los *Hubs* y *Spokes* sobre la fuerza laboral disponible.
- El líder regional designado y el Equipo de Respuesta de la Coalición supervisarán, durante una respuesta aguda del evento, la necesidad de expandir el personal médico y de enfermería en la región a fin de activar el Cuerpo de Reserva Médica con los acuerdos que tenga esta organización con el personal voluntario. La coordinación deberá realizarse a través de la Organización de Voluntarios Activos en Desastres (VOAD, por sus siglas en inglés).
  - El líder regional designado por el Departamento de Salud coordinará, a través de la Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública, la activación de personal adicional de servicios médicos conforme a los procesos establecidos por dicha oficina. Además, se debe considerar el personal de transporte, entre otros, que no sean de naturaleza médica ni provean servicios de salud y que impacten la operación durante la emergencia o el desastre.
  - El líder regional del COE de Salud junto con el coordinador de la zona y el VOAD coordinarán con los *Hubs* y *Spokes* todo el personal médico y no-médico voluntario de la región para designarlos en las instalaciones o sectores que así lo requieran; sea en el ámbito de comunicaciones o transportación, entre otros servicios de apoyo que sean pertinentes al manejo de la emergencia o desastre.
- El líder regional designado, el coordinador interagencial, el director de la zona correspondiente y la Coalición coordinarán, junto con el personal de logística y los jefes de incidentes de los *Hubs* y *Spokes*, los recursos humanos necesarios para la distribución y designación del personal en las facilidades médicas alternas que debe manejar el Departamento de Salud, así como para los refugios administrados por el Departamento de Vivienda Pública y con las OMME correspondientes. Entre los servicios que deberán coordinar se encuentran los siguientes:

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

- la transportación desde el *Hub* principal regional o los subregionales hacia las facilidades de salud alternas, refugios administrados por el Departamento de Vivienda Pública o instituciones que prestan servicios de salud que necesiten hacer expansión médica por el alto volumen de pacientes con traumas o condiciones asociadas a la emergencia;
- la coordinación de alimentos y suministros, según los acuerdos establecidos en los planes operacionales de emergencias;

♦ La estructura de servicios de cernimiento clínico para urgencias y emergencias en los refugios serán coordinados por médicos primarios (grupos médicos, los IPA o Centros de Salud Primaria 330) una vez activado el acuerdo con el Cuerpo de Reserva Médica. El personal que trabaja en hospicios, hogares de ancianos, establecimientos de enfermería especializada y/o provee cuidados de salud en el hogar, será considerado como servicios de apoyo ante una expansión médica.

- El Cuerpo de Reserva Médica realizará la credencialización de todo personal médico, de servicios de salud y logística local o voluntario no registrado y definido en el protocolo establecido para estos fines.
- El director del NMEAD de la zona correspondiente y el líder designado del COE de Salud coordinarán la conectividad necesaria para entrar al acceso al sistema de credencialización de la Junta Examinadora que tiene acceso al Cuerpo de Reserva Médica. Dicha conectividad se realizará mediante la banda ancha de Internet ofrecida por el *FirstNet Responder Authority* o cualquier otro mecanismo disponible para acceder a este sistema, a la que NMEAD tenga acceso.
- Estos médicos primarios o voluntarios, así como el personal de servicios de salud y logística en los refugios, permitiría una coordinación de servicios apropiada en los niveles de cuidado (primario, secundario, terciario o supraterciario) que correspondan facilitando la transferencia y el flujo de pacientes, por medio de:
  - referidos a servicios de salud por instalación aplicable;
  - modo de transportación médico o no-médico (*ambulette*) según el nivel de trauma o diagnóstico; y
  - redistribución de pacientes para referido a especialistas sin traslado a sala de emergencias.
- En caso de que el evento sea de carácter catastrófico y el personal no sea suficiente en una respuesta aguda (durante los primeros 15 días), el Departamento de Salud de la Región coordinará la activación de los programas intramurales de las instituciones académicas. Designará dicho personal conforme a las necesidades que surjan en los municipios. En este último caso, el líder regional designado, las OMME que apliquen y los jefes de incidentes de los *Hubs* y *Spokes* coordinarán el personal médico necesario y de apoyo en las instalaciones que correspondan.

La sección de fuerza laboral toma en consideración conversaciones y acuerdos con las uniones laborales en caso de ser necesario, comprendiendo que estas estrategias están ligadas a una respuesta ante emergencias.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

ACUERDOS COLABORATIVOS Y ASISTENCIA EXTERNA

Para las instituciones que prestan servicios de salud que integran la región y son proveedores participantes de *Medicare* (incluyendo la Parte C, *Medicare Advantage*) será compulsorio el desarrollo y la planificación de acuerdos colaborativos, conforme la reglamentación federal.[16] Además, como parte de los esfuerzos de colaboración entre las entidades y las agencias municipales, estatales y federales, todas las instituciones—según definidas en las leyes federales—deberán formar parte de la Coalición de Servicios de Salud a nivel regional. Los Centros de Servicios para *Medicare* y *Medicaid* (CMS) así lo requieren como parte de la reglamentación para emergencias.[17]

Uso de los programas de práctica intramural como expansión de la fuerza laboral

- El líder regional designado por el Departamento de Salud solicitará la siguiente información de las instituciones que prestan servicios de salud de todas las instituciones, a través de la Coalición y a los jefes de incidentes de los *Hubs* y *Spokes*:
  - el nombre de la institución;
  - el listado de acuerdos escritos o verbales;
  - los servicios impactados;
  - las organizaciones o entidades involucradas en el acuerdo; y
  - la vigencia, si alguna, durante la emergencia o el desastre.

- El líder designado por el Secretario de Salud para el COE regional coordinará el acuerdo de colaboración con las instituciones académicas con facultades especializadas y con programas de práctica intramural en el área de medicina y servicios ancilares. A continuación se ofrece un listado de las instituciones académicas que cuentan con prácticas intramurales y servicio de enfermería y ancilares:
  - Servicios de enfermería y ancilares:
    - Universidad de Puerto Rico, Recinto de Arecibo
    - Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto de Arecibo

Priorización de la distribución de suministros en la región

La distribución de suministros o suplidos es un factor esencial de apoyo en la región. Durante la fase de respuesta a una emergencia es fundamental la provisión de agua potable, oxígeno, gases de uso médico y combustible, y el aumento de la capacidad para distribuir y acceder a medicamentos para atender a la población en la región.

El líder regional designado, el director de la zona correspondiente y mediante coordinación con la Coalición, el coordinador interagencial en las zonas o jefes de incidentes de los *Hubs* y *Spokes*

---

[16] *42 CFR 482.15 (b)(7)*: "El desarrollo de acuerdos con otros hospitales y otros proveedores para recibir pacientes en el evento de limitaciones o cese de operaciones para mantener la continuidad de servicios a pacientes de hospital."

[17] *Public Readiness and Emergency Preparedness Act of December, 2005.*

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

procesarán las solicitudes o requisiciones de los siguientes suministros o suplidos, de la siguiente manera.

Agua potable[18]

El líder regional del COE de Salud designado y el coordinador de la zona coordinarán con la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados (AAA) la distribución prioritaria de agua potable certificada por los estándares de la Agencia de Protección Ambiental (EPA, por sus siglas en inglés) y bajo las consideraciones de la Ley de Agua Potable en P.R., a las instalaciones designadas como *Hubs* y *Spokes* y a los centros de servicios de diálisis en la región.

- El jefe de incidentes de los *Hubs* y *Spokes* será el encargado de solicitar formalmente el suministro de agua potable cuando la institución carezca de este recurso.
  - Cuando el *Hub* y/o *Spoke* no disponga de este suministro, el jefe de incidentes lo solicitará al coordinador interagencial del Departamento de Salud del NMEAD de la zona correspondiente.
  - El coordinador interagencial y el líder regional designado del Departamento de Salud referirán la solicitud al coordinador regional de la AAA para facilitar la distribución de este servicio a los *Hubs* y *Spokes*.
  - El coordinador regional de AAA procederá a comunicar al líder designado regional del Departamento de Salud el itinerario de entrega del suministro y este último comunicará el itinerario al jefe de incidentes del *Hub* o *Spoke*. Para facilitar la entrega expedita del suministro a la institución que así lo solicite, se procederá con una entrega simultánea.
- El líder regional designado y el coordinador interagencial del NMEAD de la(s) zona(s) que corresponda supervisarán periódicamente los abastos de agua potable en los *Hubs* y *Spokes* a través de los jefes de incidentes de estas instituciones.
  - Los jefes de incidentes de los *Hubs* y *Spokes* presentarán una solicitud de reabastecimiento de agua potable cuando los niveles lleguen a un 30 por ciento de capacidad (30%) al coordinador interagencial del Departamento de Salud en la(s)zona(s) que corresponda o a través de la Coalición, lo que ocurra primero.
  - La Coalición o el coordinador interagencial del NMEAD de la(s) zona(s) que corresponda referirán la solicitud de reabastecimiento al líder designado de la AAA en el COE de la(s) zona(s) que corresponda.
  - Se procederá con la solicitud al coordinador de la AAA, según descrito.

Combustible

El combustible, en cualquiera de sus modalidades (gasolina, diésel, gas propano), es uno de los recursos esenciales en un evento de emergencia de nivel moderado o catastrófico. Este recurso es altamente necesario para el funcionamiento de la región y de prioridad en la distribución para los *Hubs* y *Spokes,* así como los centros de diálisis comprendidos en la Red de Respuesta.

---

[18] *Safe Water Drinking Act, Title XIV of the Public Health Service Act.* Ley Núm. 5 del 21 de julio de 1977, según enmendada hasta el 1997, Ley para proteger la pureza de las aguas potables de Puerto Rico.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

- Cuando una instalación carezca de combustible y el suplidor no pueda proveer este recurso, el jefe de incidentes solicitará el combustible a los *Hubs* o a los *Spokes* y a través de éstos se gestionará su distribución.
  - El líder designado de Salud y el director de la(s) zona(s) que corresponda del NMEAD coordinarán junto a la OPCRSP a nivel regional la distribución de combustible según sea la necesidad y prioridad identificada a través de los *Hubs* y *Spokes*.

Aumento de la capacidad de medicamentos

Durante la fase aguda de una emergencia o un desastre es fundamental distribuir y despachar medicamentos para evitar la congestión de recetas médicas de pacientes con diferentes tipos de traumas. Para ello:

- El líder regional designado coordinará con el Secretario de Salud de P.R. la orden administrativa de emergencia estatal que proveerá la siguiente información:
  - el listado de medicamentos preferidos y priorizados para la emergencia o el desastre;
  - el proceso de despacho según políticas médicas y categorías terapéuticas aplicables bajo la emergencia; y
  - las reglas de procesamiento de reclamaciones bajo el beneficio de farmacias de los planes médicos serán gestionadas por el Administrador del Beneficio de Farmacias (*Pharmacy Benefit Manager* o PBM, por sus siglas en inglés).
    - En el caso de los programas de cobertura de beneficios procedentes de programas federales como *Tricare* y *Medicare*[19], aplicarían los requisitos que correspondan bajo el salvoconducto 1135.[20]
- Una vez emitida la orden administrativa estatal para aumentar la capacidad de medicamentos en la región, el líder regional designado comunicará esta orden a los *Hubs* y *Spokes* a través de la Coalición. Los jefes de incidentes de estas instalaciones distribuirán la orden administrativa a todas las instituciones que prestan servicios de salud de las correspondientes subregiones.
  - El líder regional designado proveerá la orden administrativa a los planes médicos comerciales y a los participantes del Plan Vital (Plan de Salud del Gobierno o *Managed Medicaid Plan*), incluyendo el programa *Medicare* Platino de *Medicare-Medicaid*. También ofrecerá copia del salvoconducto 1135 a los planes *Advantage* de *Medicare*, en caso de que la emergencia o el desastre tenga una declaración presidencial.
- El líder regional designado y el representante de la Coalición validarán las droguerías (Centro de distribución de medicamentos) que tengan el potencial de aumentar su inventario de medicamentos.

Por otro lado, la Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública activará el protocolo relacionado al Programa de reserva estratégica nacional (*Strategic National Stockpile*

---

[19] *42 CFR 482-498 Subpart G Standards and Certification, Medicare and Medicaid Programs; Emergency Preparedness Requirements for Participating Providers and Suppliers; Final Rule.*

[20] *Robert T. Stafford Disaster Relief and Emergency Assistance Act, Public Law 93-288, as amended, 42 U.S.C. 5121 et seq., and Related Authorities United States Code, Title 42. The Public Health and Welfare, Chapter 68. Disaster Relief.*

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Program),[21] en caso de que esta capacidad se redujera significativamente por debajo del 30 por ciento (30%).

Capacidad de uso e instalación de unidades móviles de estaciones médicas federales y hospitales portátiles

- Una vez realizada la evaluación de las situaciones de emergencia y se establezca la necesidad de expandir los servicios médicos, la OPCRSP y el líder regional designado coordinarán el montaje de los hospitales portátiles o estaciones médicas federales (FMS, por sus siglas en inglés) en los lugares que ya están pre designados y aprobados, de acuerdo con la necesidad en la región, según el impacto y el alcance del evento. De ser necesario, se solicitará el Equipo de Asistencia Médica para Desastres (DMAT, por sus siglas en inglés) y una vez aprobado, el equipo llegará en un tiempo estimado de 72 horas.
- La expansión de los servicios médicos se realizaría en los predios de la Misión Evangélica Cristiana de Arecibo (FMS).
- El líder regional designado coordinará el proceso de credencialización para el personal médico a través del Cuerpo de Reserva Médica, para los voluntarios en Puerto Rico; o a través de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica, para el personal médico voluntario procedente de Estados Unidos, u otros lugares, que la requiera.

[21] Guía para la Planificación de la Expansión de la Capacidad y los Servicios Médicos (*Medical Surge*) de la Organización de Cuidado de Salud ante Incidentes de Víctimas en Masa, Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública, Departamento de Salud de Puerto Rico.

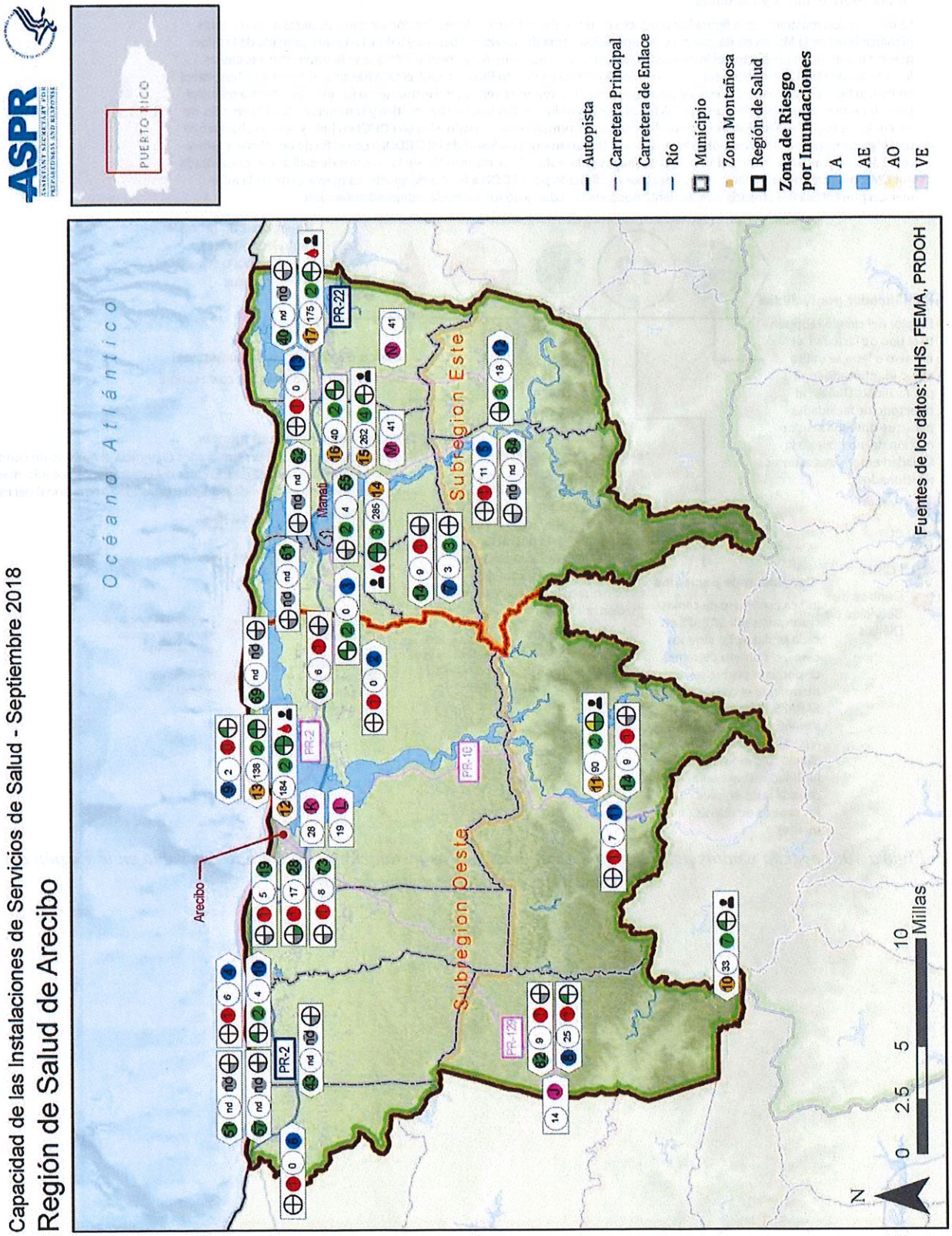
FOR REVIEW PURPOSE ONLY

CAPACIDAD DE LAS INSTALACIONES

INSTALACIONES

A continuación, las instalaciones de salud por hospitales, Centros de Diagnóstico y Tratamiento, Centros de Salud Primaria- 330 (FQHC) y centros de diálisis y sus capacidades.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY



Mapa 5: Capacidad de las instalaciones de servicios de salud en la Región de Salud de Arecibo, septiembre de 2018

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Notas sobre el mapa y los datos:

La información mostrada en la figura fue producto de múltiples esfuerzos de recolección de datos llevados a cabo por los planificadores de la Misión de Respuesta y Recuperación, rama de Servicios Sociales y Salud. La fuente primaria de la información mostrada es producto del instrumento Capacity and Capability Assesment (CCA) que se le suministró a todas las facilidades de salud que ofrecen servicios de cuidado crítico en Puerto Rico. En abril, el CCA fue suministrado a 65 hospitales en Puerto Rico, de los cuales 59 respondieron al mismo. Una segunda versión del instrumento fue llevada a cabo a 64 hospitales durante el mes de septiembre. El CCA fue enviado a todos los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT's) en julio, de los cuales se obtuvo un 82% de respuesta. Además, el instrumento fue enviado a los 66 FQHCs en julio y agosto obteniendo un 100% de respuesta. Información adicional por el Departamento de Salud de PR (PRDOH) con el fin de beneficiar el proceso de análisis y mostrar información mediante mapas (infográficas). La información de los centros de diálisis fue suminstrada por CMS, mientras que el estatus operacional fue confirmado por PRDOH a finales de agosto. La mayor parte de la información presentada fue ofrecida directamente por cada facilidad y no fue validada independientemente.

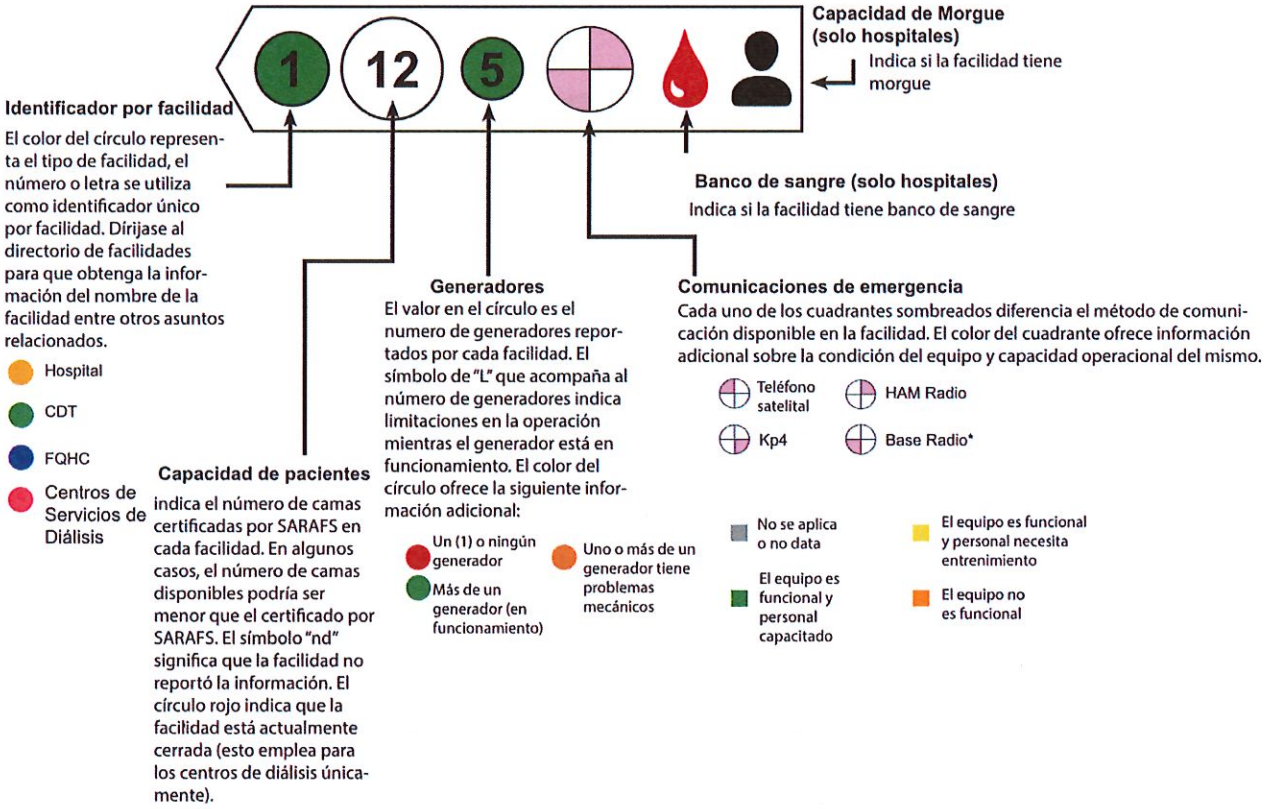
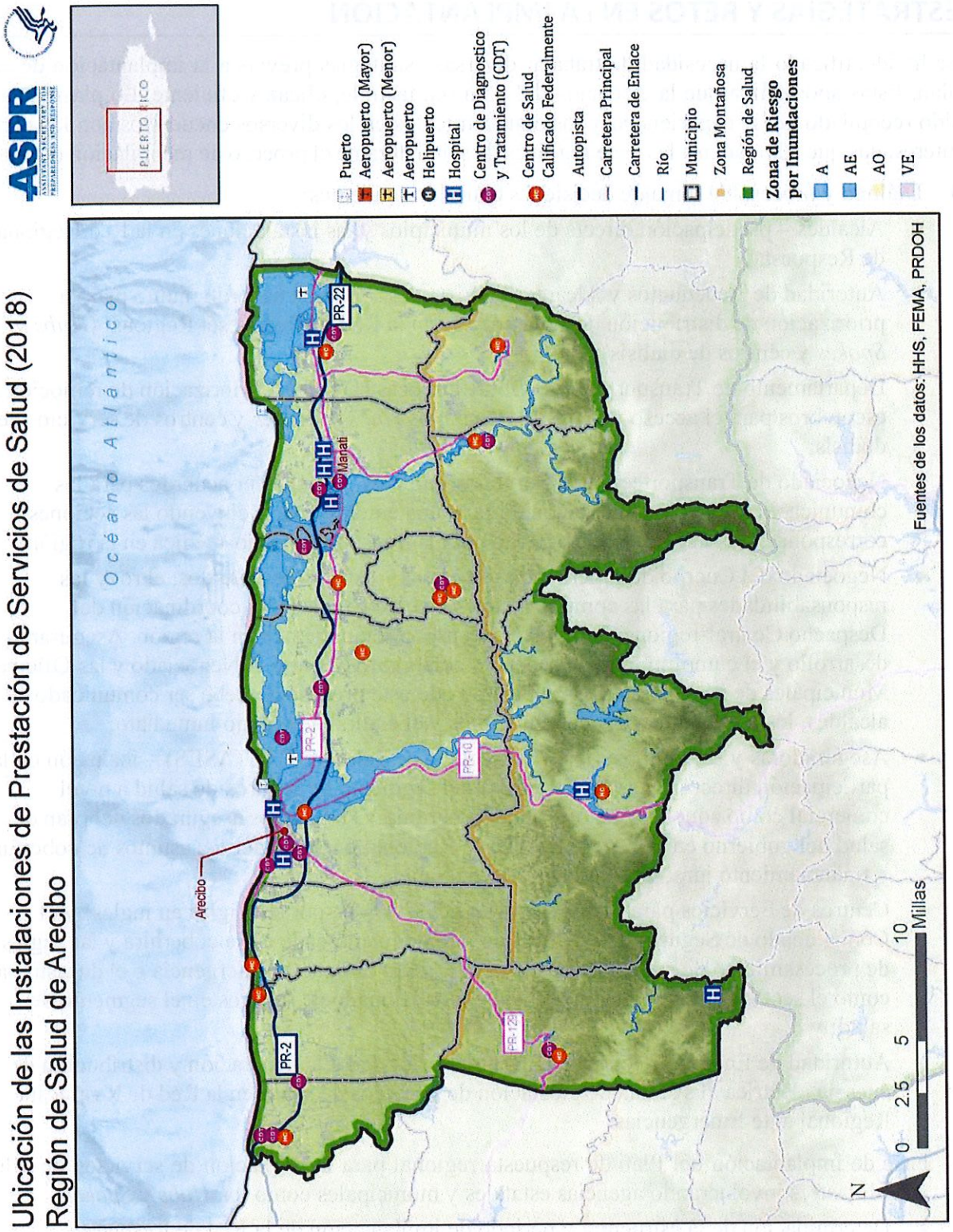


Figura 10: Leyenda y notas para el mapa: Capacidad de las instalaciones de servicios de salud en la Región de Salud de Arecibo, septiembre de 2018

FOR REVIEW PURPOSE ONLY



Mapa 6: Ubicación de las instalaciones de prestación de servicios de salud en la región de Arecibo, 2018

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

ESTRATEGIAS Y RETOS EN LA IMPLANTACIÓN

Se ha identificado la necesidad de trabajar diversas estrategias previas a la implantación de este plan. Éstas aportarán a que la ejecución del plan sea factible, eficaz y eficiente. Lo plasmado ha sido recopilado de las experiencias y los planteamientos en los diversos encuentros con las partes interesadas que responden a las siete regiones de salud durante el proceso de recopilación de datos.

- Diálogo y proceso de toma de decisiones entre los siguientes:
  - Alcaldes – participación directa de los municipios y las instalaciones en la Red Regional de Respuesta;
  - Autoridad de Acueductos y Alcantarillados – desarrollo de acuerdo mutuo para la priorización de distribución de agua potable en la Red de Respuesta Regional (*Hubs* y *Spokes* y centros de diálisis);
  - Departamento de Transportación y Obras Públicas (DTOP) – priorización de remoción de escombros para el acceso vial desde y hacia los *Hubs* y *Spokes* y centros de servicios de diálisis;
  - Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos – establecer acuerdos para las comunicaciones y la transportación durante una emergencia, incluyendo las acciones correspondientes al centro de despacho para la transportación no-médica en la región;
  - Negociado del Cuerpo de Emergencias Médicas – establecer acuerdos, el rol y las responsabilidades para las comunicaciones de emergencias y la coordinación del Despacho Central-regional para toda la transportación médica en la región. Asegurar el desarrollo y el cumplimiento de acuerdos colaborativos entre el Negociado y las Oficinas Municipales de Manejo de Emergencias. Todo este proceso de debe ser comunicado a los alcaldes, los administradores de municipios y el equipo de trabajo inmediato;
  - Aseguradoras y la Administración de Seguros de Salud de P.R. (ASES) – inclusión en la participación directa de las aseguradoras del segmento de seguros de salud a nivel comercial como aquellas que ofrecen el programa VITAL a los asegurados del plan de salud del gobierno en la Red de Respuesta Regional para atender los asuntos de cobertura y financiamiento junto al Departamento de Salud;
  - Centros de Servicios para *Medicare* y *Medicaid* (CMS, por sus siglas en inglés) y el Comisionado de Seguros de Puerto Rico – diálogo enfocado en la cobertura y las reglas de procesamiento de pago para el sector *Medicare* durante la emergencia o el desastre, así como el sector comercial regulado bajo el comisionado de seguros en el segmento de salud; y
  - Autoridad de Energía Eléctrica (AEE) – dar prioridad a la generación y distribución de energía eléctrica al sistema de prestación de servicios de salud en la Red de Respuesta Regional ante Emergencias.
- Fase de implantación del Plan de respuesta regional para la prestación de servicios de salud ante desastres involucrando agencias estatales y municipales como los *Hubs* y *Spokes*.
  - Determinación de la estructura y periodo de implantación de la Red de Respuesta Regional ante Emergencias para el sistema de prestación de servicios de salud a nivel regional.
  - Desarrollo de acuerdos de colaboración definiendo roles y responsabilidades entre el Departamento de Salud y los *Hubs* y *Spokes*.

- Coordinación de educación y comunicación masiva a la población a nivel estatal y regional sobre la utilización de los servicios de los médicos primarios y los *Hubs* y *Spokes* ante un evento moderado o catastrófico (previo y durante la implantación del plan).

- Evaluación, modificación y propuesta de reglamentación sobre cobertura y financiamiento de servicios de salud provistos durante una emergencia o un desastre.
  - En la cobertura de servicios de salud considerando los beneficios asociados a transportación médica y hospitalización.
  - Determinación de financiamiento de la cobertura de servicios de salud y reglas de pagos.
  - Desarrollo de políticas médicas asociadas a condiciones resultantes de una emergencia o un desastre.
- Desarrollo de acuerdos colaborativos para la movilización de pacientes o población de la región con organizaciones de transporte médico y no-médico a nivel regional.
- Designación única del especialista de la Coalición de Servicios de Salud y nombramiento del jefe del centro de mando de la Coalición de Servicios de Salud a nivel regional.
- Brindar adiestramientos relacionados a los servicios de diálisis a los municipios, líderes comunitarios, *Hubs* y *Spokes* y agencias gubernamentales a nivel estatal. Adiestramientos de servicios de diálisis en niños para que haya redundancia con el servicio que ofrece el Hospital Pediátrico, en caso de una emergencia.
- Integración de la Secretaría Auxiliar de Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS) durante la fase de preparación ante emergencias para agilizar los procesos de acreditación de las instituciones alternas que prestan servicios de salud. Además, se debe incorporar, en la discusión del modelo de *Hub-and-Spoke*, a todas las dependencias que tendrán una relación inherente al proceso como las oficinas de asesores legales, compra, contratos, los programas categóricos y la Administración de Servicios de Salud y contra la Adicción, entre otras.
- Establecer un programa de entrenamiento múltiple (*cross-trainings*) para el personal del Departamento de Salud que no tiene un rol en la respuesta e integrarlos con roles y responsabilidades asociados a la Red Regional.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

REFERENCIAS

Aday, L. A. (1994). Health Status of Vulnerable Populations. Annual Review of Public Health, 15(1), 487-509. doi:10.1146/annurev.pu.15.050194.002415

Alameda, J. I., Ph.D. (2013). The Demand and Supply of Physicians in Puerto Rico: Historical Trends and Forecasting 2013 to 2019. Puerto Rico Department of Health. Recuperado de http://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y-Públicaciones/Públicaciones/Estudio oferta y demanda prof alameda-FINAL feb 14 2014 Demand and Supply of Physicians in Puerto.pdf

American Fact Finder. (October 05, 2010). Recuperado de https://factfinder.census.gov/faces/nav/jsf/pages/community_facts.xhtml

Cavanaugh, R. (November 20, 2012). Meridian Health Announces Financial Support for Super Storm Sandy. Recuperado de https://www.meridianhealth.com/media/press-releases/2012/meridian-health-announces-financial-support-for-super-storm-sandy.aspx

Center for Clinical Standards and Quality/Survey & Certification Group. (June 02, 2017,). Requirement to Reduce Legionella Risk in Healthcare Facility Water Systems to Prevent Cases and Outbreaks of Legionnaires' Disease (LD) [Carta dirigida a Directores de Agencias de Encuestas Estatales]. Centers for Medicare & Medicaid Services, Baltimore, MD.

Centers for Disease Control and Prevention. (2016). 2016 BRFSS Survey Data and Documentation. Recuperado de https://www.cdc.gov/brfss/annual_data/annual_2016.html

Centers for Disease Control and Prevention. (September 12, 2018). CDC's Social Vulnerability Index (SVI). Recuperado de https://svi.cdc.gov/

Centers for Medicare and Medicaid Services, HHS, Subchapter C Medical Assistance Programs, 42 C.F.R. sec. 430 – 456 (2018).

Centers for Medicare and Medicaid Services, HHS, Subchapter D Children's Health Insurance Program, 42 C.F.R. § 457 (2018).

Centers for Medicare and Medicaid Services, HHS, Subchapter E Programs for All-Inclusive Care for the Elderly, 42 C.F.R. § 460 (2018).

Centers for Medicare and Medicaid Services, HHS, Subchapter F Quality Improvement Organizations, 42 C.F.R. sec. 475 – 480 (2018).

Centers for Medicare and Medicaid Services, HHS, Subchapter G Standards and Certification, 42 C.F.R sec. 482 – 498 (2018).

Centers for Medicare and Medicaid Services. (Rev. 125, 02-10-2017). Medicare Managed Care Manual. Recuperado de https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/mc86c01.pdf

Centers for Medicare and Medicaid Services. (s.f.). Providers/Suppliers Facilities Impacted by the Emergency Preparedness Rule. Recuperado de https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/SurveyCertEmergPrep/Downloads/17-Facility-Provider-Supplier-Types-Impacted.pdf

Centers for Medicare and Medicaid Services. (s.f.). Transfer Agreement Example. Recuperado de https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/SurveyCertEmergPrep/Downloads/Facility-Transfer-Agreement-Example.pdf

Centers for Medicare and Medicaid. (2017). State Operations Manual Appendix Z- Emergency Preparedness for All Provider and Certified Supplier Types: Interpretive Guidance. Recuperado de https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/SurveyCertEmergPrep/Downloads/Advanced-Copy-SOM-Appendix-Z-EP-IGs.pdf

Central Intelligence Agency. (s.f.). The World Factbook: Hospital Bed Density. Recuperado de https://www.cia.gov/library/Públications/the-world-factbook/fields/2227.html

Central Intelligence Agency. (s.f.). The World Factbook. Recuperado de https://www.cia.gov/library/Públications/the-world-factbook/

Crespo, W. (s.f.). Universidad Central de Bayamón [Plantillas de Powerpoint].

DC Emergency Healthcare Coalition. (2014). Volunteer Management and Use in CHCs and SNFs A Template for Response Procedures. ASPR TRACIE. Recuperado de https://files.asprtracie.hhs.gov/documents/28-dcehc-volunteer-management-and-use-in-chcs-and-snfs-508.pdf

Departamento de Salud de Puerto Rico. (2014). Análisis de Amenazas, Vulnerabilidades y Riesgos de los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental de Puerto Rico: 2012-2013, Región de Arecibo.

Departamento de Salud de Puerto Rico. (2015). Comisión para la Prevención del Suicidio. Recuperado de http://www.salud.gov.pr/Dept-de-Salud/Pages/Unidades-Operacionales/Comision-para-la-Prevencion-de-Suicidio.aspx

Departamento de Salud de Puerto Rico. (2017). Plan de Preparación a Emergencias de la Coalición de Servicios de Salud de Puerto Rico, 2017-2018.

Departamento de Salud de Puerto Rico. (2018). Plan Operacional de Emergencias, Región Oeste Mayagüez-Aguadilla 2018-2019.

Departamento de Salud de Puerto Rico. (s.f.). Coaliciones de Servicios de Salud. Recuperado de http://www.salud.gov.pr/Profesionales-y-Proveedores/Pages/Proveedores/Coaliciones-de-Servicios-de-Salud.aspx

Departamento de Salud de Puerto Rico. (s.f.). Recuperado de http://www.salud.gov.pr/

Departamento de Transportación y Obras Públicas. (2018). Plan Operacional de Emergencia.

Departamento del Trabajo y Recursos Humanos. (2017). Estadísticas de Desempleo por Municipios. Recuperado de https://estadisticas.pr/files/inventario/delitos_tipo_i/2017-08-17/DTRH_LAUS_201706.pdf

Descripción de la División de Emergencias Médicas Municipal. (s.f.). Recuperado de http://www.mayaguezpr.com/servicios/emergenciasmedicas/index.html

Directorio de Ambulancias. Descargado de https://directoriodepr.com/categorias/categ-ambulancias.html

Division of the Civilian Volunteer - Medical Reserve Corps. (s.f.). Recuperado de https://mrc.hhs.gov/pageviewfldr/About

Eastern Virginia Healthcare Coalition. (2016). Continuity of Operations Plan (COOP) Guide for Disaster Avoidance, Preparation and Recovery. ASPR TRACIE. Recuperado de https://files.asprtracie.hhs.gov/documents/evhc-coop-plan-rev-12-20-2016-redacted.pdf

El Consejo Renal de Puerto Rico. (s.f.). Recuperado de http://www.consejorenal.org/

El Nuevo Día. (s.f.). Recuperado de https://www.elnuevodia.com/

Elrod, J. K., & Fortenberry, J. L. (2017). The Hub-and-Spoke organization design: An avenue for serving patients well. BMC Health Services Research,17(S1). doi:10.1186/s12913-017-2341-x

Emergency Management Assistance Compact. (s.f.). Recuperado de https://www.emacweb.org/index.php/learn-about-emac/what-is-emac

Emergency Medical Services Authority California Health and Human Services Agency. (2018). EMS Personnel Mutual Aid Compendium. Recuperado de https://emsa.ca.gov/wp-content/uploads/sites/71/2017/10/Mutual-Aid2018.pdf

Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA), 42 U.S.C. §1395dd(E) (1986).

Estado Libre Asociado de Puerto Rico Agencia Estatal de Manejo de Emergencias y Administración de Desastres. (2008). Plan de Operaciones de Emergencia. Recuperado de http://www.gobierno.pr/NR/rdonlyres/9B7EDA9E-1D6F-4375-9E85-2507EDDE7BDF/0/PlanEstatalOperacional03302008.pdf

Estudios Técnicos Inc. (2016). PUERTO RICO: 2016 - 2030. Recuperado de http://www.estudiostecnicos.com/projects/pr2030/PR-2030-Compendio-Nov-4-2016-Final.pdf

Federal Emergency Management Agency. (September 28, 2017,). Puerto Rico Road Status as of September 28, 2017 [Mapa]. Recuperado de https://www.fema.gov/media-library/assets/images/143781

Federal Emergency Management Agency. (2018). Disaster Unemployment Assistance Fact Sheet. Descargado de https://www.fema.gov/media-library/assets/documents/24418

Federal Emergency Management Agency. (2018). FEMA Incident Complex Publications.

Federal Emergency Management Agency. (2018). Mapas de Niveles de Inundación Base Recomendados. Recuperado de http://cedd.pr.gov/fema/

Federal Emergency Management Agency. (s.f.). Emergency Support Function #8 - Public Health and Medical Services Annex. Recuperado de https://www.fema.gov/media-library-data/20130726-1825-25045 8027/emergency_support_function_8_public_health___medical_services_annex_2008.pdf

Figueroa Rodríguez, R., Soto Santoni, C., & Rodríguez, I. (2017). Informe de Enfermedades Crónicas, Puerto Rico 2013-2015. Departamento de Salud de Puerto Rico.

Flanagan, B. E., Gregory, E. W., Hallisey, E. J., Heitgerd, J. L., & Lewis, B. (2011). A Social Vulnerability Index for Disaster Management. Journal of Homeland Security and Emergency Management, 8(1). doi:10.2202/1547-7355.1792

Gobierno de Puerto Rico. (2017). Hurricanes Irma And Maria PRDoH Emergency Operations, After-Action Report/Improvement Plan.

Gobierno de Puerto Rico. (s.f.). Directorio de Municipios de Puerto Rico. Recuperado de http://www2.pr.gov/directorios/pages/directoriodemunicipios.aspx

Health Insurance Portability and Accountability Act, 42 U.S.C. § 300gg and 29 U.S.C § 1181 et seq. and 42 USC 1320d et seq. (1996).

HHS Recovery Mission. (May 8, 2018,). Challenges and Lessons Learned Regarding Workforce During a Natural Disaster [Plantillas de Powerpoint].

Hodge, J. G., & Brown, E. F. (2011). Assessing Liability for Health Care Entities that Insufficiently Prepare for Catastrophic Emergencies. Jama, 306 (3). Recuperado de https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1104103.

Hoffman, S. (2008). Preparing for disaster: Protecting the most vulnerable in emergencies. UC Davis L. Rev., 42, 1491.

Holder, S. (2017). What Happens to Ambulance Calls When Uber Enters a City. Recuperado de https://www.citylab.com/transportation/2017/12/the-new-uber-for-ambulances-isuber/548825/

Instituto Desarrollo Juventud. (s.f.). Gobierno de Puerto Rico. (2017). Hurricanes Irma And Maria PRDoH Emergency Operations, After-Action Report/Improvement Plan. Recuperado de http://juventudpr.org/

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (s.f.). Recuperado de https://media.ifrc.org/ifrc/

Irizarry Mora, J. (s.f.). Healthcare Professions Supply and Demand: US & PR General Data [Plantillas de Powerpoint].

Kearns, R., Skarote, M., Peterson, J., Stringer, L., Alson, R., Cairns, B., Winslow, J. (2014). Deployable, portable, and temporary hospitals; one states experiences through the years. American Journal of Disaster Medicine, 9(3), 195-210. doi:10.5055/ajdm.2014.0171

Kishore, N., Marqués, D., Mahmud, A., Kiang, M. V., Rodriguez, I., Fuller, A., Buckee, C. O. (2018). Mortality in Puerto Rico after Hurricane Maria. New England Journal of Medicine, 379(2), 162-170. doi:10.1056/nejmsa1803972

Krajewski, B. (April 1, 2015). First patient admitted to Winston Medical Center Transitional Facility. Recuperado de https://www.winstonmedical.org/about-us/tornado/

La Asociación de Hospitales de Puerto Rico. (2018). Acciones recomendadas para hospitales en preparación de huracanes: La experiencia de los huracanes Irma y María.

Ley Núm. 14 del 2017, según enmendada, conocida como Ley de Incentivos para la Retención y Retorno de Profesionales Médicos (12 L.P.R.A. sec. 10871 – 10887).

Ley Núm. 20 del 2017, según enmendada, conocida como Ley del Departamento de Seguridad Pública de Puerto Rico (25 L.P.R.A. sec. 3501 – 3714).

Ley Núm. 103 del 2011, para enmendar el Artículo 41.050 de Ley Núm. 77 de 1957; Código de Seguros de Puerto Rico; para enmendar el inciso (a) del Artículo 2 de la Ley Núm. 104 de 1955; y para enmendar el Artículo 7 de la Ley Núm. 136 de 2006.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Ley Núm. 121 del 1986, según enmendada, conocida como Ley de la Carta de Derechos de la Persona de Edad Avanzada (8 L.P.R.A. sec. 341 – 347).

Ley Núm. 136 del 2006, conocida como Ley de Centros Médicos Académicos Regionales de Puerto Rico.

Ley Núm. 139 del 1976, según enmendada, conocida como Ley del Buen Samaritano 20 (L.P.R.A. § 31).

Ley Núm. 225 del 1974, según enmendada, conocida como Ley del Servicio de Ambulancias en Puerto Rico (27 L.P.R.A. sec. 2101 – 2111).

Los Angeles County Emergency Medical Services Agency. (2017). Evacuation and Shelter in Place Guidance for Healthcare Facilities. Recuperado de https://www.calhospitalprepare.org/post/evacuation-and-shelter-place-guidelines-healthcare-entities

Madrigano, J., Chandra, A., Costigan, T., & Acosta, J. D. (2017). Beyond Disaster Preparedness: Building a Resilience-Oriented Workforce for the Future. International Journal of Environmental Research and Public Health, 14(12), 1563. doi:10.3390/ijerph14121563

Marrow, B. H., & Gladwin, H. (2014). Puerto Rico Hurricane Evacuation Study Behavioral Analysis. doi:10.13140/2.1.1909.5049

Medicare and Medicaid Programs; Emergency Preparedness Requirements for Medicare and Medicaid Participating Providers and Suppliers, 81 FR 63859 (2016).

Meléndez, E., & Hinojosa, J. (2017). Estimates of Post-Hurricane Maria Exodus from Puerto Rico. Center for Puerto Rican Studies Hunter College, CUNY. Descargado de https://centropr.hunter.cuny.edu/sites/default/files/RB2017-01-POST-MARIA%20EXODUS_V3.pdf

Middle Class Tax Relief and Job Creation Act, 26 U.S.C. sec. 1001 –7003 (2012).

Milken Institute of Public Health. (2018). Ascertainment of the Estimated Excess Mortality from Hurricane María in Puerto Rico. Washington, DC: The George Washington University. Recuperado de https://publichealth.gwu.edu/sites/default/files/downloads/projects/PRstudy/Acertainment of the Estimated Excess Mortality from Hurricane Maria in Puerto Rico.pdf

Moreno-Angarita, M., Cortés-Reyes, E., Cárdenas-Jiménez, A., Giraldo-Rátiva, Z., & Mena-Ortiz, L. (2013). Valoración ocupacional de las personas con discapacidad, desde la perspectiva de las capacidades humanas. Revista De Salud Pública, 15(5), 764-777. Descargado de https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludPública/article/view/39909/62132.

Natural Hazards and Disasters: Landslides in Puerto Rico. (s.f.). Descargado de https://www.mona.uwi.edu/uds/Land_Puerto_Rico.html

Negociado de Manejo de Emergencias y Administración de Desastres de Puerto Rico. (2018). Plan Operacional Conjunto para Incidentes Catastróficos.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Negociado del Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico. (2017). Operaciones [Mapa]. En Negociado Del Cuerpo De Emergencias Médicas De Puerto Rico Operaciones. Recuperado de http://www.cempr.pr.gov/Pages/Operaciones.aspx

Negociado del Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico. (s.f.). Índice Protocolos. Recuperado de http://www.cempr.pr.gov/ProtocoloAgencia/Protocolo Medico/INDICE PROTOCOLOS.pdf

Negociado del Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico. (s.f.). Flujograma de Despacho [Diagrama]. Descargado de http://www.cempr.pr.gov/ProtocoloAgencia/Flujograma/Flujograma de Despacho.pdf

Negociado del Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico. (s.f.). Protocolo de evaluación inicial de pacientes [Diagrama]. Recuperado de http://www.cempr.pr.gov/ProtocoloAgencia/Protocolo Medico/1-0 Protocolo de evaluacion inicial de pacientes REV-16.pdf

Negociado del Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico. (s.f.). Directorio Telefónico. Descargado de http://www.cempr.pr.gov/Pages/Directorio-Telefonico.aspx

Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response & U.S. Department of Health & Human Services. (August 10, 2018). Taller de la Región de Mayagüez. Mayagüez Holiday Inn.

Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response & U.S. Department of Health & Human Services. (July 26-August 17, 2018). Stakeholder Meetings. Varios sitios.

Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response & U.S. Department of Health & Human Services. (2018). Capacity and Capability Survey Analysis, Formulario de Recopilación de Información sobre Acuerdos Colaborativos Organizacionales a Nivel Regional, Región Metro 2018.

Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response, & U.S. Department of Health & Human Services. (2018). Capacity and Capability Survey Analysis.

Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response, & U.S. Department of Health & Human Services. (2018). Healthcare Critical Facility Visits & Survey [Encuesta].

Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response, & U.S. Department of Health & Human Services. (2018). Capacity and Capability Survey Analysis for Hospitals.

Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response, & U.S. Department of Health & Human Services. (2018). Capacity and Capability Survey Analysis for CDTs.

Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response, & U.S. Department of Health & Human Services. (2018). Capacity and Capability Survey Analysis for FQHCs.

Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response, U.S. Department of Health & Human Services & Americares. (Augsut 17, 2018). Reunión Regional Sectorial – Región de Salud Metro. Hyatt Place San Juan City.

Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response. (2012). Healthcare Preparedness Capabilities: National Guidance for Healthcare System Preparedness: January

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

2012. Recuperado de https://www.phe.gov/preparedness/planning/hpp/reports/documents/capabilities.pdf

Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response. (2015). Healthcare COOP & Recovery Planning. Recuperado de https://www.phe.gov/Preparedness/planning/hpp/reports/Documents/hc-coop2-recovery.pdf

Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response. (2015). NIMS Implementation for Healthcare Organizations Guidance. Recuperado de https://www.phe.gov/Preparedness/planning/hpp/reports/Documents/nims-implementation-guide-jan2015.pdf

Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response. (2018). Tips for Retaining and Caring for Staff after a Disaster. Descargado de https://files.asprtracie.hhs.gov/documents/tips-for-retaining-and-caring-for-staff-after-disaster.pdf

Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response. (2016). 2017-2022 Health Care Preparedness and Response Capabilities. Recuperado de https://www.phe.gov/Preparedness/planning/hpp/reports/Documents/2017-2022-healthcare-pr-capablities.pdf

Oficina de Gerencia y Presupuesto. (s.f.). Recuperado de http://www.ogp.pr.gov/

Oficina de Preparación y Coordinación de la Respuesta en Salud Pública. (s.f.). Guía para la Planificación de la Expansión de la Capacidad y los Servicios Médicos (*Medical Surge*) de la Organización de Cuidado de Salud ante Incidentes con Víctimas en Masa. Departamento de Salud de Puerto Rico. Recuperado de http://www.salud.gov.pr/Profesionales-y-Proveedores/Documents/Guía para la Planificación de la Expansión de la Capacidad y los Servicios Médicos ante Incidentes con Víctimas en Masa.pdf

Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública. (2018). Coordinadores Interagenciales.

Pandemic and All-Hazards Preparedness Act. Public Law 109-417. (2006)

Patiño, A. M., Marsh, R. H., Nilles, E. J., Baugh, C. W., Rouhani, S. A., & Kayden, S. (2018). Facing the Shortage of IV Fluids — A Hospital-Based Oral Rehydration Strategy. New England Journal of Medicine,378(16). Recuperado de https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1801772

Programa SDC U.S. Census Bureau. (2014). Encuesta de la Comunidad, 2010-14.

Public Health Emergency. (s.f.). Recuperado de https://www.phe.gov/preparedness/pages/default.aspx

Public Health Services, HHS, Subchapter D Part 51c Grants for Community Health Services, 42 C.F.R. sec. 51c.101– 51c. 507 (2018).

Public Health Services, HHS, Subchapter D Part 56 Grants for Migrant Health Services, 42 C.F.R. sec. 56.201 – 56.604 (2018).

Public Readiness and Emergency Preparedness Act, 42 U.S.C. §247d -6d (2005).

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Public Safety Communications and Electromagnetic Spectrum Auctions, 47 U.S.C. sec. 1401–1404 (2012).

Puerto Rico Primary Care Office. (2016). 2015 Puerto Rico Primary Care Needs Assessment. Departamento de Salud de Puerto Rico. Recuperado de http://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y-Públicaciones/Públicaciones/2015 Puerto Rico Primary Care Needs Assesment.pdf

Robert T. Stafford Disaster Relief and Emergency Assistance Act, 42 U.S.C. sec. 5121-5207 (1974).

Safe Water Drinking Act, 42 U.S.C. §300f et seq. (1974).

Sánchez Hernández, E. (s.f.). The Physicians Workforce in Puerto Rico: A Health Planning Perspective [Plantillas de Powerpoint].

Saurí, H. (s.f.). Manual de Procedimientos Operacionales. Negociado del Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico. doi:http://www.cempr.pr.gov/Documents/MANUAL_DE_OPERACIONES_CEMPR_-_REVISION_OCT_2012.pdf

Saurí, H. (s.f.). Protocolo de Transporte Pre-Hospitalario. Negociado del Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico. Descargado de http://www.cempr.pr.gov/ProtocoloAgencia/Protocolo Medico/PROTOCOLO_MEDICO_DE_TRANSPORTE_PRE-HOSPITALARIO.pdf

Servicio Nacional Meteorología, Administración Nacional Oceánica y Atmosférica (2018). Climate Review for PR and USVI – May 2018. Departamento de Comercio de los EE.UU.

South Carolina Hospital Association. (2018). SC Hospitals Rise Above the Flood. Recuperado de https://www.scha.org/news/sc-hospitals-rise-above-the-flood

The Federal Tort Claims Act (FTCA), 28 U.S.C. § 1346(b), 2671-2680 (1946).

The Joint Commission. (2016). Emergency Management Standards Supporting Collaboration Planning. Descargado de https://www.jointcommission.org/assets/1/6/EM_Stds_Collaboration_2016.pdf

Tierney, K. J., Lindell, M. K., & Perry, R. W. (2001). Facing the unexpected: Disaster preparedness and response in the United States. Washington, District of Columbia: Joseph Henry Press. doi:https://doi.org/10.17226/9834

U.S. Census Bureau QuickFacts: UNITED STATES. (s.f.). Recuperado de https://www.census.gov/quickfacts/fact

U.S. Census Bureau. (2016). 2012-2016 American Community Survey 5-Year Estimates.

U.S. Census Bureau. (2016). American Community Survey. Recuperado de https://www.census.gov/acs/www/data/data-tables-and-tools/data-profiles/2016/

U.S. Census Bureau. (2017). Puerto Rico Community Survey. Recuperado de https://www.census.gov/programs-surveys/acs/about/puerto-rico-community-survey.html

U.S. Small Business Administration. (s.f.). Disaster Loan Assistance. Recuperado de https://www.sba.gov/loans-grants/see-what-sba-offers/sba-loan-programs/disaster-loans

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Unidad de Ciencias Geomáticas de la OPCRSP del Departamento de Salud. (s.f.). HVA-HCC Bayamón Region 2018 [Plantillas de Powerpoint].

Universidad de Puerto Rico Recinto Universitario de Mayagüez Departamento de Geología. (2018). Red Sísmica de Puerto Rico. Recuperado de https://redsismica.uprm.edu

Universidad de Puerto Rico Recinto Universitario de Mayagüez Departamento de Geología. (2018). Puerto Rico Tsunami Program Map Tool [Mapa]. En Programa de Tsunami de la Red Sísmica de Puerto Rico. Recuperado de http://redsismica.uprm.edu/Spanish/tsunami/mapas.php

Universidad de Puerto Rico Recinto Universitario de Mayagüez Departamento de Geología. (2018). Mapas de Desalojo [Mapa]. En Programa de Tsunami de la Red Sísmica de Puerto Rico. Recuperado de http://redsismica.uprm.edu/Spanish/tsunami/programatsunami/prc/maps/todos.php

Universidad de Puerto Rico Recinto Universitario de Mayagüez Departamento de Geología. (2018). Arecibo, Puerto Rico, Mapa de Desalojo [Mapa]. En Programa de Tsunami de la Red Sísmica de Puerto Rico. Recuperado de http://redsismica.uprm.edu/Spanish/tsunami/mapa/info/index.php?tw=Arecibo

Universidad de Puerto Rico Recinto Universitario de Mayagüez Departamento de Geología. (2018). Barceloneta, Puerto Rico, Mapa de Desalojo [Mapa]. En Programa de Tsunami de la Red Sísmica de Puerto Rico. Descargado de http://redsismica.uprm.edu/Spanish/tsunami/mapa/info/index.php?tw=barceloneta

Universidad de Puerto Rico Recinto Universitario de Mayagüez Departamento de Geología. (2018). Quebradillas, Puerto Rico, Mapa de Desalojo [Mapa]. En Programa de Tsunami de la Red Sísmica de Puerto Rico. Recuperado de http://redsismica.uprm.edu/Spanish/tsunami/mapa/info/index.php?tw=Quebradillas

Universidad de Puerto Rico Recinto Universitario de Mayagüez Departamento de Geología. (2018). Hatillo, Puerto Rico, Mapa de Desalojo [Mapa]. En Programa de Tsunami de la Red Sísmica de Puerto Rico. Recuperado de http://redsismica.uprm.edu/Spanish/tsunami/mapa/info/index.php?tw=hatillo

Universidad de Puerto Rico Recinto Universitario de Mayagüez Departamento de Geología. (2018). Manatí, Puerto Rico, Mapa de Desalojo [Mapa]. En Programa de Tsunami de la Red Sísmica de Puerto Rico. Recuperad de http://redsismica.uprm.edu/Spanish/tsunami/mapa/info/index.php?tw=manati

Universidad de Puerto Rico Recinto Universitario de Mayagüez Departamento de Geología. (2018. Vega Baja, Puerto Rico, Mapa de Desalojo [Mapa]. En Programa de Tsunami de la Red Sísmica de Puerto Rico. Recuperado de http://redsismica.uprm.edu/Spanish/tsunami/mapa/info/index.php?tw=vega_baja

Universidad de Puerto Rico Recinto Universitario de Mayagüez Departamento de Geología. (2018). Camuy, Puerto Rico, Mapa de Desalojo [Mapa]. En Programa de Tsunami de la Red Sísmica de Puerto Rico. Recuperado de http://redsismica.uprm.edu/Spanish/tsunami/mapa/info/index.php?tw=camuy

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Universidad de Puerto Rico Recinto Universitario de Mayagüez Departamento de Geología. (2018). Tsunami Ready. Recuperado de http://redsismica.uprm.edu/Spanish/tsunami/programatsunami/prc/tsunamiready.php

USGS. (2017). Maria September 2017 [Mapa]. En Flood Event Viewer. Recuperado de https://stn.wim.usgs.gov/FEV/#MariaSeptember2017

Volunteer Protection Act, 42 U.S.C sec. 14501 – 14505 (1997).

War Powers Resolution, 50 U.S. Code § 1541 (1973).

Watson, R., McNeil, M., & Biancalana, C. (2003). Emergency Medical Services Dispatch Program Guidelines. Sacramento, CA: California EMS Authority. Descargado de https://emsa.ca.gov/wp-content/uploads/sites/71/2017/07/emsa132.pdf

World Health Organization. (1998). Health Sector Emergency Preparedness Guide: Making a Difference to Vulnerability. Recuperado de http://www.who.int/disasters/repo/5814.doc

World Health Organization. (s.f.). Recuperado de https://www.who.int/

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

APÉNDICE A: COMPONENTES DE LA FASE DE PREPARACIÓN RELACIONADOS AL PLAN DE RESPUESTA REGIONAL ANTE EMERGENCIAS DEL SISTEMA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

El Plan de Respuesta Regional ante Emergencias para el Sistema de Prestación de Servicios de Salud de Puerto Rico se enfoca, primordialmente, en la fase de respuesta aguda (menor o igual a 15 días, aproximadamente) hacia una respuesta sostenida resultante de una fase de preparación en la que se toman en consideración varios elementos esenciales. Estos son:

- Coordinación de adiestramiento, ejercicios y simulacros constantemente a nivel regional y estatal para la ejecución de la Red de Respuesta Regional ante Emergencias con un enfoque multiriesgos; esto es, Departamento de Salud, Departamento de Seguridad Pública y los *Hubs* y *Spokes*. Debe enfatizarse la participación de alto liderato de los municipios y de las instituciones públicas y privadas que forman parte de la Coalición de Servicios de Salud.
- Desarrollo de acuerdos colaborativos enfocados en establecer términos y condiciones de participación, así como definir los roles y las responsabilidades durante la fase de respuesta a nivel regional, entre el Departamento de Salud de Puerto Rico, la Coalición de Servicios de Salud de Puerto Rico, entidades gubernamentales, municipales y el sector privado.
- Integrar y reforzar el acuerdo firmado entre el gobierno y el *FirstNet Responder Authority* para maximizar los recursos de la entidad federal en el acceso a líneas de comunicación digital exclusivas y sin interrupción para respondedores en agencias estatales, municipales y del sector privado.
- Fomentar una relación constante entre los voluntarios del Cuerpo de Reserva Médica, las Organizaciones Voluntarias en Desastre y la región con el fin de agilizar los procesos de movilización y credencialización en la respuesta. Fomentar el reclutamiento de los profesionales de la salud en IPAs y/o grupos médicos, Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDTs) y Centros de Salud Primaria 330 (FQHCs, por sus siglas en inglés).
- Desarrollar una campaña educativa para la población en general sobre el uso correcto de los servicios de salud primarios, el modelo de *Hub-and-Spokes* y el acceso a los servicios de diálisis.
- Divulgar la Guía para la Planificación de la Expansión de la Capacidad y los Servicios Médicos (*Medical Surge*) de Salud de la Organización de Cuidado de Salud ante Incidentes de Víctimas en Masa, así como todos los planes, procesos y protocolos relacionados con preparación, respuesta y recuperación entre las partes interesadas y los miembros de la Coalición de Servicios de Salud.
- El Departamento de Salud y el personal de la Coalición de Servicios de Salud deben establecer un registro de todos los servicios disponibles en la región, con la información de contacto imprescindible para la respuesta ante una emergencia.
- Establecer acuerdos y un plan para la recopilación y distribución de medicamentos donados. Comunicar a las partes interesadas los acuerdos y el plan.
- Uniformar y utilizar los equipos de comunicación existentes de manera continua entre todas las instituciones que prestan servicios de salud. Comunicar los resultados de los ejercicios de

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

comunicación a través de los miembros de la Coalición de Servicios de Salud. Adiestrar a personal designado sobre el uso de estos equipos.

- Identificar los posibles espacios en donde se puedan establecer los hospitales portátiles en caso de necesitar hacer expansión médica para personas que necesiten oxígeno, maquinaria que requiera ser conectada, insulino-dependientes, cuidado de úlceras, encamados y otros con condiciones crónicas leves o moderadas. Desarrollar el proceso para abastecer la instalación con el equipo y los medicamentos necesarios.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

APÉNDICE B: PRIORIZACIÓN DE SERVICIOS DURANTE EMERGENCIAS

Los *Hubs* y *Spokes* de la Región de Salud de Arecibo necesitan abordar una cultura de manejo y administración de emergencias a la luz de los requisitos regulatorios estatales y federales. Cada instalación en la Red deberá determinar sus servicios esenciales y críticos en sus planes de operación de emergencias, así como tener en consideración los siguientes criterios que fueron tomados del *Organization Emergency Operations Planning, Supporting Housing Network of New York:*

- Hacer una lista de todos los servicios y las funciones rutinarias de la organización.
- Incluir los servicios ofrecidos a la clientela (servicios médicos, consejería y líneas telefónicas de servicio al cliente) y las funciones operacionales (nómina, apoyo administrativo y mantenimiento).
- Determinar el impacto de la suspensión de servicios, tomando en cuenta los siguientes factores: clientela, estructura organizacional y capital humano.
- Clasificar mediante escala de puntos las funciones y servicios enumerados en la tabla usando un número para cada uno de los factores mencionados a continuación:
  - Factores que impactan la clientela. La interrupción de los servicios causará:
    - Ningún impacto directo sobre la salud física/mental/seguridad del cliente (0)
    - Impacto mínimo y directo sobre la salud física/mental/seguridad del cliente (1)
    - Un deterioro o exacerbación de una condición/enfermedad/heridas a través del tiempo (2)
    - Dificultad inmediata y/o poner en peligro sustancialmente la seguridad del cliente (3)
    - Impacto irreversible a la condición o seguridad del cliente, incluyendo posibilidad de pérdida de la vida (4)
  - Factores que impactan la estructura organizacional. La interrupción de los servicios tendrá:
    - Ningún impacto sobre la organización debido a obligaciones regulatorias, contractuales y/o legales (0)
    - Impacto menor sobre la organización debido a obligaciones regulatorias, contractuales y/o legales (1)
    - Impacto mayor sobre la organización debido a obligaciones regulatorias, contractuales y/o legales (2)
    - Impacto irreparable sobre la organización debido a obligaciones regulatorias, contractuales y/o legales (3)
    - Pérdida o falla total de la organización (4)
  - Factores de impacto sobre el capital humano. La interrupción del servicio o función tendrá:
    - Ningún impacto sobre el capital humano (0)
    - Un menor impacto sobre el capital humano (1)
    - Un impacto moderado sobre el capital humano (2)
    - Un mayor impacto sobre el capital humano (3)
    - Un impacto irreparable sobre el capital humano (4)

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

- Evaluar el tiempo de interrupción del servicio. Se enfoca en considerar el periodo de tiempo que la organización estima dejará de proveer un servicio o función en particular. El servicio/función puede ser interrumpido por:
  - Un mes o más (0)
  - 2 a 3 semanas (1)
  - 6 a 13 días (2)
  - 1 a 5 días (3)
- La determinación para priorizar la lista de servicios y determinar los que son esenciales, ocurre cuando se suman los valores de cada factor, lo que impacta el servicio o la función de la organización, y el resultado conduce a enumerar las funciones esenciales. Luego de identificar este tipo de funciones, se determina el nivel de prioridad que el servicio o la función tendría según la estructura de la organización y los recursos disponibles, tomando en cuenta lo siguiente:
  - Consideraciones contractuales o regulatorias:
    - Si el servicio o función es suspendido durante la emergencia habrá consecuencias inmediatas e irreversibles o amenazantes para la vida o seguridad de los pacientes.
    - El servicio no puede ser interrumpido por ningún periodo de tiempo.
    - El servicio no puede ser provisto por ningún otro proveedor o suplidor.
    - Tiene una clasificación de impacto total igual o mayor que un número particular de importancia según la escala que determine la organización.
    - El servicio es crítico para otro servicio esencial.

Esta información facilita el proceso e identificación de los servicios y las funciones esenciales según el peso dado por la escala presentada y aplicable según lo estime pertinente la región. Cuando se identifican los servicios esenciales se definen las prioridades. Para asignar la prioridad que corresponde a cada servicio esencial se usan las siguientes definiciones para establecer los criterios de prioridad.

Tipo de prioridad	Definición de criterios
1 – Alta prioridad	El servicio es crítico – cuando la vida, salud o seguridad del paciente está en riesgo si el servicio necesario no se le puede brindar en una hora.
2 – Prioridad intermedia (<24 horas)	El servicio es urgente – cuando el paciente puede sufrir daño irreparable si no se le prestara el servicio en las próximas 24 horas.
3 – Prioridad intermedia (<7 días)	El servicio es una prioridad departamental – habrá daño irreparable si no se reestablece en menos de una semana.
4 – Baja prioridad	El servicio para brindar es importante o significativo, pero no de carácter crítico – se refiere a los servicios diarios que no ocasionarían daño irreparable si no fuesen brindados dentro de los próximos 30 días.

Tabla 3: Nivel de prioridad de los servicios esenciales

Este método posibilita a la Región de Salud de Arecibo y su sistema de redes de salud asignar un nivel de impacto (del 1 al 4) y clasificar el tipo de servicio que ofrece la agencia en su sector como

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

crítico, esencial y no-esencial, así como designar el nivel de prioridad correspondiente en respuesta a un desastre o una emergencia.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

APÉNDICE C: PERFIL REGIONAL DETALLADO

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Según los datos del censo para el año 2017, el estimado de la población total de la región de Arecibo es de 433,780 habitantes. El 51.69% de los habitantes son mujeres y el 48.31% son varones. El 5.23% de la población tiene menos de 5 años. El 17.36% de la población tiene 65 años o más.

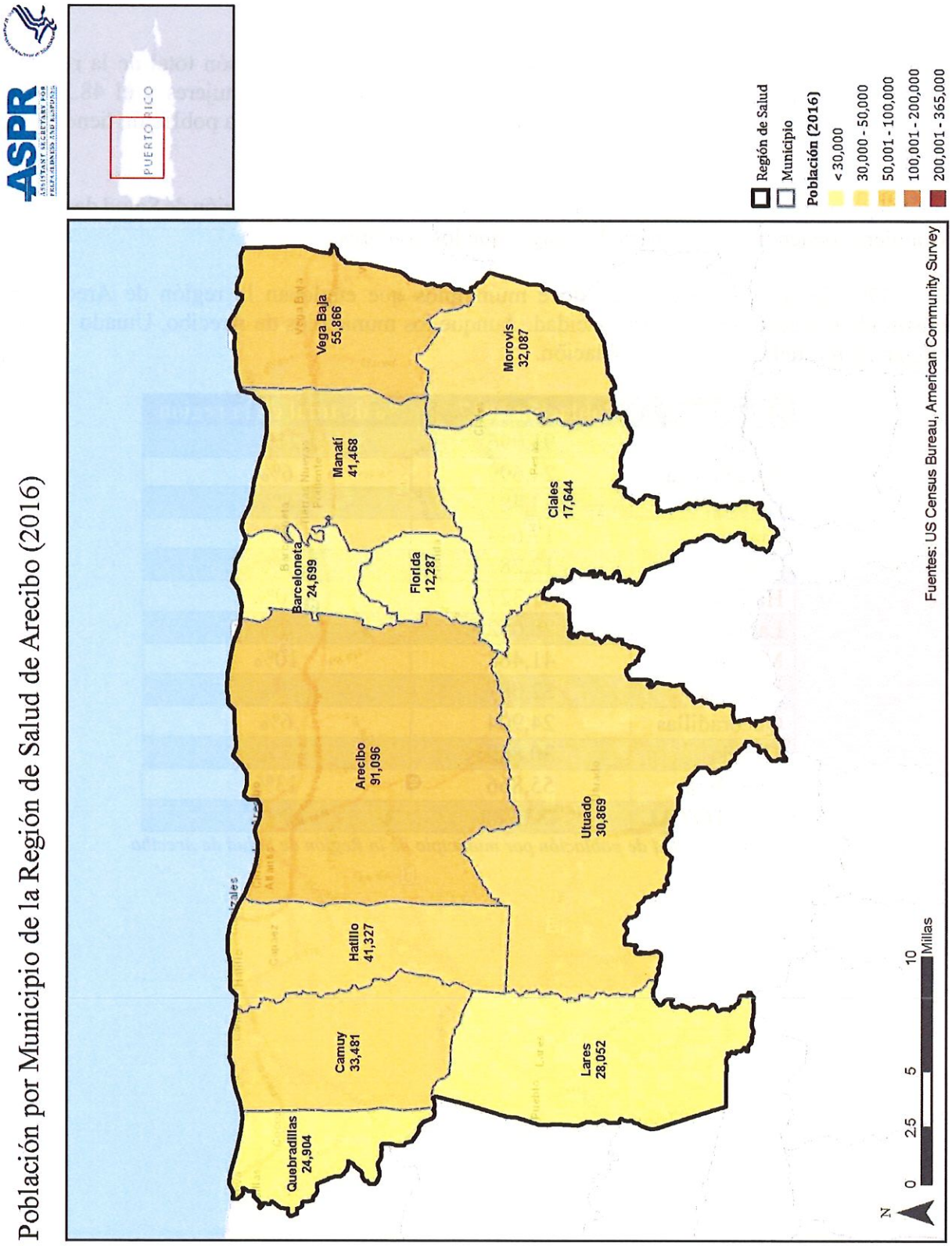
La edad promedio de la población de la Región es de 39.23 años. En la Región de Salud de Arecibo, las mujeres tienen una edad promedio mayor que los hombres.

El 19.47% de la población de los doce municipios que engloban la región de Arecibo está constituida por personas con discapacidad. Aunque los municipios de Arecibo, Utuado y Hatillo reflejan menos del 20% de esta población.

Municipios	Población 2017	% de total en la región
Arecibo	91,096	21%
Barceloneta	24,699	6%
Camuy	33,481	8%
Ciales	17,644	4%
Florida	12,287	3%
Hatillo	41,327	10%
Lares	28,052	6%
Manatí	41,468	10%
Morovis	32,087	7%
Quebradillas	24,904	6%
Utuado	30,869	7%
Vega Baja	55,866	13%
TOTAL	**433,780**	**100%**

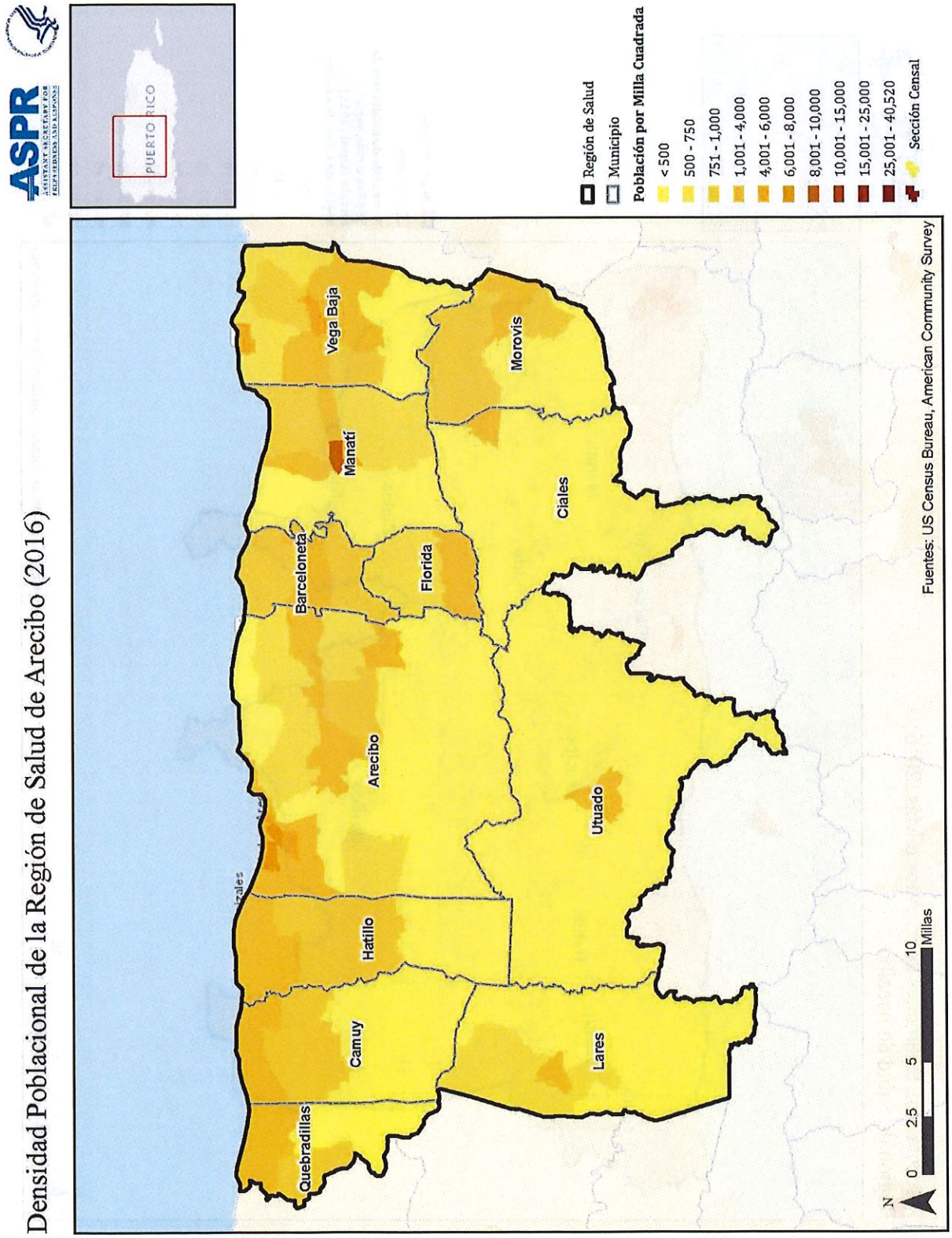
Tabla 4: Cantidad de población por municipio de la Región de Salud de Arecibo

FOR REVIEW PURPOSE ONLY



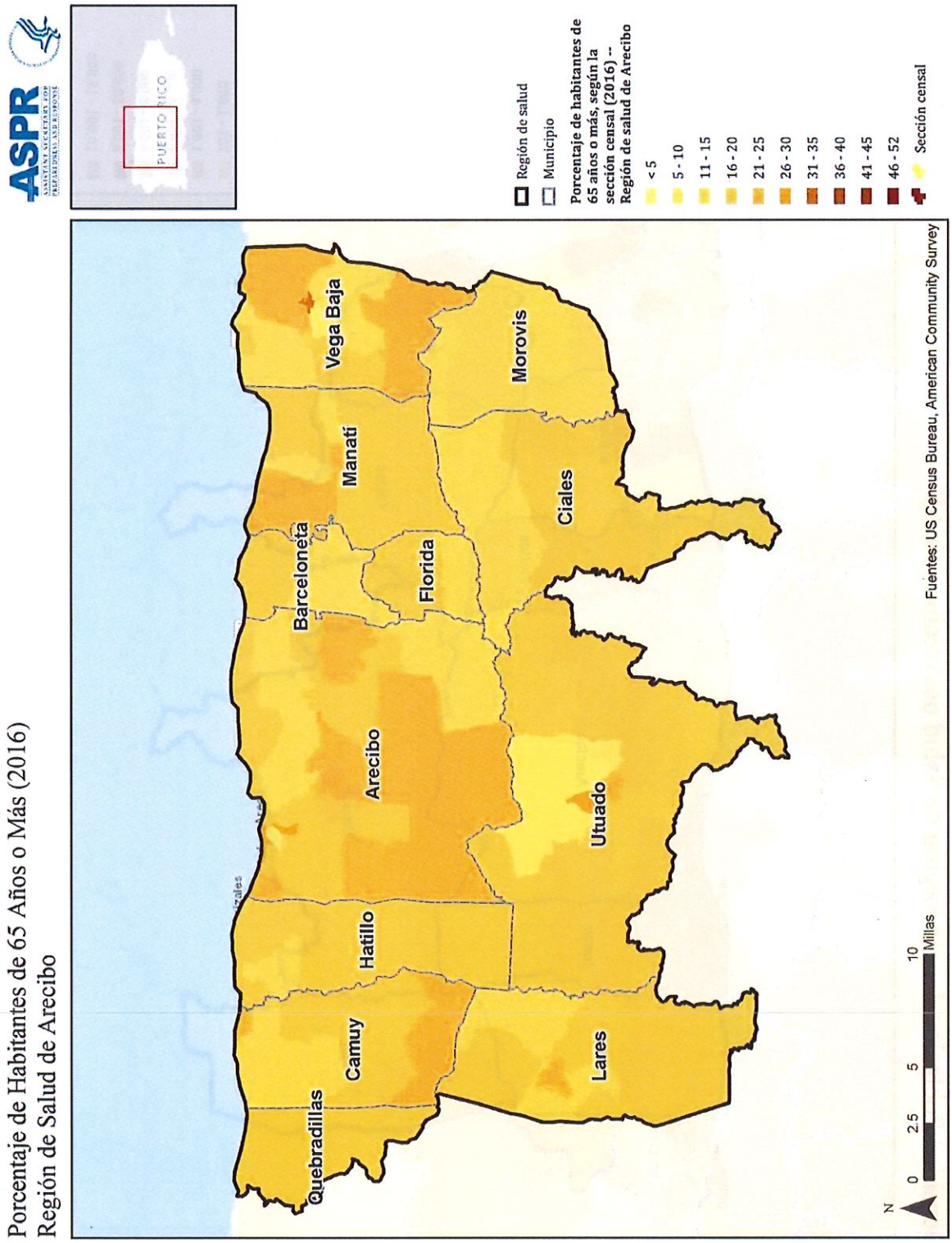
Mapa 7: Población por municipio de la Región de Salud de Arecibo, 2016

FOR REVIEW PURPOSE ONLY



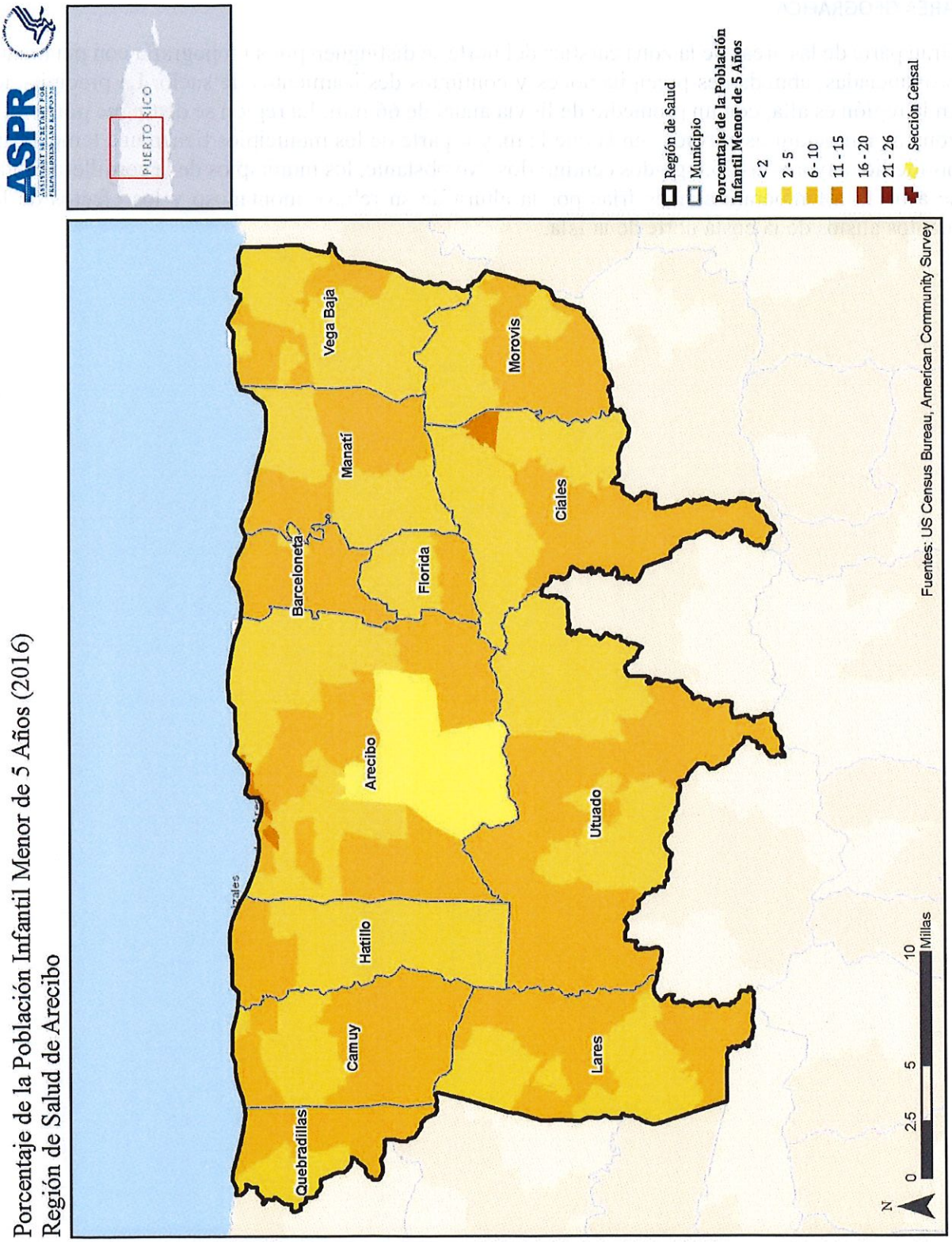
Mapa 8: Densidad poblacional—Región de Salud de Arecibo, 2016

FOR REVIEW PURPOSE ONLY



Mapa 9: Porcentaje de habitantes de 65 años o más—Región de Salud de Arecibo

FOR REVIEW PURPOSE ONLY



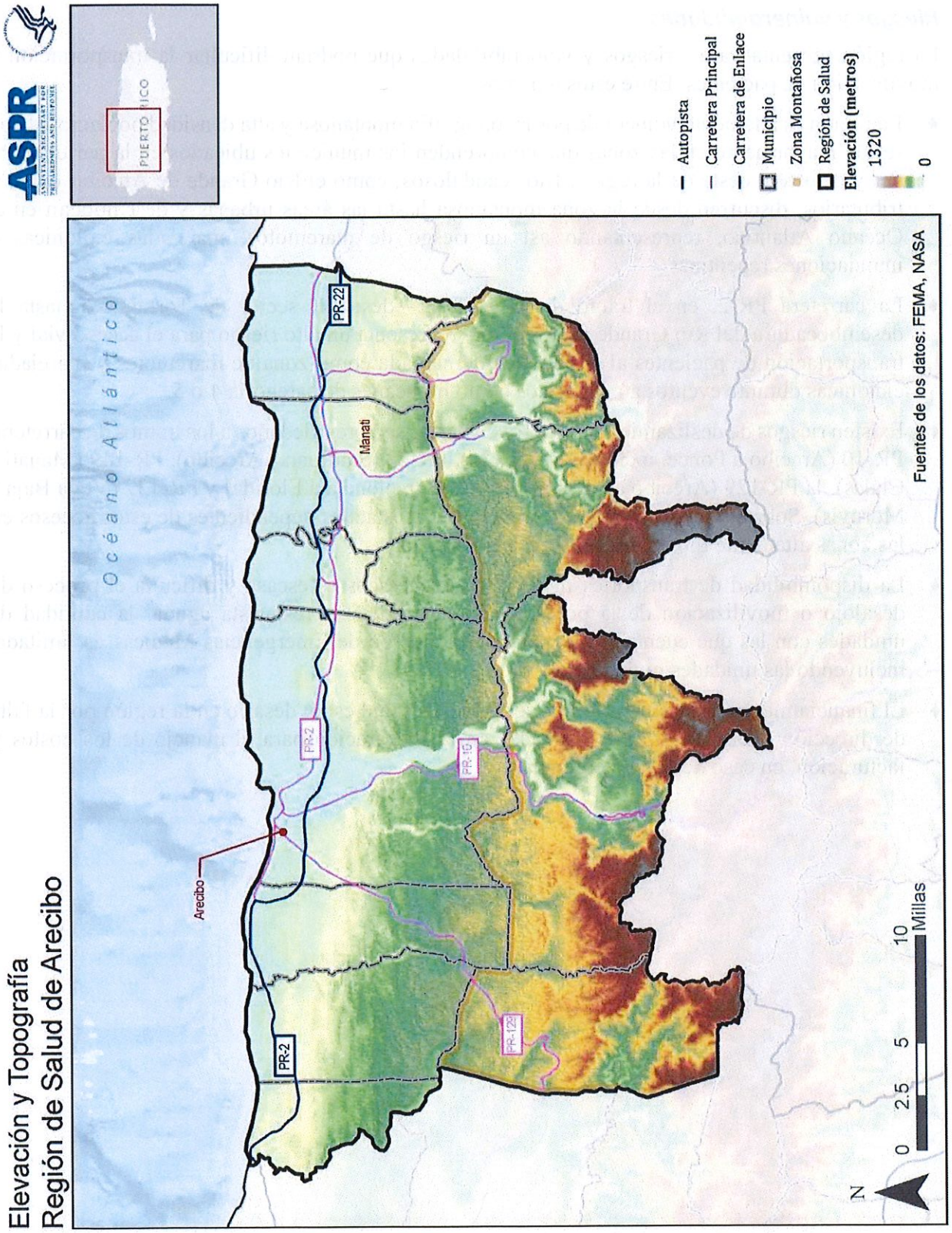
Mapa 10: Porcentaje de habitantes menores de 5 años, 2016—Región de Salud de Arecibo

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

ÁREA GEOGRÁFICA

Gran parte de las áreas de la zona cárstica del norte se distinguen por su topografía con pendientes pronunciadas, abundantes precipitaciones y continuos deslizamientos de suelo. La precipitación en la región es alta, con un promedio de lluvia anual de 66 mm. La región se distingue por ser una zona de temperaturas elevadas en la que la mayor parte de los municipios tienen una temperatura promedio mayor a los 25.6 grados centígrados. No obstante, los municipios de la cordillera central se asocian a temperaturas más frías por la altura de su relieve montañoso y los efectos de los vientos alisios de la costa norte de la Isla.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY



Mapa 11: Elevación y topografía de la Región de Salud de Arecibo

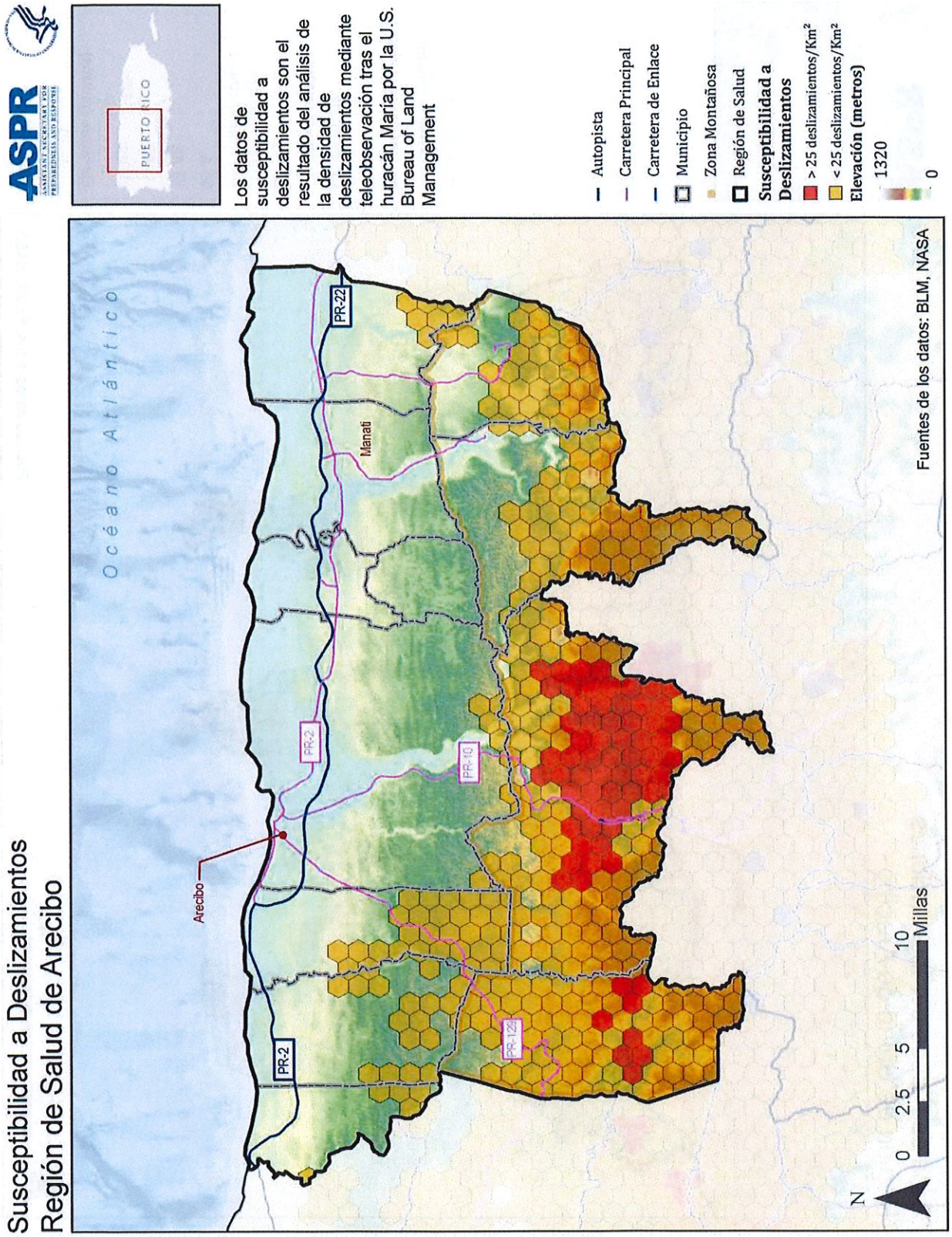
FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Riesgos y vulnerabilidades

La región presenta varios riesgos y vulnerabilidades que podrían dificultar la transportación o movilización de pacientes. Entre estos tenemos:

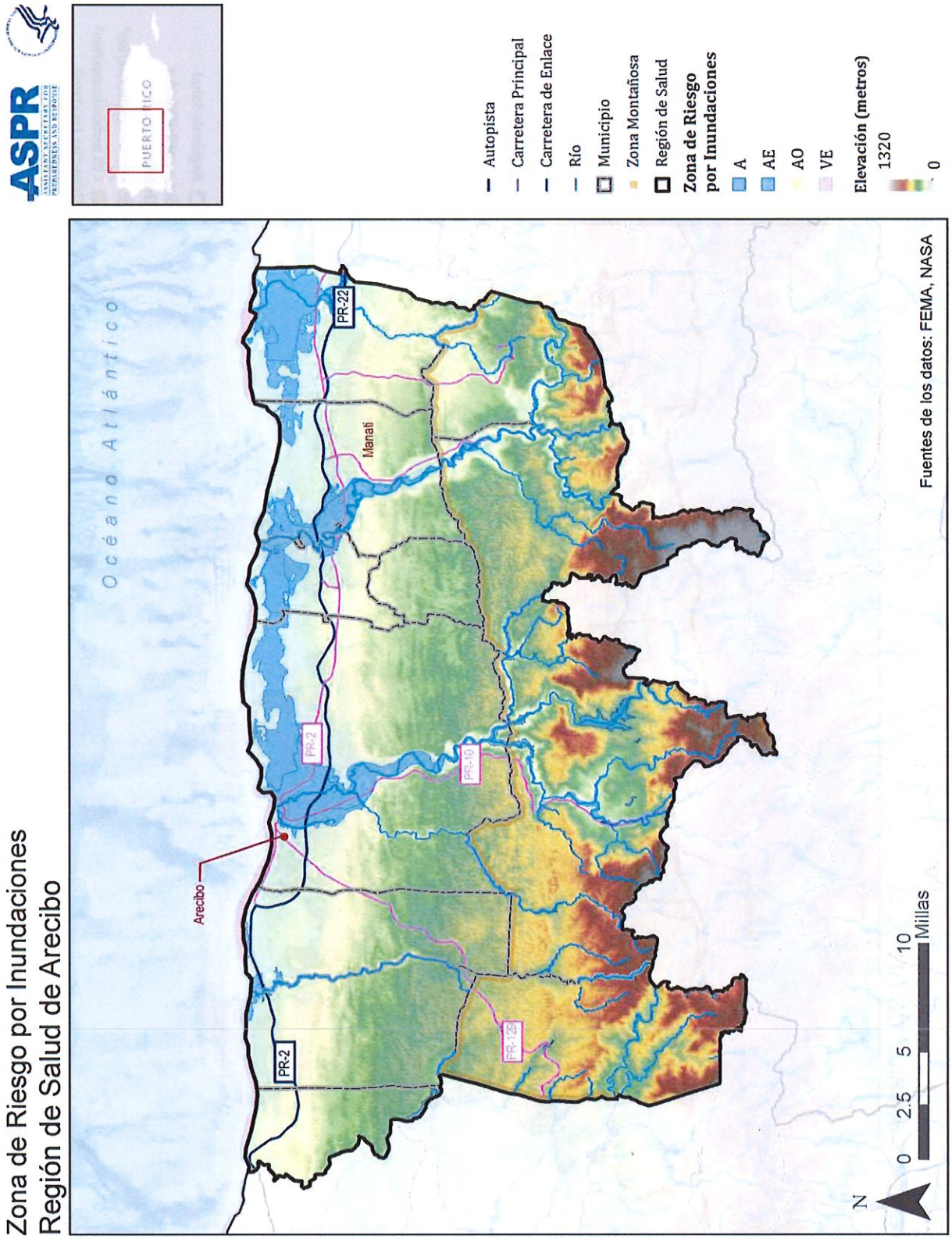
- La región es altamente vulnerable por la topografía montañosa y alta densidad poblacional que reside mayormente en las zonas que comprenden los municipios ubicados en la parte centro sur y de este a oeste de la región. Ríos caudalosos, como el Río Grande de Arecibo con sus tributarios, discurren desde la zona montañosa hasta las áreas urbanas y desembocan en el Océano Atlántico, representando así un riesgo de maremotos, marejadas ciclónicas e inundaciones repentinas.
- La carretera PR-2, en el tramo de Vega Baja—desde el sector de Tortuguero hasta la desembocadura del Río Grande de Arecibo—representa un alto riesgo para el acceso vial y la transportación de pacientes al ser un área demarcada como zona de maremotos y marejadas ciclónicas durante eventos atmosféricos como huracanes de categoría 4 o 5.
- Existen riesgos de deslizamiento de tierra en varios sectores aledaños a los tramos de carretera: PR-10 (Arecibo a Ponce, incluyendo Utuado), PR-22 (San Juan a Arecibo), PR-149 (Manatí a Ciales), la PR-129 (Arecibo a Lares), PR-140 (Barceloneta a Florida) y PR-137 (Vega Baja a Morovis). Sobre todo, en carreteras municipales y estatales dependientes de estos accesos en las zonas altamente montañosas y cercanas a los ríos.
- La disponibilidad de transportes médicos y no-médicos es escasa y dificulta el proceso de desalojo o movilización de la población en caso de una respuesta aguda. la cantidad de unidades con las que cuenta el Negociado del Cuerpo de Emergencias Médicas es limitada, incluyendo las unidades municipales.
- El financiamiento de la prestación de servicios de salud es un desafío en la región por la falta de dirección o instrucciones adelantadas en la preparación para el manejo de los costos y facturación, en caso de una emergencia.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY



Mapa 12: Susceptibilidad a deslizamientos—Región de Salud de Arecibo

FOR REVIEW PURPOSE ONLY



Mapa 13: Zona de riesgo por inundaciones—Región de Salud de Arecibo

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

ECONOMÍA

Índice de pobreza

Según datos del Censo, el 50.14% de la población de la región vive bajo el nivel de pobreza. Según se desprende de estos indicadores, la pobreza en Puerto Rico es la más alta entre los estados de los Estados Unidos, reflejando ser el doble que la del estado más pobre, Mississippi. El alto desempleo ha sido persistente en las pasadas décadas.

El índice de desempleo entre los municipios de la región oscila entre 10.7% y 18.4%. Los municipios de Lares (18.4%), Ciales (16.2%) y Qubradillas (15.8%) resultaron ser los municipios con mayor índice de pobreza.

CONDICIONES O EVENTOS DE SALUD

La región de Arecibo presenta una prevalencia muy alta de asma, diabetes, depresión, enfermedades del riñón y colesterol elevado. Además, a nivel regional se sitúa en la tercera posición con mayor prevalencia de sobrepeso.

Para el periodo comprendido entre 2013-2015 la incidencia de diabetes para la Región de Salud de Arecibo fue de un 17.5%. Al comparar la prevalencia de esta enfermedad entre todos los municipios de la Isla, refleja que el riesgo de muerte por diabetes reportó ser mayor en Camuy, Hatillo y Lares, especialmente al subdividirlo entre el grupo poblacional compuesto por hombres. El padecimiento de diabetes se asocia a comorbilidades, una situación que obliga al desarrollo de una coordinación efectiva en caso de emergencias y desastres.

La prevalencia de asma ajustada por edad para la RSA se situó como la más alta de todo Puerto Rico, reflejando un 11 por ciento para el periodo comprendido entre 2013 y 2015. Las comorbilidades asociadas al asma fueron hipertensión, colesterol elevado, artritis y depresión.

Entre las poblaciones vulnerables, hay grupos del población que requieren un tratamiento continuo y estructuras con equipo médico especializado que pudiera verse interrumpido o limitado durante eventos de desastre, como lo son los pacientes de diálisis. El índice de incidencia (por cada 10,000) de diálisis para el año 2011 en la región de Arecibo fue de un 4 por ciento.

Salud Mental

La región de Arecibo presentó el nivel de suicidios más alta para el año 2015, con un índice de 9.63%. Actualmente, la frecuencia de muertes por suicidios en la región es de 30 casos anualmente, indicando que el municipio de Arecibo presenta el mayor número de suicidios de la Isla. En el municipio de Utuado opera un hospital que ofrece servicios especializados de salud mental disponible en la RSA.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

APÉNDICE D: ASPECTOS LEGALES

La información que se detalla en la siguiente tabla fue considerada como parte del plan. La evaluación incluyó el análisis de la constitución, las leyes, los reglamentos, los protocolos, los manuales, las órdenes ejecutivas, las órdenes administrativas y las proclamas, entre otros instrumentos que pudieran crear obligaciones, normas y/o procesos. Igualmente, se desarrolló un análisis en armonía con las disposiciones legales federales aplicables

Materia	Fuente de apoyo	Comentario
Salud pública	Constitución de Puerto Rico, artículo IV, secciones 5 y 6	El Departamento de Salud tiene la responsabilidad de desarrollar estrategias para proteger la salud del pueblo.
Salud pública	Ley Núm. 81 del 14 de marzo de 1912, conocida como la Ley Orgánica del Departamento de Salud de Puerto Rico	Dota al Secretario de Salud de la prerrogativa de tomar acciones extraordinarias con el fin de proteger la salud pública en Puerto Rico. El artículo 12 reconoce expresamente la potestad del Secretario para dictar, derogar y enmendar reglamentos y tomar aquellas acciones en casos de epidemias, enfermedades contagiosas, y de emergencias declaradas por el Gobernador o por el propio Secretario.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Materia	Fuente de apoyo	Comentario
Manejo de emergencias	Ley Núm. 20 del 2017, conocida como la Ley del Departamento de Seguridad Pública de Puerto Rico	Delega al Departamento de Seguridad Pública el rol de operacionalizar el manejo de todo tipo de emergencias que ocurran en Puerto Rico. El Comisionado del Cuerpo de Emergencias Médicas tendrá a su cargo el manejo y el dominio absoluto en los casos de emergencias médicas en todo Puerto Rico mientras dure la emergencia. Se ordena la creación del Centro de Capacitación y Desarrollo de Seguridad Pública. Establece los poderes extraordinarios que puede ejercer el Gobernador de Puerto Rico cuando media una declaración de emergencia. Autoriza el uso y la adquisición de propiedad cuando resulte necesario. Dispone que las funciones, actividades y medidas del manejo de emergencias y desastres se consideren de índole gubernamental, por lo que se establecen ciertas inmunidades para las personas naturales o jurídicas que participen en labores de manejo de emergencias y desastres.
Continuidad de operaciones	Ley Núm. 88 del 2018, conocida como la Ley de Garantía de Prestación de Servicios	Para garantizar la continuidad en la prestación de servicios luego de un desastre, se requiere que determinadas instituciones que prestan servicios de salud—tales como centros de diálisis, hogares de cuido de niños y adultos, y otras—cuenten con fuentes de energía alterna, abastos de combustible y reservas de agua, entre otros requerimientos.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Materia	Fuente de apoyo	Comentario
Inmunidad	Ley Núm. 139 del 3 de junio de 1976, conocida como la Ley del Buen Samaritano	Exime de responsabilidad a los médicos, estudiantes de medicina, personal de enfermería, voluntarios de la Cruz Roja Americana, funcionarios del NMEAD (policías, personal de CEMPR), bomberos y voluntarios en acción cuando causen daño al socorrer a una persona en ocasión de una emergencia.

Tabla 5: Tabla de normativa aplicable según materia o asunto de Puerto Rico

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Materia	Fuente de Apoyo	Comentario
Inmunidad	*Volunteer Protection Acts of June 18, 1997* (VPA)	Ofrece inmunidad para el voluntariado.
Activación de personal	*Pandemic and All-Hazards Preparedness Act of 2006 (PAHPA)*	Permite la activación de personal voluntario durante eventos de amenazas biológicas.
Inmunidad	*Public Readiness and Emergency Preparedness Act of 2005*	Ofrece inmunidad, aunque limitada, durante el ejercicio de medidas de control de vectores que incidan en la salud pública.
Inmunidad	*Federal Tort Claims Act of August 2, 1946 (FTCA)*	Establece inmunidad a empleados del gobierno federal en el descargue de sus funciones oficiales en determinadas circunstancias.
Protocolo para la asistencia federal	*FEMA Region II Hurricane Annex for Puerto Rico & US Virgin Islands (October 20, 2014) FEMA*	Plan que establece cómo será la respuesta federal luego de su activación para asistir a Puerto Rico ante eventos de emergencia provocados por un huracán.

Tabla 6: Tabla de normativa federal aplicable según materia o asunto

ANDAMIAJE JURÍDICO-LEGAL (ESTATAL)

Constitución de Puerto Rico, artículo IV, secciones 5 y 6:

- En virtud de lo dispuesto en el artículo IV, secciones 5 y 6 de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, el Secretario de Salud será el jefe del Departamento de Salud y tendrá a su cargo todos los asuntos que, por ley, se le encomienden relacionados con la salud pública.[22] En virtud de los poderes conferidos, el Secretario está autorizado para adoptar las normas, las reglas y los procedimientos necesarios para la preservación de la vida y la salud de los puertorriqueños.

Ley Núm. 81 del 14 de marzo de 1912, conocida como la Ley Orgánica del Departamento de Salud de Puerto Rico. (3 L.P.R.A. sec. 171-173):

- La Ley Orgánica del Departamento de Salud dotó al Secretario de Salud la prerrogativa de tomar acciones extraordinarias con el fin de proteger la salud pública, prevenir los brotes de enfermedades contagiosas y de rápida propagación y situaciones de epidemias. El Secretario ostenta la responsabilidad de comunicar información adecuada concerniente a las situaciones que atenten contra la salud de la ciudadanía. La mencionada legislación permite que el Secretario descargue su responsabilidad empleando también a los proveedores de servicios de salud del sector privado.

[22] Excepto aquellos que se relacionan con el servicio de cuarentena marítima.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

- Dentro de la estructura organizacional del Departamento de Salud, la Secretaria Auxiliar para la Promoción de Salud tiene la encomienda de implantar estrategias para proteger la salud y la seguridad de los individuos a través de la prevención de las enfermedades mediante la vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles y no transmisibles, y la documentación por medio de la evidencia científica de laboratorio y el análisis de los patrones de enfermedades agudas y crónicas.
- La Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública (Bioseguridad) se dedica a la implementación del sistema de salud pública y cuidado médico, para que se provean las herramientas necesarias que permitan manejar adecuadamente los brotes, las epidemias, las emergencias naturales, los atentados terroristas y otras emergencias, integrando las guías y los principios del NIMS.
- El artículo 4 permite al Secretario convertir en hospitales provisionales los edificios que se necesiten (con la posterior indemnización que habrá que pagársele al propietario del inmueble).
- El artículo 9 establece que el Secretario está facultado para nombrar a un Subsecretario de Salud, quien tendrá a su cargo la fase operacional de todos aquellos asuntos que se le encomienden al Secretario de Salud por esta o cualquier otra ley.
- El artículo 12 reconoce, expresamente, la potestad del Secretario para dictar, derogar y enmendar reglamentos, y tomar aquellas acciones en casos de epidemias, enfermedades contagiosas y de emergencias declaradas por el Gobernador o por el propio Secretario.

Ley Núm. 20 del 2017, conocida como la Ley del Departamento de Seguridad Pública de Puerto Rico:

- Esta ley atiende la seguridad en sus diversas vertientes mediante el trabajo coordinado e integrado con otras agencias del Gobierno de Puerto Rico.[23] Según se establece en el artículo 1.03, al Departamento de Seguridad Pública se le delegó el rol de operacionalizar el manejo de todas las emergencias que ocurran en Puerto Rico. El Secretario del Negociado de Seguridad Pública ostenta la facultad de armonizar esfuerzos en coordinación con las agencias federales, estatales, municipales y privadas para preparar, desarrollar y dirigir el manejo de emergencias. Además, la agencia deberá coordinar esfuerzos con otros estados y territorios de la unión para lograr este propósito dentro de las normas y reglamentos de Puerto Rico y Estados Unidos.[24]

---

[23] Bajo el Departamento de Seguridad Pública (DSP) se consolidaron los servicios que antes brindaban: la Policía de Puerto Rico, el Cuerpo de Bomberos, el Cuerpo de Emergencias Médicas, la Agencia Estatal Para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres, el Sistema de Emergencia 9-1-1, el Instituto de Ciencias Forenses y el Negociado de Investigaciones Especiales (NIE).

[24] Al crearse nuevas líneas de autoridad, se crea un desfase en los mecanismos de articulación específica que deberán ejercer las otras agencias gubernamentales en la fase de respuesta en situaciones de emergencias o desastres, particularmente entre el NMEAD y el Departamento de Salud, de ocurrir una situación de *emergencia de salud pública*. Entiéndase que aunque dicha legislación expresamente ordenó (de manera general) a las demás dependencias del gobierno (según facultara cada ley orgánica) el deber de establecer esfuerzos integrados con agencias locales, federales e internacionales responsables de velar por la salud, la seguridad y el bienestar público, la presente ley no integra expresamente al Secretario de Salud para asegurar que se incorpore el peritaje científico y enfoque salubrista en las deliberaciones, la toma de decisiones, el desarrollo de estrategias de prevención y respuesta y las prioridades a atender durante eventos apremiantes. Tampoco se enumeran las agencias locales integradas, sino que se hace

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

- Comisionado del Cuerpo de Emergencias Médicas: el artículo 7.06, inciso (e) establece que, dentro de las facultades y los deberes del Comisionado del Cuerpo de Emergencias Médicas, este tendrá a su cargo el manejo y dominio absoluto en los casos de emergencias médicas en toda la Isla, mientras dure la emergencia. Si la emergencia médica ocurre dentro de un municipio que provee servicios de emergencias médicas municipales, el Comisionado deberá coordinar con el Director de Emergencias Médicas de dicho municipio el manejo de la emergencia.[25]
- Definición de términos: la concernida legislación no distingue claramente cuando hace referencia a emergencias en materia de salud pública o emergencias en general. Aunque la legislación define y distingue los términos *desastre*, *emergencia* y *emergencia médica*, dichas definiciones resultan ser bastante imprecisas y ambiguas. Las definiciones de los términos *emergencia* y *desastre* que aparecen en el artículo 1.02, no especifican lo que constituye una "*emergencia de salud pública.*"[26]
- Poderes extraordinarios del Gobernador: el artículo 6.10 establece, expresamente, los poderes extraordinarios que puede ejercer el Gobernador de Puerto Rico cuando media una declaración de emergencia. El Gobernador podrá decretar mediante proclama la existencia de un estado de emergencia o desastre, según sea el caso, en todo el territorio de Puerto Rico o en parte de este. El Gobernador, mientras dure dicho estado de emergencia o desastre, tendrá, además de cualesquiera otros poderes conferidos por otras leyes, entre otros asuntos: Poner en vigor, dictar, enmendar y revocar aquellos reglamentos, emitir, enmendar y rescindir aquellas órdenes, planes o medidas estatales que estime convenientes para regir durante el estado de emergencia o desastre. Los reglamentos dictados u órdenes emitidas durante un estado de emergencia o desastre tendrán fuerza de ley mientras dure dicho estado de emergencia o desastre. Igualmente, podrá adquirir mediante el procedimiento de expropiación forzosa aquellos bienes muebles o inmuebles, o cualquier derecho sobre los mismos, que a su juicio considere útiles, convenientes o necesarios durante un estado de emergencia o desastre.[27]
- Inmunidad gubernamental: el artículo 6.13 del nuevo andamiaje normativo dispone que las funciones, actividades y medidas de manejo de emergencias y desastres se consideran de índole gubernamental, por lo que se establecen ciertas inmunidades para las personas naturales o jurídicas que participen en labores de manejo de emergencias y desastres. A tono con lo anterior, el inciso (b) del citado artículo dispone expresamente que: "Ninguno de los siguientes será responsable por la muerte o lesiones a personas o daños a la propiedad, salvo casos de

---

referencia a aquellas dependencias, agencias o instrumentalidades públicas cuyas funciones y deberes estén relacionados directa o indirectamente con el manejo de emergencias y desastre.

[25] La terminología empleada (manejo y dominio absoluto) pudiera representar una situación conflictiva en cuanto a las responsabilidades entre aquellas dependencias estatales que en el descargo de su función ministerial inciden en el manejo de las emergencias (rol de garante de la salud del Departamento de Salud frente al rol de la viabilizar la operacionalización para la prestación de los servicios médicos hacia la población). Para evitar esta situación, amerita que el Negociado evalúe y atempere sus protocolos internos para que logren integrar efectivamente la pericia del Departamento de Salud y las organizaciones privadas a los asuntos relacionados con emergencias de salud pública.

[26] Se recomienda integrar en la ley una definición exhaustiva del término *emergencia en salud pública* para evitar confusión en las líneas de autoridad y lograr integrar la responsabilidad intrínseca del Departamento de Salud de Puerto Rico.

[27] Conforme a las disposiciones de la Ley de 12 de marzo de 1903, conocida como "Ley General de Expropiación Forzosa", según enmendada, y sujeto a otras disposiciones adicionales que aparecen en la Ley 20-2017.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

negligencia crasa, conducta impropia o mala fe: (1) El Gobierno de Puerto Rico y sus empleados, los municipios y sus empleados en el desempeño de sus funciones y actividades; (2) las agencias o entidades de manejo de emergencias y desastres y sus empleados en el desempeño de sus funciones y actividades;(3) cualquier voluntario que preste servicios de manejo de emergencias."

- Cuerpos de Voluntarios Municipales: Dentro del marco jurídico de la Ley 20-2017 se fomenta la organización de grupos técnicos especializados y voluntarios en los municipios para el manejo de emergencias. Se autoriza a cada uno de los municipios de Puerto Rico, a organizar cuerpos de voluntarios, incluyendo grupos técnicos especializados siguiendo las directrices que el Comisionado establezca según se dispone en la citada Ley.[28] Los Cuerpos de Voluntarios podrían prestar servicios auxiliares de policías, bomberos, médicos, ingeniería, comunicaciones, administración, servicios sociales, transportación y obras públicas y técnicos especializados en refrigeración, plomería, electricidad y construcción, entre otros. Además, se permite que cuando el Gobernador decrete un estado de emergencia o de desastre y los Cuerpos de Voluntarios sean activados por el Comisionado, los miembros de dichos cuerpos, luego de estar activos por espacio de cuarenta y ocho horas o más, podrán recibir compensación del Fondo de Emergencia, al tipo que determine el Secretario de Hacienda.[29] A solicitud del Departamento, la Corporación del Fondo del Seguro del Estado extenderá la cubierta del seguro a los miembros de los Cuerpos de Voluntarios, sujeto a las condiciones establecidas en las leyes que regulan las compensaciones por accidentes del trabajo y hará la liquidación anual del seguro a base de los gastos incurridos. Mientras, en inciso (n) expresamente establece que: "Los beneficios que se concedan a los miembros de los Cuerpos de Voluntarios se harán extensivos a los miembros de cuerpos de emergencia provenientes de fuera de Puerto Rico y que presten servicios en nuestro territorio."
- Comité Ejecutivo de Seguridad de Puerto Rico:_el artículo 1.13 faculta la creación del Comité Ejecutivo de Seguridad de Puerto Rico. Dicho cuerpo estratégico es el responsable de asesorar y asistir al Gobernador en asuntos relacionados con la seguridad pública. Tiene la encomienda de identificar cualquier enmienda o legislación que resulte necesaria para la mejor funcionalidad del Departamento y evaluar la distribución de las regiones operacionales de los Negociados a los fines de recomendar su creación, consolidación, reorganización o eliminación para lograr una eventual uniformidad a través de todos los Negociados que tienen regiones.[30]

---

[28] El inciso (l) establece que: "Será responsabilidad del Director Municipal el organizar y administrar los Cuerpos de Voluntarios Municipales, sujeto a la supervisión y asesoramiento del Comisionado".

[29] Esto no será de aplicación a aquellos voluntarios que sean empleados de entidades gubernamentales de Puerto Rico.

[30] Se recomienda la integración del Departamento de Salud y con similar rango que los demás miembros de referido cuerpo asesor. El Departamento de Salud no está incluido expresamente como parte del Comité Ejecutivo de Seguridad de Puerto Rico (Artículo 1.13). Bajo la conceptualización actual, solo se considera la visión tradicional de ley y orden, dejando fuera el enfoque de la salud pública en la toma de decisiones. En términos de las funciones de análisis y asesoramiento que ofrecen las agencias al gobernador ante situaciones especiales relacionadas con la seguridad pública, los asuntos concernientes a las emergencias en salud quedarían exentos del peritaje y enfoque salubrista que ofrecería el Departamento de Salud. Valga destacar que, bajo legislaciones previas, el Cuerpo de Emergencias Médicas era parte del Departamento de Salud, por lo que la óptica de salud pública se entendía estaba involucrada en la toma de decisiones y en el manejo de eventos de emergencias. No obstante, bajo el nuevo andamiaje normativo, el componente de vigilancia epidemiológica pudiera quedar excluido al no integrar expresamente en el comité al Departamento de Salud (queda a discreción del Secretario del negociado o gobernador de turno). La inclusión expresa del Departamento de Salud resulta indispensable.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Ley Núm. 88 del 2018, conocida como la Ley de Garantía de Prestación de Servicios (2018 LPR 88):

- Esta legislación establece garantías que promueven la más pronta recuperación y estabilización de los servicios necesarios a los ciudadanos, industrias, negocios y actividades gubernamentales. Para viabilizar la continuidad en la prestación de los servicios luego de un desastre en: instituciones de salud, centros de diálisis, hogares de cuido de niños y adultos, entre otras instituciones, se requiere que cuenten con fuentes de energía alterna y abastos de combustible para al menos 20 días; y reservas de agua para al menos 5 días. En el caso de los centros de diálisis, deberán contar con medicamentos y otros artículos de primera necesidad para al menos 20 días. La ley además ordena a las agencias envueltas en la autorización de operaciones, el deber de proveer orientación sobre el cumplimiento de los nuevos requisitos operacionales impuestos en esta Ley. No obstante, se destaca que la responsabilidad de fiscalizar el cumplimiento con las disposiciones de esta Ley recae en las Oficinas Municipales de Manejo de Emergencia y Administración de Desastres (OMMEAD).

La Ley Núm. 211 de 2018, conocida como la ley para el Plan de Ejecución del Plan de Reorganización de la Junta Reglamentadora de Servicio Público de Puerto Rico (2018 LPR 211):[31]

- Delegó al Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos de Puerto Rico (NTSP), agencia con peritaje, la autoridad la facultad para reglamentar a las empresas de vehículos privados dedicados al comercio, incluyendo todos los vehículos de motor comercial. El artículo faculta al NTSP la potestad de regular lo concerniente a las ambulancias (públicas o privadas) y a los operadores de las ambulancias.[32]

Ley Núm. 139 del 3 de junio de 1976, según enmendada, conocida como la Ley del Buen Samaritano:

- Exime de responsabilidad a los médicos, estudiantes de medicina, personal de enfermería, técnicos de emergencias médicas, voluntarios de la Cruz Roja Americana, funcionarios del NMEAD (policías, personal de CEMPR), bomberos y voluntarios en acción cuando causen daño al socorrer a una persona en ocasión de una emergencia. Valga destacar que la Ley 190 del 4 de agosto de 2004 enmendó la citada ley para hacer extensiva las protecciones de la Ley del Buen Samaritano cuando se prestan servicios de emergencia dentro del curso y sitio regular de su empleo o práctica si no existe un deber preexistente. También quedan cobijados los médicos que presten servicios gratuitamente en instituciones sin fines de lucro.
- La Ley 250-2018 (3 de diciembre de 2018) enmendó la Sección 2 de la Ley Núm. 139 del 3 de junio de 1976, a los fines de extender las protecciones de esta Ley a los profesionales de la salud provenientes de otras jurisdicciones de los Estados Unidos de América destacados para

[31] Esta ley atemperó el ordenamiento jurídico vigente y enmendó la Ley Núm. 109 de 28 de junio de 1962, conocida como "Ley de Servicio Público de Puerto Rico", y la Ley Núm. 75 del 2017, conocida como la Ley de Transformación Administrativa de la Comisión de Servicio Público (2017 LPR 75). Entre las enmiendas se estableció que a esta dependencia se le conocerá con el nombre de Negociado de Transporte y otros Servicios Públicos de Puerto Rico (NTSP).

[32] Este cambio tuvo el efecto de que el Departamento de Salud dependa de otra agencia (NTSP) para conocer la capacidad en el área del transporte de ambulancias. Este cambio normativo se presenta como una vulnerabilidad en la planificación y coordinación para el traslado de pacientes durante eventos de emergencias.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

atender un evento catastrófico en nuestra localidad, según lo establecido por el *Emergency Management Assistance Compact* (EMAC, por sus siglas en inglés). A pesar de lo dispuesto por el EMAC, la Asamblea Legislativa entendió necesario atemperar el estado de derecho actual para fortalecer los mecanismos de protección a los profesionales de salud que provienen de otros estados para prestar asistencia médica en eventos catastróficos.

Ley Núm. 35 del 28 de junio de 1994, conocida como la Ley de Derechos y Garantías de Asistencia en Hospitales en Casos de Emergencias Médicas (también conocida como EMTALITA):[33]

- Dispone las prácticas que deben seguir las instituciones de salud para determinar si el paciente está en condición de emergencia. Toda institución de salud, pública o privada, que ofrezca servicios de salud en una sala de emergencias o estabilización, deberá realizar una evaluación médica adecuada a todo paciente que acuda a solicitar tratamiento médico a fin de determinar si existe una condición de emergencia médica, independientemente de que la persona pueda pagar por los servicios médicos que se le presten. También dispone que se podrá trasladar al paciente a otra institución médica, de acuerdo a lo dispuesto en esta Ley. El médico a cargo de la evaluación del paciente deberá asegurarse que se han hecho los arreglos pertinentes para la aceptación del paciente en la instalación hospitalaria hacia la cual será trasladado.

Ley Núm. 310 del 25 de diciembre de 2002, conocida como la Ley de la Junta de Examinadora de Técnicos de Emergencias Médicas de Puerto Rico:

- Esta ley establece la Junta Examinadora de Técnicos de Emergencias Médicas de Puerto Rico y también integra los requisitos que deben satisfacer los aspirantes a la licencia de técnico de emergencia médicas. Los artículos 12, 13 y 14 regulan el ejercicio de la técnica de emergencias médicas, la técnica de emergencias médicas paramédico y la técnica de emergencias médicas básico. La legislación establece que para ejercer la profesión de técnico de emergencias médicas se deberá haber recibido capacitación para ejercer la comunicación, el cuidado médico, el mantenimiento del equipo de trabajo, las técnicas y los procedimientos de la sala de emergencias, el manejo y la transportación de pacientes, los conocimientos sobre los procedimientos usados en obstetricia y la asistencia en las emergencias respiratorias y cardíacas, y el deber de acatar las instrucciones de médicos relacionadas con el control sobre el manejo del paciente conforme a la norma de cuidado médico requerido.

Ley Núm. 14 del 21 de febrero de 2017, conocida como Ley de Incentivos para la Retención y Retorno de Profesionales Médicos:

- Ley que ofrece incentivos a los médicos que ejercen la profesión en la jurisdicción de Puerto Rico con el propósito de detener el éxodo masivo de la clase médica. Esta ley puede incentivar el registro de profesionales médicos en el Cuerpo de Reserva Médica y la convalidación de las horas rendidas durante emergencias.

---

[33] Esta legislación interpretó los principios intuidos en la ley federal *Emergency Medical Treatment and Active Labor Act* (conocida por las siglas EMTALA) y se atemperó para su implementación en Puerto Rico. Entre las diferencias más relevantes, la EMTALA federal aplica a hospitales que sean certificados por Medicare, mientras la legislación local es de aplicabilidad a todas las instituciones de salud que ofrezcan servicios de sala de emergencia, salas de urgencia o de estabilización. A tono con lo anterior, en Puerto Rico, en virtud del Reglamento 99 de la Ley Núm. 101 del 26 de junio de 1965, la EMTALA es de aplicabilidad también a los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT).

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Ley Núm. 139 del 1 de agosto de 2008, según enmendada, conocida como la Ley de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica:

- En su artículo 22 (C) (3) faculta a la Junta a otorgar licencias provisionales, a petición del Secretario de Salud, a todo médico que legalmente ejerza la medicina en otro estado o jurisdicción, sujeto a lo que solicite la Junta y que venga al Gobierno de Puerto Rico a prestar ayuda de emergencias en situaciones de desastre, según autorizado por el Departamento de Justicia. De conformidad con la ley, se podrá otorgar una licencia provisional a todo médico que legalmente ejerza la medicina en un Estado o jurisdicción, con el propósito de presar ayuda o servicios médicos de forma gratuita y voluntaria en PR durante un tiempo no mayor de noventa (90) días de cada año a partir de su otorgación.

Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud, (HIPAA, por sus siglas en inglés), (P.L. 104-191, 21 de agosto de 1996):

- Aún durante eventos de emergencia, la ley HIPAA sigue cobrando vigencia, a menos que el gobierno federal autorice una dispensa que exima de cumplir con la misma. Entre las disposiciones de la mencionada Ley Federal se autoriza la divulgación de la información contenida en el expediente médico a las agencias de salud pública cuando su propósito es evaluar, monitorear, llevar a cabo investigaciones, mantener registros de datos y para cualquier otro uso regulador o fiscalizador. La Orden Administrativa Núm. 187 del 1 de marzo de 2004 actualizó las disposiciones de la Ley orgánica del Departamento de Salud (Ley Núm. 81 del año 1912) para establecer el balance entre el poder del Estado para recopilar información y datos sobre el estado de salud de los ciudadanos bajo propósitos de vigilancia epidemiológica y la privacidad de las personas afectadas.

Otras leyes en vigor que guardan relación con la delegación de poderes de emergencia a organismos gubernamentales

Ley Núm. 62 de 23 del junio de 1969, conocida como Ley de la Guardia Nacional de Puerto Rico (25 L.P.R.A. §2058):

- Faculta al Gobernador de Puerto Rico como jefe de la Guardia Nacional y le otorga la potestad de activar dicho cuerpo en casos de desastres naturales y otras causas de fuerza mayor. La citada legislación reconoce y autoriza a la Guardia Nacional a prestar servicios especializados de salud que no estén razonablemente disponibles de fuentes civiles, públicas o comerciales. En este caso, la agencia solicitante deberá reembolsar el costo de los servicios especializados de salud que provea la Guardia Nacional.

Ley Núm. 76 del 5 de mayo de 2000, conocida como la Ley de Procedimiento para Situaciones o Eventos de Emergencias (3 L.P.R.A. §1931):

- Establece disposiciones especiales para eximir algunos procesos ordinarios durante situaciones o eventos de emergencia. Plantea un procedimiento expedito para concluir alguna obra ligada al problema o que respondan a una situación inmediata a la creada por la emergencia. Esta ley contiene una definición amplia del concepto de emergencia.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Ley Núm. 55 del 6 de junio de 1963, conocida como la Ley de Sucesión para Casos de Emergencia:

- La ley tiene el propósito de asegurar la continuidad y el funcionamiento efectivo del Gobierno de Puerto Rico en el caso de una emergencia. Mediante la orden de sucesión es un mecanismo que posibilita mantener el orden y la prestación de aquellos servicios que pudieran ser temporalmente suspendidos.

Ley Núm. 544 del 30 de septiembre de 2004, conocida como la Ley del Sistema Integrado de Manejo Uniforme de Traumas y Emergencias Médicas:

- Añadió un nuevo inciso (3) al artículo 12 de la Ley Orgánica del Departamento de Salud para facultar y ordenar al Secretario a adoptar la reglamentación necesaria para instituir un sistema integrado de manejo uniforme de traumas. Según la exposición de motivos de la Ley se aspira a que Puerto Rico se capacite para tratar a los pacientes con lesiones agudas de forma eficiente, se reduzca la mortalidad y los costos y aumente la probabilidad de recuperación total del paciente.

Órdenes ejecutivas

Orden Ejecutiva 2017-57 (octubre de 2017)

- Se autorizó a los médicos u osteópatas de las distintas Guardias Nacionales que se encontraran en servicio militar activo, a ejercer la medicina en Puerto Rico de conformidad con el estado de emergencia declarado tras el paso del Huracán María, a través de la *Emergency Management Assistant Compact (EMAC)*. Se les otorgó la inmunidad del Estado e, igualmente, a los médicos de la Guardia Nacional de Puerto Rico.
- La Ley Núm. 178-1996 (EMAC) dispuso en su artículo 6 que cuando una persona posea una licencia, certificado o permiso emitido por cualquier estado, que sea evidencia de que cumple con las cualificaciones de destrezas profesionales, mecánicas u otras, y cuando dicha ayuda sea solicitada por el estado recipiente, se entenderá que dicha persona cuenta con permiso para prestar ayuda relacionada con dicha destreza en una emergencia o desastre declarado, sujeto a las limitaciones que el gobernador del estado solicitante pueda establecer por orden ejecutiva.

Protocolos Estatales

Órdenes administrativas del Departamento de Salud

Orden Administrativa Núm. 369 A (22 de septiembre de 2017):

- Durante la respuesta al huracán María se autorizó una dispensa temporera para que un farmacéutico certificado pudiera administrar vacunas en las farmacias y extramuros a la población, de personas desde los siete hasta los diecisiete años.

Orden Administrativa Núm. 369 D (21 de septiembre de 2017):

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

- Se ordenó a la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica otorgar licencias provisionales (de 90 días) a médicos de la jurisdicción de Estados Unidos para prestar ayuda ante la situación de emergencia provocada por el huracán María.

Protocolos

Plan Operacional Conjunto para Incidentes Catastróficos (Gobierno Central de PR)

- Establece los procedimientos necesarios para salvaguardar la vida y la propiedad de la población puertorriqueña ante eventos de desastres, integrando a todas las agencias del gobierno estatal y en sincronización con las agencias federales. El documento define las funciones operacionales, los roles y las responsabilidades de las agencias estatales y federales, antes, durante y después de un incidente que sea o pueda ser clasificado como catastrófico. Se considera al Departamento de Salud en la función 8 (ESF-8).

Plan Básico Operacional de Emergencias y Multi riesgos, Departamento de Transportación y Obras Públicas (DTOP), 2018 (Función 1)

- Todas las solicitudes de transportación deberán ser coordinadas a través de la sección de logística y el proceso de las ESF (prioridad a salud).[34]

Plan Operacional de Emergencias para las Regiones del DSPR, 2018-2019

- Documento que establece las guías de acción a seguir a nivel regional durante eventos de emergencias.

Guía para la planificación de la expansión de la capacidad y los servicios médicos (*medical surge*) de la organización de cuidado de salud ante incidentes con víctimas en masa (DSPR)

- Ofrece una guía para la operacionalización de la expansión médica integrada al nivel estatal, en caso de eventos que resulten en un aumento del flujo de pacientes a gran escala. Este documento pretende coordinar la capacidad del sistema de servicios de salud entre las organizaciones de cuidado de salud y las agencias locales, regionales, estatales y federales.

Manual *Show Me, DSPR*

- Guía de comunicación a ser usada por el personal gubernamental con la población refugiada que tenga limitaciones para la comunicación, durante emergencias.

Guía de Salud Pública en Emergencias y Desastres (junio 2018). DSPR

- Manual de referencia para comunicar información de salud pública a la ciudadanía.

Guía para la Prevención y el Control de Infecciones en los Refugios (Apéndice J). DSPR

---

[34] "El encargado de transportación será responsable de que todos los conductores llenen los tanques de gasolina de sus vehículos y que estos en encuentren en óptimas condiciones. En caso de ocurrir una emergencia, los vehículos serán conducidos por el personal para llevar a cabo los trabajos necesarios. Todo el personal de oficina estará autorizado a dar sus servicios a las diferentes agencias y organizaciones que están laborando en el manejo de las distintas emergencias, pero tendrán que estar autorizadas por el Secretario."

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

- Manual para el control de vectores de enfermedades en los refugios durante periodos de emergencias.

Plan de Preparación ante Emergencias de la Coalición de Servicios de Salud de Puerto Rico (Plan de Preparación 2017-2018)

- Promueve estrategias y tácticas para facilitar las comunicaciones, compartir información clave y considerar los recursos disponibles para la coordinación de la respuesta operacional entre los socios clave y los miembros de la coalición.

Manual sobre Planificación en Desastres para Hospitales (*Coalition Surge Test & Immediate Bed Availability*), PRHHC

- Como parte de los esfuerzos de planificación que promueven el ejercicio para el uso del protocolo *Immediate Bed Avialability* (La ASPR/HCC facilitan el ejercicio). Establece que los socios de las coaliciones logren la disponibilidad de un 20 por ciento de las camas para pacientes con un nivel de cuidado agudo y que tengan implicaciones en la salud pública, dentro de las 4 horas de haberse declarado el desastre. También deberán identificar y proveer el apropiado nivel de cuidado a pacientes en estado agudo.

NORMATIVA FEDERAL

En materia de legislación para emergencias en salud pública, generalmente existe jurisdicción concurrente entre la normativa federal y estatal, siempre que la legislación local no sea incompatible con la legislación federal, o la intención de esta última sea atender el asunto en su totalidad, con exclusión de cualquier otra (doctrina de campo ocupado).

Volunteer Protection Acts of June 18, 1997* (VPA) *(42 U.S.C. 14501-05):

- Ofrece protección por los daños causados producto de actos negligentes del personal voluntariado en el transcurso de su labor rendida. Principalmente cobija: 1) al personal voluntario[35] que preste labor para organizaciones no gubernamentales y que sean sin fines de lucro; 2) y al personal voluntario que se encuentre ofreciendo labores bajo entidades del gobierno, siempre que no obtengan remuneración económica. La aplicación de la ley no requiere que concurra una declaración de emergencia. Entre las excepciones más notables se establecen que si la responsabilidad del voluntario está cobijada por requisitos de licencia profesional, el voluntario deberá estar autorizado por el estado donde se ofrecerá el servicio, mediante licencia o certificación a tales propósitos. Valga destacar que aquellas entidades con fines de lucro, incluidas las instituciones al cuidado de la salud, no pueden beneficiarse de las protecciones de la presente legislación.

***Pandemic and All-Hazards Preparedness Act of 2006* (PAHPA), Pub. L. No. 109-417. (42 U.S.C. 201 et seq.):**

[35] La entidad u organización bajo la cual el voluntario ofrece su servicio no está protegida, sino que solo se protege al voluntario si cumple con los requerimientos de no obtener remuneración por el servicio, estar autorizado localmente a ejercer la profesión a ejecutar, entre otros.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

- Legislación que faculta el desarrollo de medidas para fortalecer el sistema público de salud para que logre responder y atender situaciones de salud pública producto de amenazas biológicas. Requiere que el secretario del Departamento de Salud Federal (HHS) tome en consideración la salud y las necesidades médicas de la población en riesgo durante eventos de emergencia de salud pública. Esta reglamentación es la que monitorea el cumplimiento de la oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública del Departamento de Salud de Puerto Rico. Además, faculta la operación y administración de los fondos para la preparación y respuesta.

***Public Readiness and Emergency Preparedness Act of 2005* (PREP Act), Pub. L. No. 109-148. (42 U.S.C. §§ 247d-6d, 247d-6e):**

- Autoriza al Secretario del HHS a emitir una declaración (Declaración de la Ley PREP) para otorgar inmunidad a entidades e individuos involucrados en el desarrollo, la fabricación, prueba, distribución y administración (excepto por mala conducta intencional) por reclamos de pérdidas causadas, relacionadas, resultantes o derivadas de la administración o uso de medidas contra enfermedades, amenazas y condiciones determinadas por el Secretario del HHS por constituir un riesgo presente o potencial de emergencia en salud pública. Una declaración bajo la Ley PREP tiene el propósito de brindar inmunidad limitada a los propósitos de la misma.

***Federal Tort Claims Act of August 2, 1946 (FTCA)* (28 U.S.C. § 1346(b)):**

- Permite a quienes hayan sufrido daños a su propiedad producto de actos negligentes de empleados federales durante el desempeño de sus funciones oficiales, a establecer un reclamo directo al gobierno federal para que le resarza su daño. En la práctica, el efecto que resulta de la concernida legislación es que los empleados federales en su carácter personal no serán responsables, sino que el gobierno federal se coloca en su posición frente a la presunta víctima.

***42 CFR 482-498 Subpart G Standards and Certifications, Medicare and Medicaid Programs; Emergency Preparedness Requirements for Participating Providers and Suppliers, Final Rule* (Appendix Z):**

- Las 17 instituciones que deben tener planes de desalojo de acuerdo con los CMS, son: los Hospitales; las instituciones de cuidado de salud no-médico religiosos; los centros quirúrgicos ambulatorios; los hospicios; las instituciones de tratamiento residencial psiquiátrico; el cuidado todo incluido para los adultos mayores (PACE); los centros de trasplantes; las instituciones de cuidado a largo plazo; las instituciones de cuidado intermedio para individuos con discapacidad intelectual; las agencias de cuido en el hogar; las instalaciones de rehabilitación ambulatoria comprehensiva; los hospitales de acceso crítico; las clínicas, las agencias de rehabilitación, y las agencias de salud pública, como los proveedores de terapia física ambulatoria y los servicios de patología del habla; los centros de salud mental comunitario; la organización de trasplante de órganos; las clínicas de salud rural (RHC) y los Centros 330 (FQHC); las instituciones para pacientes con condiciones de salud renal en estadio final (ESRD).

***Uniform Emergency Volunteer Health Practitioner Act* (UEVHPA):**

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

- Esta legislación facilita la activación oportuna de los voluntarios por medio de un sistema de registro (*multistate system*) en el cual los estados pueden posibilitar el registro de personal interesado en rendir servicios profesionales voluntarios previo a eventos de emergencia. Esta ley autoriza a las instituciones de salud y a las entidades encargadas del manejo de emergencias (siempre y cuando trabajen con las entidades locales para el manejo de desastres) a emplear a los profesionales registrados en este sistema, luego de validar sus credenciales. Un ejemplo de la aplicabilidad de esta ley es el Cuerpo de Reserva Médica.

***Emergency Management Assistance Compact*, (EMAC), 19 de octubre de 1996, Pub. Law 104-321:**

- El EMAC es un acuerdo interestatal que incluye a los cincuenta estados y a los territorios, incluyendo a Puerto Rico y que permite que se compartan recursos y se brinde asistencia mutua en aquellos casos que el Gobernador declare una emergencia estatal si ésta surge como consecuencia de un desastre. El EMAC dispone que los oficiales y empleados de un estado que sean destacados o transferidos en virtud de este acuerdo se consideren agentes del estado que los solicita para los efectos de responsabilidad civil e inmunidad. De igual manera, el EMAC dispone que ningún estado, ni sus oficiales serán responsables por cualquier acto u omisión de buena fe mientras estén contratados durante el destaque, o debido al mantenimiento, uso de cualquier equipo o suministros relacionados al destaque.

***FEMA Region II Hurricane Annex for Puerto Rico & US Virgin Islands (October 20, 2014)* FEMA**

- Plan que establece cómo será la respuesta federal luego de su activación para asistir a Puerto Rico ante eventos de emergencia producto de huracán.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

APÉNDICE E: RECURSOS REGIONALES

Esta información es para uso del Departamento de Salud. Su divulgación será bajo la directriz del mismo.

Nombre de la facilidad	Dirección	Municipio	Código postal	Región de Salud
Laboratorio Clínico Rodríguez	Calle Gonzalo Marín #111 Suite #1	Arecibo	00612	Arecibo
Lab Clínico Toledo	Calle Palma 51	Arecibo	00612	Arecibo
Laboratorio Clínico Toledo	D-9 Calle Marginal Urb Vista Azul	Arecibo	00612	Arecibo
Quest Diagnostics Laboratorio De Análisis Clínico	Carr. 2 Km 57 Hm2 Cruce Davila	Barceloneta	00617	Arecibo
Lab Clínico y Bacteriológico Santiago	83 Dr. Cueto Suite 3	Utuado	00641	Arecibo
Laboratorio Clínico Campo Alegre	Carr. 130 Mk 11 4 Bo Campo Alegre Pr-134, Hatillo	Hatillo	00659	Arecibo
Laboratorio Clínico San José	Urbanización San Salvador, Marginal A-7	Manatí	00674	Arecibo
Laboratorio Clínico Costa Caribe	Ave De Diego 409	Vega Baja	00920	Arecibo
Laboratorio Clínico Amador	Calle Muñoz Rivera #7	Lares	00669	Arecibo
Laboratorio Clínico Montes	Edif Puerta Del Norte Suite 5	Manatí	00674	Arecibo
Lab Clínico Medi-Serv Inc	Carr. #2, Int Carr. # 638, Bo Domingo Ruiz	Arecibo	00612	Arecibo
Laboratorio Clínico Griselle	Calle 1 D 2 Urb Villa María	Manatí	00674	Arecibo
Laboratorio Clínico Central	Calle Tomas Jordán #5	Utuado	00641	Arecibo
Laboratorio Clínico Toledo	De Diego #32 Bajos	Arecibo	00612	Arecibo
Laboratorio Clínico M Landron Inc	Jose J Acosta 46	Vega Baja	00693	Arecibo
Laboratorio Clínico Morovis	Calle Del Carmen # 20	Morovis	00687	Arecibo
Lab Clínico San Martin	75 Dr. Pedro Albizu Campos St	Lares	00669	Arecibo
Laboratorio Clínico Lomar	Calle Palmer 16	Ciales	00638	Arecibo
Laboratorio Clínico Flores	Calle Comercio #14	Morovis	00687	Arecibo

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Nombre de la facilidad	Dirección	Municipio	Código postal	Región de Salud
Laboratorio Clínico del Centro	53 Ramón Torres Street	Florida	00650	Arecibo
Laboratorio Clínico Montemar II	Ave Las Palmas 22	Barceloneta	00617	Arecibo
Laboratorio Clínico Rodríguez	Calle PH Hernández # 71	Hatillo	00659	Arecibo
Laboratorio Maldonado Aviles	Muñoz Rivera 131	Hatillo	00659	Arecibo
Laboratorio Clínico Manatí	Marginal B6 Urb San Salvador	Manatí	00674	Arecibo
Lab Atlantic Medical Center Inc.	Carr. #2 Km Cruce Davila, Km 57 Hm 8	Barceloneta	00617	Arecibo
Morovis *Community Health Center* Inc	Ave Corozal Esq Patron	Morovis	00687	Arecibo
Lab Clin. Centro de Salud Lares	Carr. 111 Salida San Sebastian	Lares	00669	Arecibo
Camuy *Health Services* Inc	Calle Muñoz Rivera #63	Camuy	00627	Arecibo
Lab Clínico Monroig	Calle Francisco Ávila #113	Querbradillas	00678	Arecibo
Laboratorio Avanzado Emmanuel	Calle Palmer #41	Ciales	00638	Arecibo
Laboratorio Clínico Camuy	Calle Infanzón # 4	Camuy	00627	Arecibo
Lab Hernández López	Calle Rodríguez Irizarry # 162	Arecibo	00612	Arecibo
Laboratorio Clínico López	Muñoz Rivera #111	Camuy	00627	Arecibo
Laboratorio Clínico Manatí II	Mgs *Building* Local Num 101 Urb Flamboyán Calle Marginal B-19 Carr. #2 Km 49 Hm 7 Bo Pueblo	Manatí	00674	Arecibo
Laboratorio Clínico Ling Inc.	Calle Pedro Mora Esq Calle Fraternidad Bo Hato Abajo	Arecibo	00612	Arecibo
Lab Clin. Nancy María	3 Calle Patrón	Morovis	00687	Arecibo
Laboratorio Clínico San Rafael	San Carlos 109 Street	Quebradillas	00678	Arecibo
CDT TMG *Medical Group* Csp	Calle Tomas Davila 1 Barceloneta	Barceloneta	00617	Arecibo
Lab Clínico Román	Ave José De Diego #206	Arecibo	00614	Arecibo
Lab Clin. Hospital Pavia Arecibo	Road 129 Km 0 Hm 7	Arecibo	00612	Arecibo

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Nombre de la facilidad	Dirección	Municipio	Código postal	Región de Salud
Centro Policlínica Familiar Factor Inc	Carr. Num 2 Km 65 Hm 6 Bo Factor I	Arecibo	00612	Arecibo
CDT *Doctors' Center* Arecibo	Carr. #2 Km 80-1 Bo San Daniel	Arecibo	00612	Arecibo
Laboratorio Clínico Caguana	Carretera 111 Km 9-2 Bo Caguana	Utuado	00641	Arecibo
Laboratorio Clínico Las Mercedes	Carr. 2 Km 76-8 Bo Cocos	Quebradillas	00678	Arecibo
Laboratorio Clínico Rivera	Carr. 111 Km 0 Hm 6 Bo Ángeles Utuado	Utuado	00611	Arecibo
Laboratorio Clínico Del Mar	Urb San Demetrio, Numero 6, Bloque Q	Vega Baja	00694	Arecibo
Laboratorio Clínico Nieves	E-7, Calle # 3, Urb Brasilia	Vega Baja	00693	Arecibo
Laboratorio Clínico Ladrón IV	Carr. 682 Km 4, Hm 9, Bo Garrochales	Arecibo	00612	Arecibo
Laboratorio Clínico Sinaí	Carr. 119 Km 9 Hm 2 Bo Camuy Arriba	Camuy	00627	Arecibo
Laboratorio Clínico del Barrio Corcovado	Carr. 493 Km 4 2 Bo Corcovado	Hatillo	00659	Arecibo
Laboratorio Clínico Visalmary	Car #638 Km 6 0 Bo Mira Flores	Arecibo	00612	Arecibo
Clínica Cuidado Médico Inc.	Calle Hospital #4	Ciales	00638	Arecibo
Metro Pavia *Clinic* – Arecibo	273 Calle A	Arecibo	00612	Arecibo
Lab Clínico y Bacteriológico De Ciales Inc.	Calle Corchado #32	Ciales	00638	Arecibo
Laboratorio Clínico San Vicente	Calle Tulio Otero #8	Vega Baja	00694	Arecibo
Laboratorio Clínico Shalom	Carr. #2 Bo Terranova Calle Marginal Del Parque	Quebradillas	00678	Arecibo
Lab Clínico y Bacteriológico Montemar	Carr. 140 Km 63 Hm 4 Bo Magueyes	Barceloneta	00617	Arecibo
Laboratorio Clínico Torremar	Carr. Pr 633 Km 4 Hm 9 Bo Barahona	Morovis	00687	Arecibo
Laboratorio Clínico Los Pinos	Carr Pr-2 Km 67 Hm 7 Bo Santana	Arecibo	00612	Arecibo
Lab Clínico y Bacteriológico del Norte	Carr. Pr-493 Bo Carrizales	Hatillo	00659	Arecibo
Laboratorio Clínico Escribano	Road 639 Km 4 8 Bo Sabana Hoyos	Arecibo	00612	Arecibo

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Nombre de la facilidad	Dirección	Municipio	Código postal	Región de Salud
Laboratorio Clínico Llanadas	Carr. 140 Km 67	Barceloneta	00617	Arecibo
Laboratorio Clínico San Antonio	Carr. Pr-113 Km 13 Hm 6 Bo San Antonio	Quebradillas	00678	Arecibo
Laboratorio Clínico Almirante Norte	Carr. Pr-160 Km 4 Hm 5 Almirante Norte	Vega Baja	00693	Arecibo
Laboratorio Clínico Avanzado Emmanuel Inc.	Carr. Pr-149 Km 3 Hm 0 Centro Comercial Mónaco	Manatí	00674	Arecibo
Laboratorio Clínico Fernández II	Carr. 129 Km 15 Hm 4 Sector Mijan Bo Palmarllano	Lares	00669	Arecibo
Laboratorio Clínico Marbella	Car.r Pr-687 Km 0 Hm 7 Int Urbanización Ciudad Real Barrio Algarrobo Sector Tortuguero 5	Vega Baja	00693	Arecibo
Laboratorio Clínico Escribano	Carretera Pr 639 Km 2 Bo Sabana Hoyos	Arecibo	00988	Arecibo
Laboratorio Clínico del Mar III	Road Pr 686 Km 9 Hm 5 Bo Yeguada	Vega Baja	00693	Arecibo
Centro de Salud Integral en Barranquitas	Calle Barceló 53, Carr. Pr-156	Barranquitas	00794	Arecibo
Laboratorio Clínico Ladrón III	Marginal Elliot Vélez 3 -50 Urb Atenas	Manatí	00674	Arecibo
Laboratorio Clínico Bonet Hernández	Carretera #2 Km 55 Hm 1	Barceloneta	00617	Arecibo
Laboratorio Clínico Shaddai	Carr. 2, Km 99 Bo Cocos	Quebradillas	00678	Arecibo
Laboratorio Clínico *Prymed Medical Care*, Inc.	Carr. 2, Km 39, Hm 8, Bo Algarrobo	Vega Baja	00693	Arecibo
Doctor's Reference Laboratory	Apt. 261, Dr. Pedro Blanco Torre Médica II	Manatí	00674	Arecibo

Tabla 7: Laboratorios clínicos de la Región de Salud de Arecibo

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Nombre IPA	Dirección 1	Dirección 2	Municipio	Teléfono
Aco. del Norte	Villa Los Santos	V1 Calle 16	Arecibo	787-817-3144
Centro de Medicina Familiar del Norte, Inc. Policlínica Familiar del Norte/Phm.	Barrio San Daniel	Carr. #2 Km 81.2	Arecibo	787-625-2500
Access Medical Group	J 11 Calle Elliot Vélez	Esquina Hernández Carrión	Manatí	787-306-8356; 787-289-7814
Centro de Medicina Integral de Manatí, Inc.	Bo. Cotto Félix Córdoba D		Manatí	787-884-4700
North Medical Health, Inc.	Urb. Flamboyán	B23 Calle 3	Manatí	787-884-3065
Allied Select Medical Group	5 Calle Buena Suite 1		Morovis	787-862-4417; 787-862-7646

Tabla 8: Facilidades de IPA para la Región de Arecibo

Durante la fase de respuesta el Centro de Ayuda a Víctimas de Violación socorre a personas víctimas de agresión sexual. Proveen servicios de evaluación forense y trámites legales y judiciales para condiciones resultantes de una agresión, intento, comentario o insinuación sexual no deseada.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

APÉNDICE F: RECURSOS DE APOYO ANTE LA EMERGENCIA

Tipo de instalación	Instalación	Municipio	Dirección física
Hospital	Hospital Metropolitano Doctor Susoni	Arecibo	Calle Palma 55, Arecibo, PR 00612
Hospital	Hospital Metro Pavia Arecibo	Arecibo	PR-129 km 0.7 Ave. San Luis, Arecibo, PR 00613
Hospital	Hospital General de Castañer, Inc.	Lares	Carr. 135 km. 4.5 Castañer, PR 00631
Hospital	*Doctors' Center Hospital* Manatí	Manatí	Carr. 2 km 47.7 Manatí, PR 00674
Hospital	*Encompass Health Rehabilitation Hospital of* Manatí	Manatí	Hospital Doctor's Center, Carr. Estatal PR-2, Km. 47.7, Manatí 00674
Hospital	Manatí *Medical Center*	Manatí	
Hospital	Hospital Metropolitano de la Montaña	Utuado	Calle Isaac González Martínez, Esquina Ledesma Utuado, P.R 00641
Hospital	Centro Médico Wilma N. Vázquez	Vega Baja	Carr. 2 Km. 39.5 Vega Baja, PR 00693
CDT	CDT *Doctor's Center Arecibo*	Arecibo	Carr. PR-2, Km. 80.1, Bo. San Daniel
CDT	Clínica Doctores Montalvo	Arecibo	
CDT	Clínica Dr. Jose A. Marrero Nieves	Arecibo	
CDT	CDT Policlínica Familiar Factor	Arecibo	Carr. 2, Km. 65.6, Bo. Factor Apartado 970 Arecibo PR 00613
CDT	CDT Villa de los Santos	Arecibo	Calle 16 V-1, Villa Los Santos Arecibo, PR 00617
CDT	*Marcano Ambulatory Clinic* – Arecibo	Arecibo	

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Tipo de instalación	Instalación	Municipio	Dirección física
CDT	Metro Pavia *Clinic* Arecibo	Arecibo	Carr. 129, Zona Industrial, Bo. Víctor Rojas 11, Arecibo, PR
CDT	CDT *TMG Medical Group, Barceloneta*	Barceloneta	Calle Tomas Ávila 1 Barceloneta, PR 00617
CDT	Clínicas de Cuidado Médico Inc.	Ciales	Calle Hospital 4
CDT	Policlínica Familiar Florida – CDT	Florida	Calle Arismendi 72 Florida PR 00650
CDT	*Lares Medical Center, Inc.* – CDT	Lares	Bo. Pueblo Carr. 111 Ave. Los Patriotas
CDT	CDT Dr. César R. Rosa Febles Manatí	Manatí	PR- 2, km 50, Calle Quiñones #10
CDT	CDT Policlínica Dr. Guillermo E. Meléndez	Manatí	Carr. PR-685, km, 1 hm 9, Bo. Tierras Nuevas, Manatí
CDT	CDT Policlínica Shalom	Quebradillas	Carr. #2, Km. 101.1 Bo. Terranova
CDT	Quebradillas *Medical Center*	Quebradillas	Carr. PR-2, km 96.8, Bo. Cocos
CDT	CDT Dr. Juan Caparros	Utuado	Calle Betances Núm. 2, Esq. Morel
CDT	*Vega Baja Community Health,* Inc.	Vega Baja	Urb. Villa Pinares 81, Ave. Villa Paseos
FQHC	*Atlantic Medical Center,* Inc.	Arecibo	Carr. #639, km 2.0, sector Candelaria Bo. Sabana Hoyos, Arecibo, PR
FQHC	Corporación de Servicios Médicos	Arecibo	Calle Cervantes #50, Arecibo PR
FQHC	Corporación de Servicios Médicos	Hatillo	Ave. Dr. Susoni #116 Hatillo, PR 00659 PO Box 907 Hatillo PR 00659
FQHC	Centro Integrados de Servicios de Salud	Quebradillas	Calle Rafols #116 Ave. Del Carmen, Quebradillas, PR
FQHC	Corporación de Servicios Médicos	Utuado	Calle Antonio R. Barceló # 5, Utuado
FQHC	*Prymed,* Inc.	Vega Baja	Carr. 2 Km. 39.8 Bo. Algarrobo, Vega Baja PR 00693
FQHC/CDT	*Atlantic Medical Center,* Inc.	Barceloneta	Carr. 2 1995, Cruce Dávila, Barceloneta PR, 00650

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Tipo de instalación	Instalación	Municipio	Dirección física
FQHC/CDT	*Camuy Health Services,* Inc.	Camuy	Ave. Muñoz Rivera #63 Camuy PR
FQHC/CDT	*Prymed*, Inc.	Ciales	Carr. 149, Km. 13.0, Ciales PR, 00638
FQHC/CDT	Centro de Servicios Primarios de Salud, Inc.	Florida	Calle Antonio L. Alcázar #3, Florida PR
FQHC/CDT	Centro Integrados de Servicios de Salud	Lares	Carr. 111 km. 1.9 Bo. Pueblo, Lares PR 00669
FQHC/CDT	*Morovis Community Health Center, Inc.*	Morovis	Calle Patrón #2, Ave. Corozal y Patrón, Morovis PR 00687
Centro de diálisis	*Fresenius Kidney Care Arecibo*	Arecibo	1072 Ave. Miramar Arecibo, Puerto Rico
Centro de diálisis	*Fresenius Kidney Care del Norte*	Arecibo	Ave. San Luis Carr. 129 Arecibo, Puerto Rico
Centro de diálisis	*The Renal Centre of* Lares	Lares	Pr-129 Km. 26 Lares, PR 00669
Centro de diálisis	*The Renal Centre of* Manatí	Manatí	Carr. # 2, Km 47.7, Sector Cotto Sur. Predios Hospital Doctor'S Center, Manatí, Area Industrial Manatí, Puerto Rico
Centro de diálisis	*Fresenius Kidney Care QCDC Vega Baja*	Vega Baja	Carretera #2 Número 3995 Vega Baja, Puerto Rico 00963
Otro tipo de facilidad or CDT	Centro de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles de Arecibo	Arecibo	Carr. 129 Antiguo Hospital Regional Hosp. Cayetano Coll y Toste Detrás Del Hospital
Otro tipo de facilidad or CDT	Centro de Tratamiento Residencial Usuaríos Sc Arecibo	Arecibo	Bo. San Luis Ave. de Diego Urbelo Carr. 2 #405 Arecibo, PR 00612
Otro tipo de facilidad or CDT	Corporación del Fondo del Seguro del Estado	Arecibo	Carr. #2 Ave. Miramar km. 78.7, Barrio Obrero, Arecibo, PR
Otro tipo de facilidad or CDT	Institución Correccional Sabana Hoyos	Arecibo	Bo Manantiales Sector Jobales Carr. 628 km 3.9 Arecibo, PR 00612
Otro tipo de facilidad or CDT	Corporación del Fondo del Seguro del Estado Dispensario Intermedio de Manatí	Manatí	Carr. #2 Km. 48.3 interior Urb. Atenas (Detrás del Correo Federal)
Otro tipo de facilidad or CDT	Corporación del Fondo del Seguro del Estado Dispensario Intermedio De Utuado	Utuado	Carr. 111 Interior 611 Km. 1.7 Ave. Fernando Rivas Dominicci Bo. Viví Abajo, Utuado PR

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Tipo de instalación	Instalación	Municipio	Dirección física
Otro tipo de facilidad or CDT	Centro Transicional de Salud de Vega Baja	Vega Baja	Ave. Trio Vegabajeño Hacia Urb. Villa Pinares 81 Ave. Paseo Vega Baja 00693

Tabla 9: Recursos para la región de Arecibo

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Agencia	Dirección
Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres (NMEAD)	PR-1 Km 24.5, Quebrada Arenas Ward, San Juan PR 00926
NMEAD – Zona Vega Baja	*Emergency Management Office* Calle Blanco Sosa, Esquina Calle Padilla Dávila Vega Baja, PR 00693
NMEAD – Zona Arecibo	Oficina para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres Carretera PR-651 Arecibo, P.R. 00612
Red Sísmica de Puerto Rico	Universidad de Puerto Rico – Recinto de Mayagüez, Edificio D, Mayagüez P.R. 00680
Caribbean Tsunami Warning Program	Universidad de Puerto Rico-Recinto de Mayagüez Edificio D Mayagüez, P.R. 00680

Tabla 10: Recursos para la región de Arecibo—Negociado de Manejo de Emergencias y Administración de Desastres

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

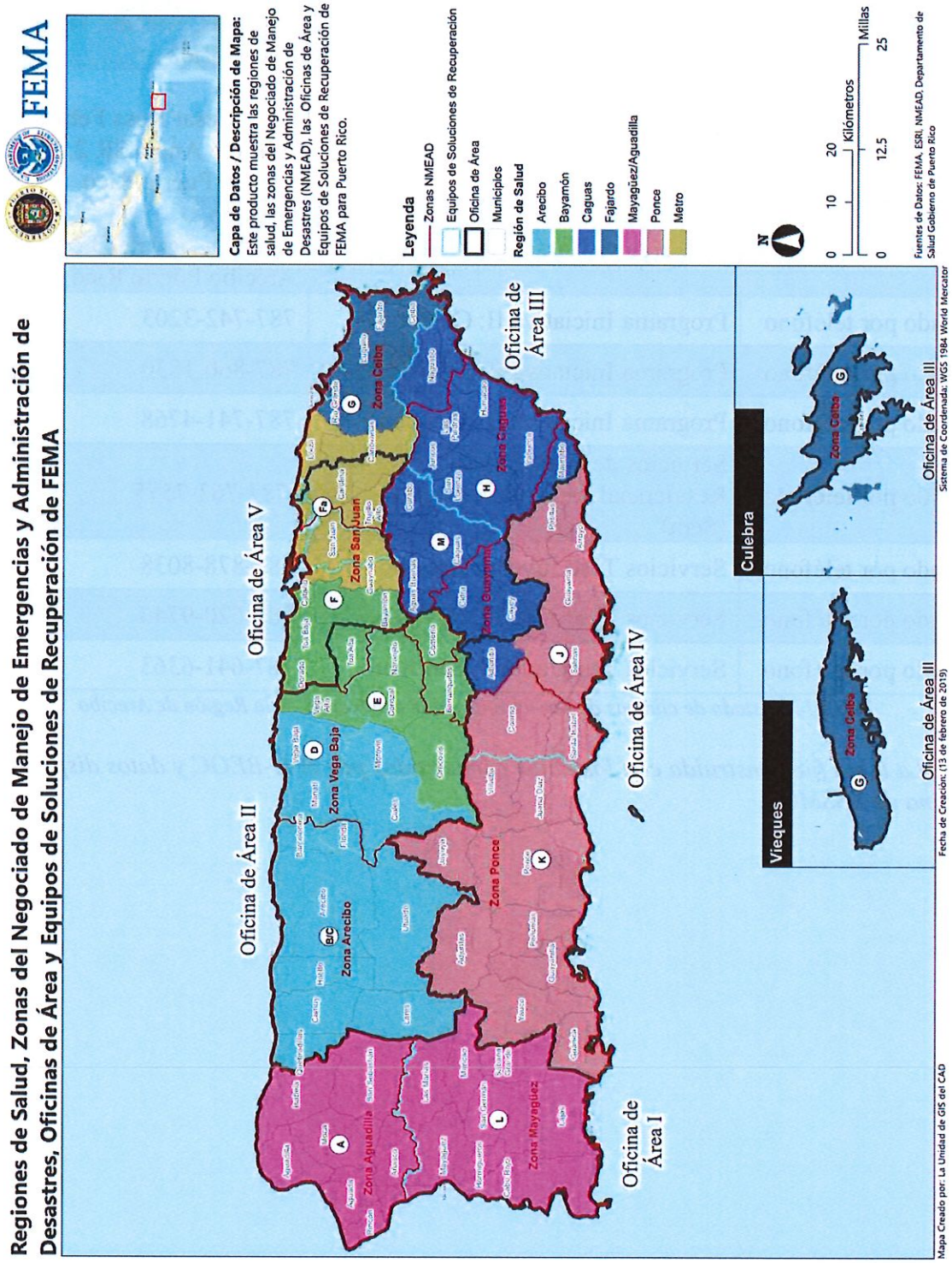
Región	Nombre de la clínica	Dirección
Arecibo	Hospital Pavia Arecibo	Carretera 129, Km 1.0 Av. San Luis, Arecibo, 00613, Puerto Rico
Arecibo	APS *Health Clinic*	Manatí CDT Cesar Rosa Febles Edificio Anejo SR 2, Km 50, Manatí Puerto Rico
Arecibo	APS *Health Clinic*	Arecibo Avenida José de Diego #108, Arecibo Puerto Rico
Operado por teléfono	Programa Iniciativa II: Culebra	787-742-3203
Operado por teléfono	Programa Iniciativa II: Fajardo	787-860-1830
Operado por teléfono	Programa Iniciativa II: Vieques	787-741-4768
Operado por teléfono	Servicios de Tratamiento Residencial Para Adolescentes (Sera)	787-763-7575
Operado por teléfono	Servicios Tasc Juvenil: Arecibo	787-878-8038
Operado por teléfono	Servicios Tasc Juvenil: Bayamón	787-620-9740
Operado por teléfono	Servicios Tasc Juvenil: San Juan	787-641-6363

Tabla 11: Listado de clínicas de servicios de salud conductual en la Región de Arecibo

**Nota: La tabla fue construída con los datos compartidos por el H-BEOC y datos disponibles en la página de ASSMCA.*

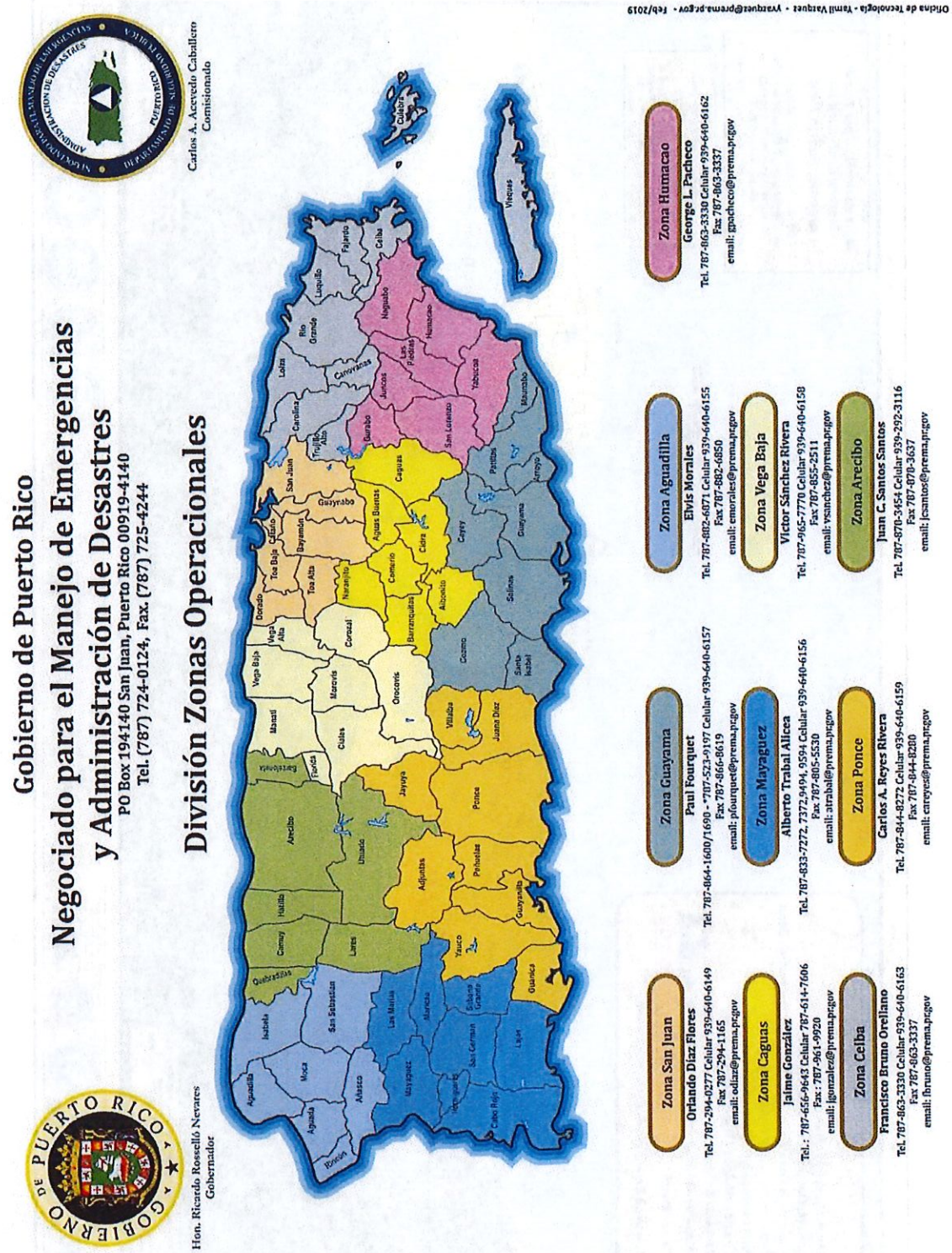
FOR REVIEW PURPOSE ONLY

APÉNDICE G: MAPAS DE REFERENCIA



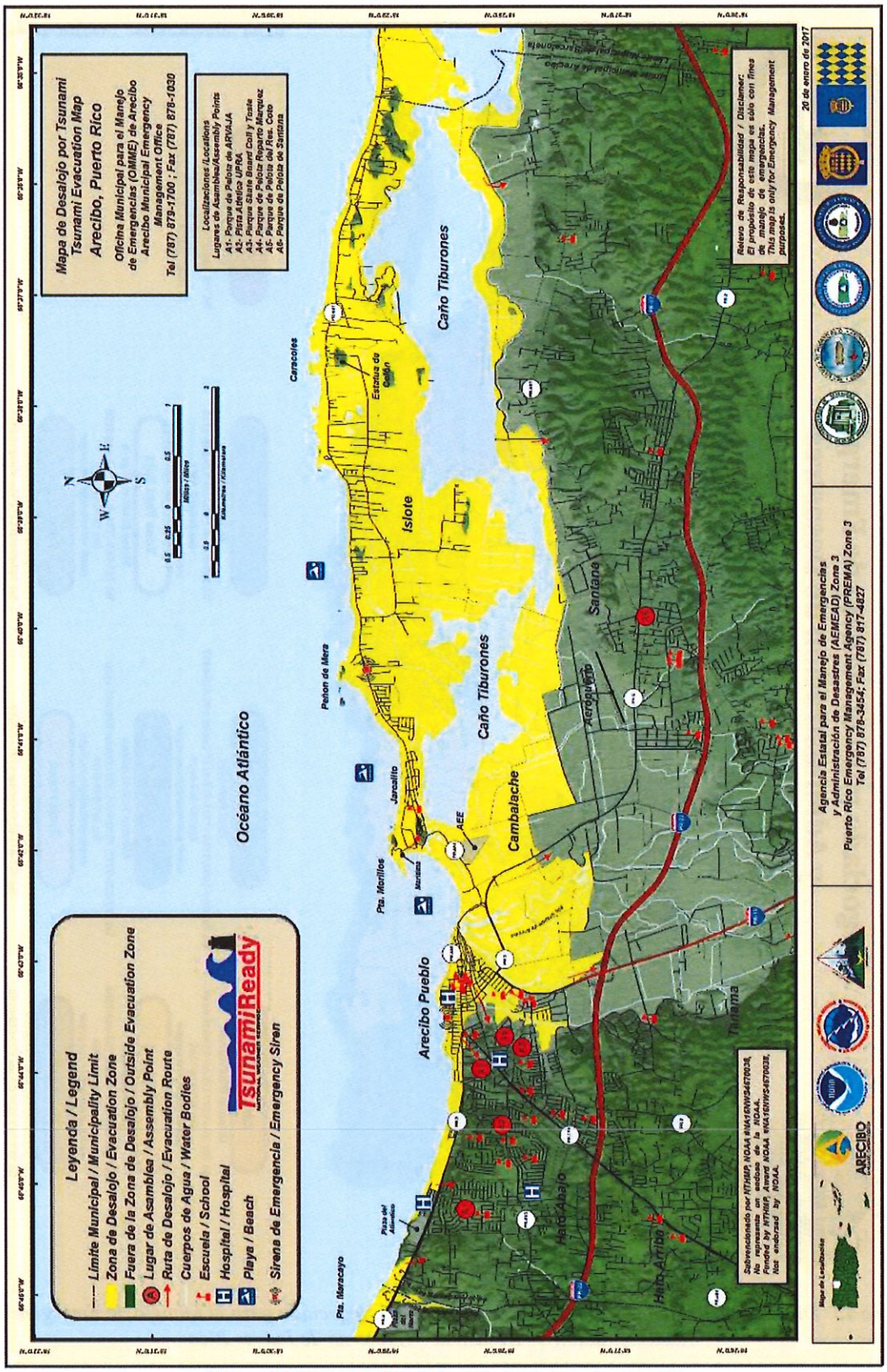
Mapa 14: Regiones de Salud, Zonas del Negociado de Manejo de Emergencias y Administración de Desastres, Oficinas de Área y Equipos de Soluciones de Recuperación de FEMA

FOR REVIEW PURPOSE ONLY



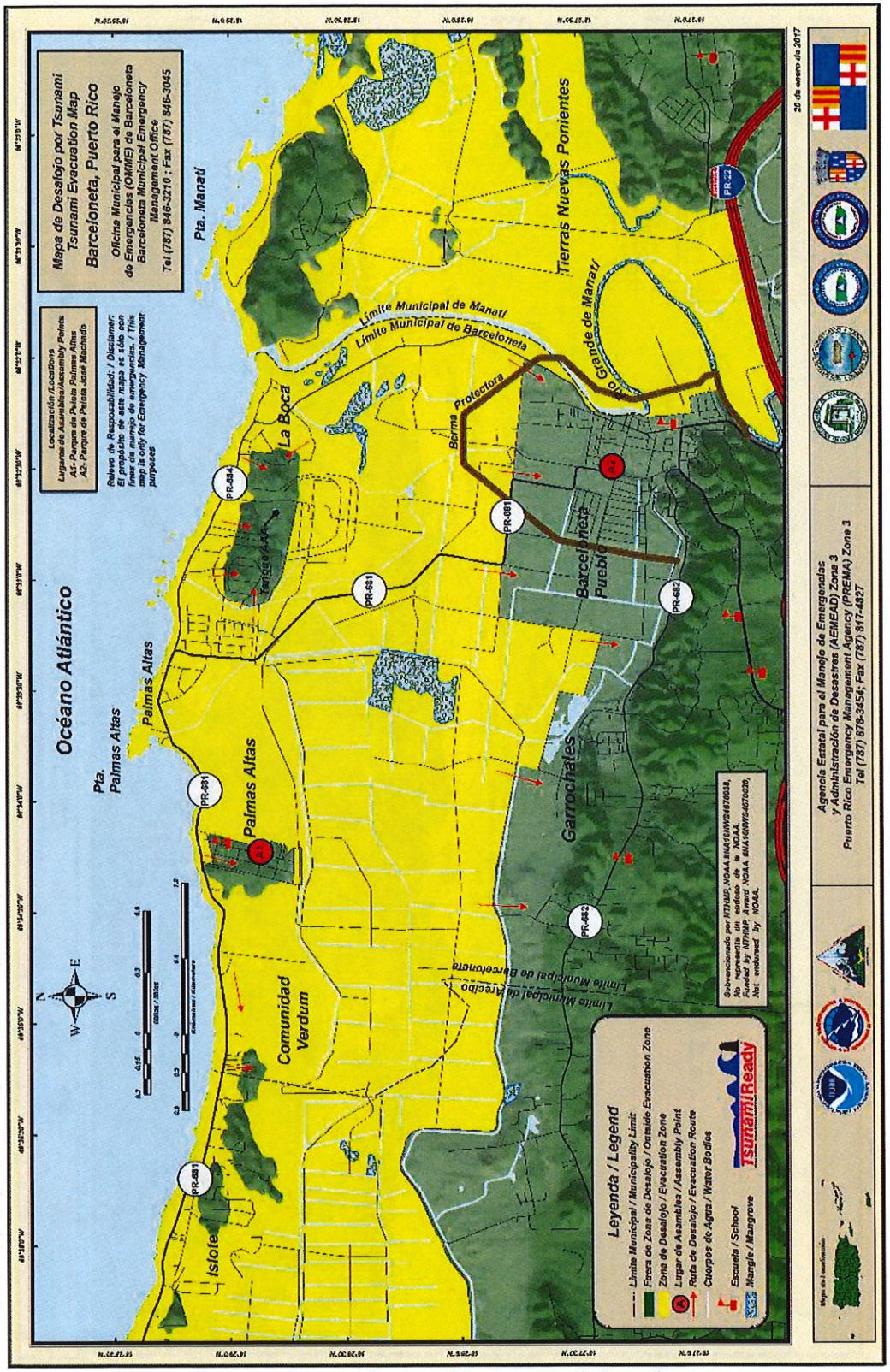
Mapa 15: División de Regiones y Zonas Operacionales del Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres—Gobierno de Puerto Rico

FOR REVIEW PURPOSE ONLY



Mapa 16: Zona de desalojo del municipio de Arecibo

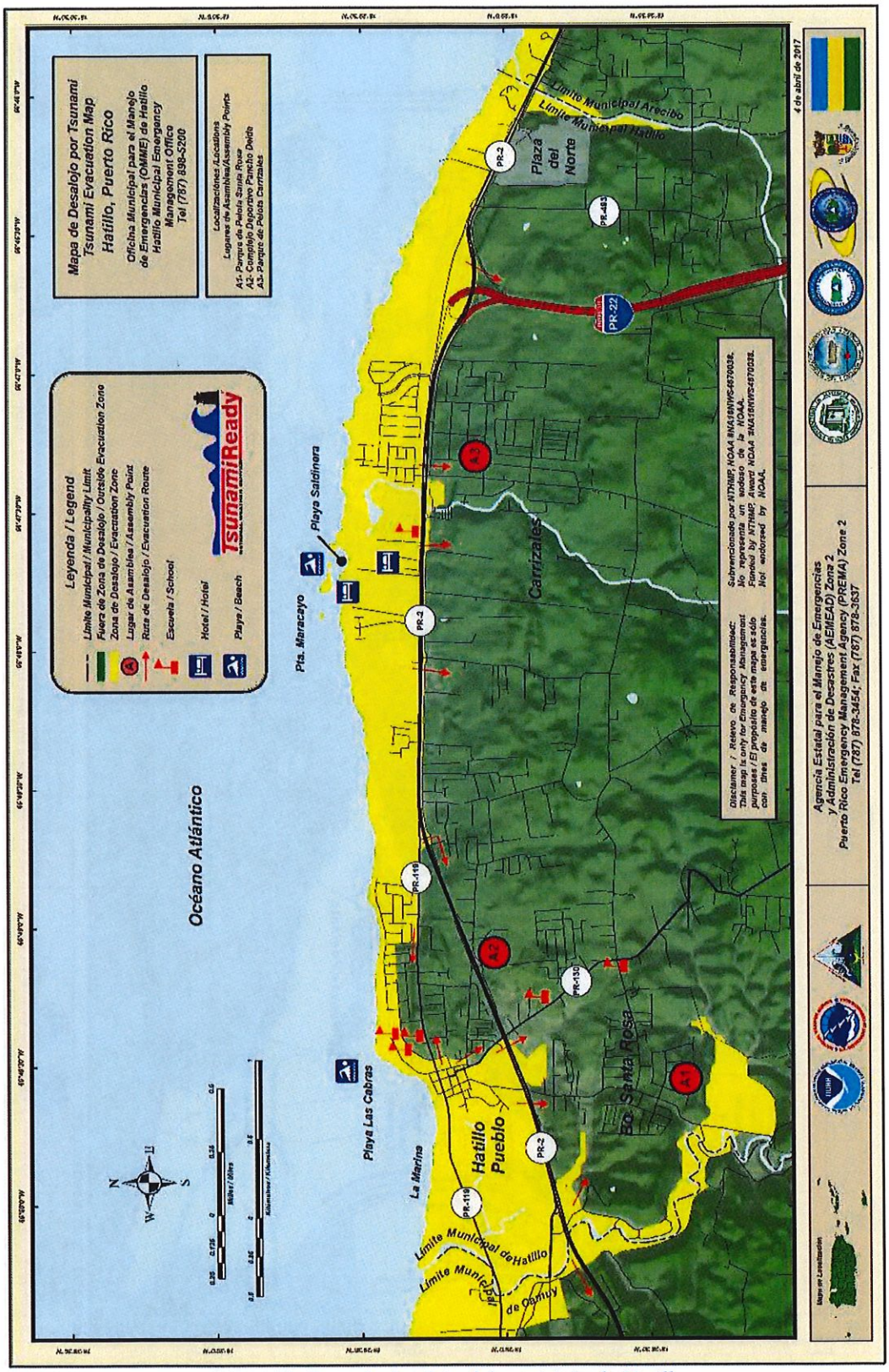
FOR REVIEW PURPOSE ONLY



Mapa 17: Zona de desalojo del municipio de Barceloneta

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

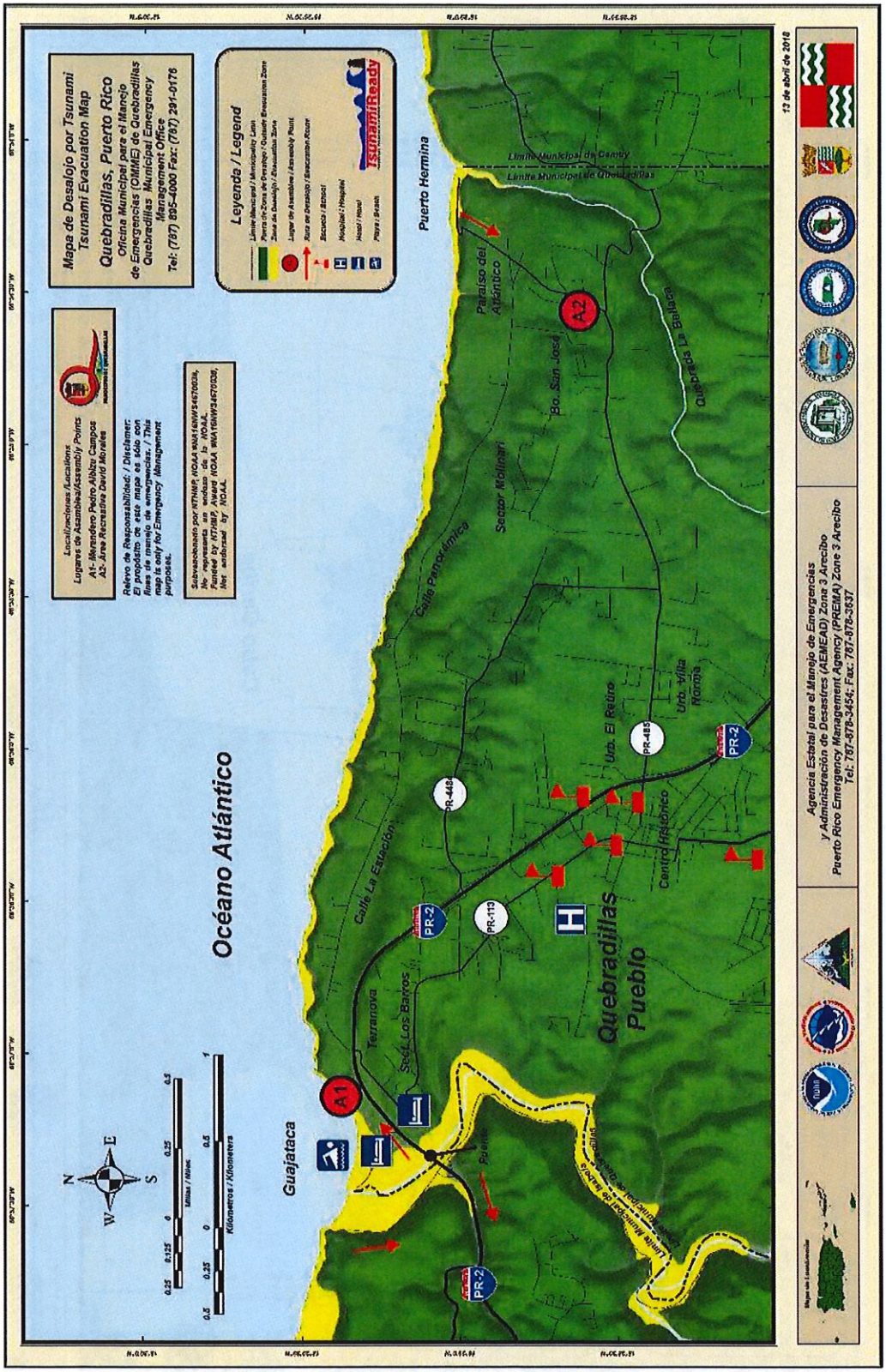
Mapa 18: Zona de desalojo del municipio de Camuy



Mapa 19: Zona de desalojo del municipio de Hatillo

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

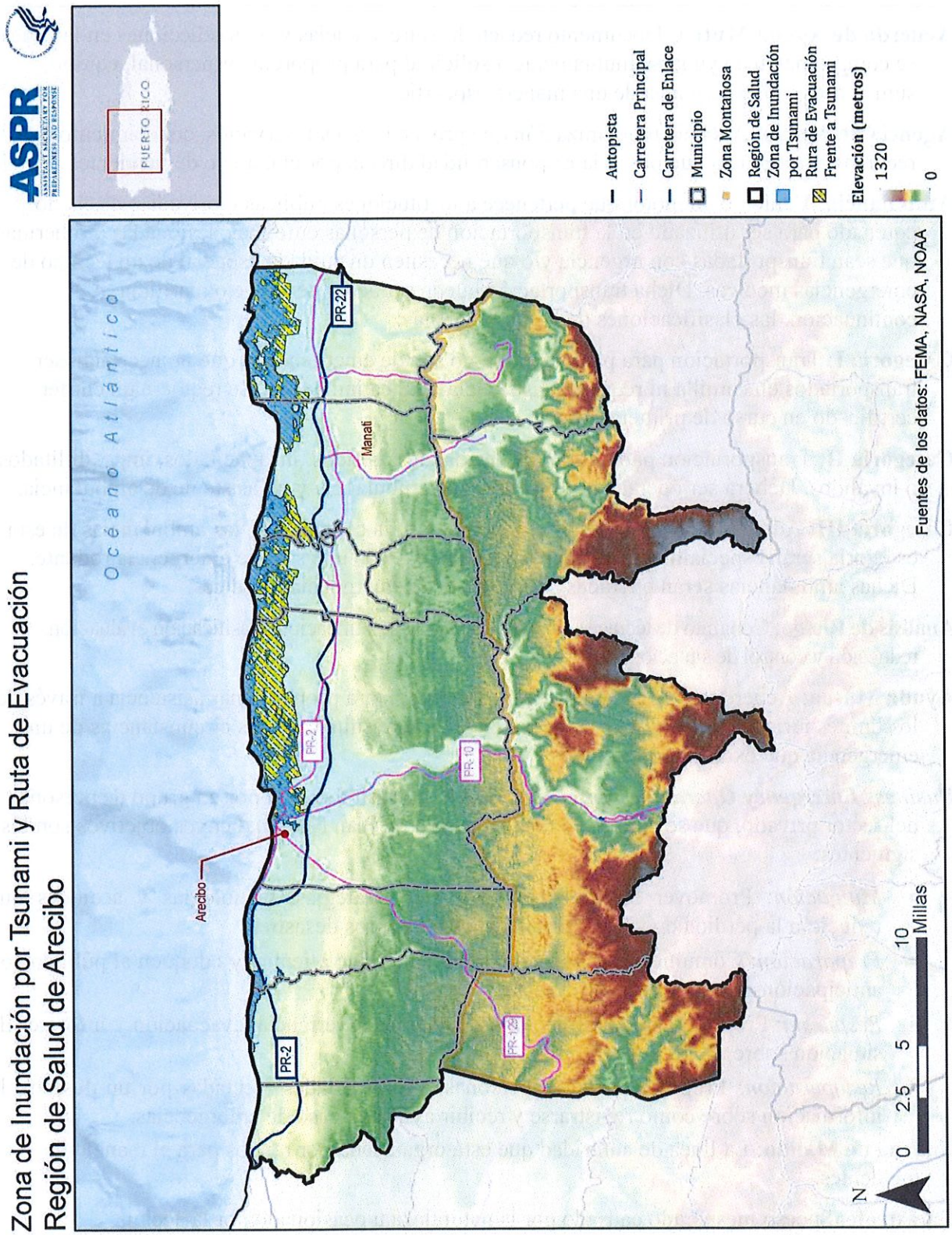
Mapa 20: Zona de desalojo del municipio de Manatí



Mapa 21: Zona de desalojo del municipio de Quebradillas

Mapa 22: Zona de desalojo del municipio de Vega Baja

FOR REVIEW PURPOSE ONLY



Mapa 23: Zonas de inundaciones por tsunami y rutas de desalojo—Región de Salud de Arecibo

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

APÉNDICE H: GLOSARIO

Acuerdo de Ayuda Mutua: Documento redactado entre agencias y/o jurisdicciones en las que se comprometen a ayudarse mutuamente a solicitud para proporcionar personal, equipo, suministros y/o experiencia de una manera específica.

Agencia de Apoyo: Agencia u organización que provee personal, servicios, conocimiento o recursos a la agencia que posee la responsabilidad directa por el manejo de incidentes.

Ambulancia: Vehículo de motor que pertenece a instituciones públicas o privadas, diseñado y equipado para ser utilizado en la transportación de personas enfermas, lesionadas y/o heridas que sean transportadas con urgencia y/o que necesiten un cuidado especial de un técnico de emergencias médicas. Dicha transportación puede ser aérea, terrestre o marítima. A continuación, las clasificaciones de las ambulancias:

Categoría I: Transportación para pacientes que no son de emergencia y que no necesitan ser transportados en camilla ni requieren asistencia médica inmediata. Se requiere un chofer certificado en curso de primera ayuda.

Categoría II: Transportación para enfermos, lesionados, heridos, incapacitados, imposibilitados o inválidos. Deberá ser operada por un chofer de ambulancia y un asistente de ambulancia.

Categoría III: Además de los requisitos establecidos en la categoría II, las ambulancias de esta categoría serán especialmente diseñadas y equipadas con una sala de emergencia rodante. Dichas ambulancias serán operadas por técnicos de emergencias médicas.

Análisis de Riesgo: Conjunto de técnicas disponibles para la identificación, clasificación evaluación, reducción y control de situaciones.

Ayuda Mutua: Acuerdos entre dos o más jurisdicciones para proporcionar asistencia a través de los límites jurisdiccionales, cuando se solicite, como resultado de las circunstancias de una emergencia que exceden los recursos locales.

***Business Emergency Operation Center* (BEOC)**: Coalición formada por un grupo de personas del sector privado, que se han unido como parte de un Plan Nacional cuyos objetivos son los siguientes:

- *Mitigación*: Promover la implementación de estrategias, tecnologías y acciones que reducirán la pérdida de vidas y propiedades en futuros desastres.
- *Preparación*: Comunicar mensajes de preparación que alienten y eduquen al público con anticipación de los eventos de desastre.
- *Respuesta*: Proporcionar al público la notificación, advertencia, evacuación y informes de situación sobre un desastre en curso.
- *Recuperación:* Proporcionar a las personas y comunidades afectadas por un desastre la información sobre cómo registrarse y recibir ayuda en caso de emergencias.

Cadena de Mando: La línea de autoridad que está organizada por rangos para el manejo de incidentes.

Catástrofe: Suceso inesperado causado por la naturaleza u ocasionado por la acción indiscriminada del hombre, el cual afecta a la población del lugar donde se desarrolla.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT): Instalación independiente u operada en combinación con un hospital, que brinda servicios médicos integrados a la comunidad, que incluyen farmacia, laboratorio clínico y radiología; para el diagnóstico y tratamiento de pacientes ambulatorios.

Centro de Operaciones de Emergencia (COE): Localización física en donde se coordina la información y los recursos para apoyar el manejo de incidentes. El uso de COE es una práctica estándar en el manejo de emergencias y es un tipo de centro de coordinación multi-agencial.

Comandante de Incidente: Persona responsable de todos los incidentes, incluyendo el desarrollo de estrategias, tácticas y solicitud de liberación de recursos. Tiene la total autoridad y la responsabilidad de dirigir la operación de un incidente y es responsable del manejo de todas las operaciones en el lugar del incidente.

Comando Unificado: Estrategia del Sistema del Comando de Incidentes utilizada cuando hay más de una agencia con jurisdicción sobre la emergencia o el desastre. Las agencias trabajan juntas a través de sus comandantes o gerentes de incidentes designados en un solo lugar para establecer objetivos, estrategias y planes de acción en común.

Desastre: Resultado de un evento natural o artificial que causa efectos adversos físicos, sociales, psicológicos, económicos o políticos que retan la habilidad de responder rápida y efectivamente.

Desastre "Mayor": Cualquier catástrofe natural (huracán, tornado, tormenta, marea alta, agua impulsada por el viento, maremoto, tsunami, terremoto, erupción volcánica, deslizamiento de tierra o lodo, tormenta de nieve o sequía, o, independientemente de la causa, cualquier incendio, inundación o explosión) en cualquier parte de los Estados Unidos, que en la determinación del Presidente cause daños de suficiente gravedad y magnitud para garantizar una asistencia importante para mitigar el desastre (Definido por la Ley Robert T. Stafford).

Ejercicio de Simulación (TTX): Involucra la discusión de escenarios simulados en un ambiente controlado. Los TTXs pueden ser utilizados para evaluar planes, políticas y procedimientos.

Emergencia: Cualquier situación o circunstancia para la cual sean necesarios los esfuerzos estatales y municipales encaminados a salvar vidas y proteger propiedades, la salud y seguridad pública, o para minimizar o evitar el riesgo de que ocurra un desastre en cualquier parte de Puerto Rico. Esta definición incluye, pero no se limita a, lo siguiente:

(a) La amenaza o condición real que ha sido o puede ser creada por un desastre; o

(b) (i) Cualquier evento natural o artificial u otra circunstancia que resulte en una interrupción de los servicios públicos y que afecte la seguridad, la salud o el bienestar de un residente de Puerto Rico o la capacidad del Gobierno para atender estas circunstancias; o

(b) (ii) Cualquier instancia en que se dañe la propiedad de agencias de servicios esenciales y dicho daño crea una condición peligrosa para el público.

(b) (iii) Cualquier emergencia nacional o estatal, incluidos actos de terrorismo o una autorización del Congreso o declaración presidencial de conformidad con la Resolución de los Poderes de Guerra.

Emergencia (federal): Cualquier instancia para la cual, en la determinación del Presidente, se necesita asistencia federal para complementar los esfuerzos y las capacidades estatales y

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

locales para salvar vidas y proteger la seguridad pública y la propiedad (Ley Robert T. Stafford).

EMTALA: La Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Laboral (EMTALA, por sus siglas en inglés) es una ley federal que requiere que cualquier persona que acuda a un departamento de emergencias sea estabilizada y tratada, independientemente de su estado de seguro o capacidad de pago.

EMTrack: Sistema de seguimiento multifuncional de pacientes basado en la web que se utiliza para seguimiento de los pacientes durante un evento, pero también puede realizar un seguimiento de las propiedades y equipos asociados. Puede rastrear a pacientes, clientes y participantes de eventos y su propiedad en prácticamente cualquier situación, desde desastres naturales y causados por el hombre hasta grandes eventos planificados.

Estimado de Riesgo: Describe el proceso que las instituciones utilizan para estimar y documentar los riesgos potenciales que pudieran impactar la región geográfica, comunidad, facilidad, pacientes e identificar las brechas y retos que deben considerarse y desarrollar un programa de Preparación para Emergencias.

***Federally Qualified Health Centers (FQHCs)*/Centros de Salud Primaria 330**: La instalación que ha llevado a cabo un acuerdo con los CMS y está recibiendo una subvención de Servicios de Salud Pública como un programa o instalación de salud para pacientes ambulatorios. La certificación denominada *Federally Qualified Health Center* (FQHC) significa que tienen una designación del Negociado de Salud Primaria y los Centros de Servicios de *Medicare* y *Medicaid* del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Función de Apoyo de Emergencia (ESF): Grupo de capacidades de los departamentos y agencias federales para proporcionar el apoyo, los recursos, la implementación del programa y los servicios que, probablemente, sean necesarios para salvar vidas, proteger la propiedad, restaurar servicios esenciales e infraestructura crítica y ayudar a las víctimas a volver a la normalidad después de un incidente nacional (Definido por el Plan Nacional de Respuesta).

Hospital Especializado: Hospital que provee cuidado médico a una población específica en términos de tipo de servicios o grupos de edades.

Incidente: Suceso o evento, natural o causado por seres humanos, que requiere respuesta con el fin de proteger la vida o la propiedad de los ciudadanos. Los incidentes pueden incluir desastres mayores, emergencias, ataques terroristas, atentados terroristas, fuegos urbanos, inundaciones, derrame de materiales peligrosos, derrames, accidentes nucleares, accidentes aéreos, terremotos, huracanes, tornados, tormentas tropicales, desastres relacionados a guerras, salud pública, emergencias médicas y otras ocurrencias que requieren respuesta urgente.

***Independent Practice Association* (IPA)**: Grupos médicos que, por asociación, integran especialistas en el área de medicina general, medicina interna, pediatría y obstetricia-ginecología con el fin de brindar evaluación diagnóstica y de tratamiento en el nivel de cuidado primario. Ofrecen servicios preventivos y referidos a cuidado secundario y terciario. Por lo general, se integran a modelos de cuidado coordinado (*managed care*) en programas federales como *Medicaid* (Programa de Asistencia Médica y Plan de Salud del Gobierno o *Medicare* (Part B, C y D). Además, ofrecen programas de promoción de salud y prevención de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, asma y condiciones cardiovasculares.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Interoperabilidad: Capacidad de las distintas redes de comunicaciones de conectar a los usuarios de otras redes.

Medical Surge: Expansión médica.

Microred: Institución que se abastece de recursos ante un evento de emergencia y responde a las necesidades de la comunidad con poca asistencia externa.

Mitigación: Acción sostenida para reducir el impacto de los desastres en las vidas y propiedades.

Poblaciones vulnerables: En el lenguaje de manejo de emergencias y/o desastres, se denominan poblaciones vulnerables a un amplio y diverso grupo de personas, entre ellas, personas con discapacidad, personas con enfermedad mental grave, las minorías étnicas y raciales, los niños y los adultos mayores (Centros para el Control de Enfermedades y Prevención (CDC - *Centers for Disease Control and Prevention* 2005). También se consideran vulnerables las personas sin vehículos, personas con necesidades de dietas especiales, las mujeres embarazadas, las personas institucionalizadas, las personas sin hogar, los aislados geográficamente, entre otros (FEMA-Federal Emergency Management Agency 2003).

Recuperación: El proceso de restaurar a la normalidad a una comunidad luego de un desastre.

Resiliencia: La capacidad de un individuo u organización para recuperarse rápidamente del cambio o la desgracia.

Respuesta: Se refiere a las acciones tomadas para salvar vidas y prevenir daño futuro durante una situación de emergencia o desastre.

Sistema de Comando de Incidentes: Combinación de las instalaciones, el equipo, el personal, los procedimientos y las comunicaciones dentro de una estructura organizativa común, diseñada para ayudar en el manejo de recursos durante incidentes. Se utiliza para todo tipo de emergencias y se puede aplicar a incidentes pequeños o grandes y complejos. El ICS es utilizado por varias jurisdicciones y agencias funcionales, tanto públicas como privadas, para organizar las operaciones de gestión de incidentes a nivel de campo.

Sistema Nacional de Manejo de Incidentes (NIMS): Sistema que brinda un enfoque nacional coherente a los gobiernos federales, estatales, tribales y locales, el sector privado y las organizaciones no gubernamentales para que trabajen de manera eficaz y eficiente en la preparación, respuesta y recuperación de incidentes domésticos, independientemente de la causa, el tamaño o la complejidad. Este sistema incluye un conjunto central de conceptos, principios y terminología para proporcionar interoperabilidad y compatibilidad entre las capacidades federales, estatales y locales.

Técnico de Emergencias Médicas: Persona autorizada y licenciada que ha sido adiestrada en las fases de la tecnología de emergencias médicas incluyendo, entre otras, la comunicación, el cuidado de emergencia al paciente, el mantenimiento del equipo de trabajo, las técnicas y los procedimientos utilizados en las salas de emergencias, el manejo y las transportación de pacientes, también posee conocimientos sobre procedimientos de obstetricia y asistencia en las emergencias respiratorias y cardíacas. Debe tener, además, licencia de chofer del Departamento de Transportación y Obras Públicas y una autorización de la Comisión de Servicio Público.

The Joint Commission: Organización sin fines de lucro que acredita y certifica a organizaciones y programas de cuidado de salud. Su acreditación y certificación es reconocida como símbolo

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

de calidad que refleja el compromiso de la organización de cumplir con ciertos estándares de desempeño.

WebEOC: Software de manejo de información basado en la Web, que proporciona a los tomadores de decisiones, acceso en tiempo real a información crítica que puede compartirse simultáneamente durante las fases de planificación, respuesta y recuperación de un suceso.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

APÉNDICE I: RESUMEN DEL DESARROLLO DEL PLAN

La creación de este documento está fundamentada en un proceso colaborativo de participación basado en las Guía de Preparación Comprensiva de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés). El proceso incluyó las siguientes etapas: identificación de las partes interesadas regionales, descripción de las instituciones que prestan servicios de salud de PR, desarrollo de los planes regionales, revisión, compromisos de participación y entrega de los planes regionales al Departamento de Salud. Dentro de cada etapa se llevaron a cabo diversas actividades de planificación que incluyeron: la recopilación de información, el análisis de datos, las reuniones con los líderes en la respuesta a emergencias y las reuniones participativas y de consulta con los colaboradores regionales y de las instituciones de salud de Puerto Rico.

El proceso de planificación comenzó con la creación de instrumentos y protocolos para la recopilación de información. Posteriormente se continuó con la identificación de los líderes de respuesta a emergencias en el Sistema de Prestación de Servicios de Salud de Puerto Rico, considerando las agencias federales, gubernamentales y el sector privado. Estas personas se desempeñaron como el grupo de planificación para guiar el desarrollo del "Plan de Respuesta Regional ante Emergencias para el Sistema de Prestación de Servicios de Salud de Puerto Rico."

CONOCER Y ENTENDER LA SITUACIÓN

La primera fase de planificación fue comprender la situación actual del sistema de prestación de servicios de salud, luego del paso del huracán María. Con este fin se desarrollaron e implementaron dos instrumentos: el *Healthcare Critical Facilities Survey* y el *Capacity and Capability Assessment Tool*. El primero fue realizado a 174 instituciones que prestan servicios de salud a través de visitas. El segundo fue administrado a hospitales, *Federally Qualify Health Centers* (FQHCs) y Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDTs) a través de correo electrónico. En esta fase, también, se realizaron entrevistas a personas clave del Departamento de Salud cuyo rol principal es la respuesta a emergencias, entre ellos, especialistas de las Coaliciones de Servicios de Salud, los directores regionales, la directora de la oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública y otros líderes.

Además de los datos recopilados a través de los instrumentos, se convocaron reuniones con personal clave de las agencias gubernamentales y privadas a nivel de toda la Isla, representantes de los servicios de salud en el hogar y hospicios, entidades que brindan servicios a poblaciones con necesidades funcionales y de acceso y participantes de las organizaciones que brindan servicios a pacientes que reciben diálisis. El propósito de los encuentros fue conocer los servicios, las funciones y los roles en momentos de emergencias, las necesidades de la población a la que sirven y el impacto regional en sus funciones.

En las reuniones con los representantes a nivel jurisdiccional se obtuvo información sobre su rol actual o potencial en una emergencia y la respuesta a nivel regional y sus percepciones acerca de las barreras y beneficios en la implementación de una Red Regional.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

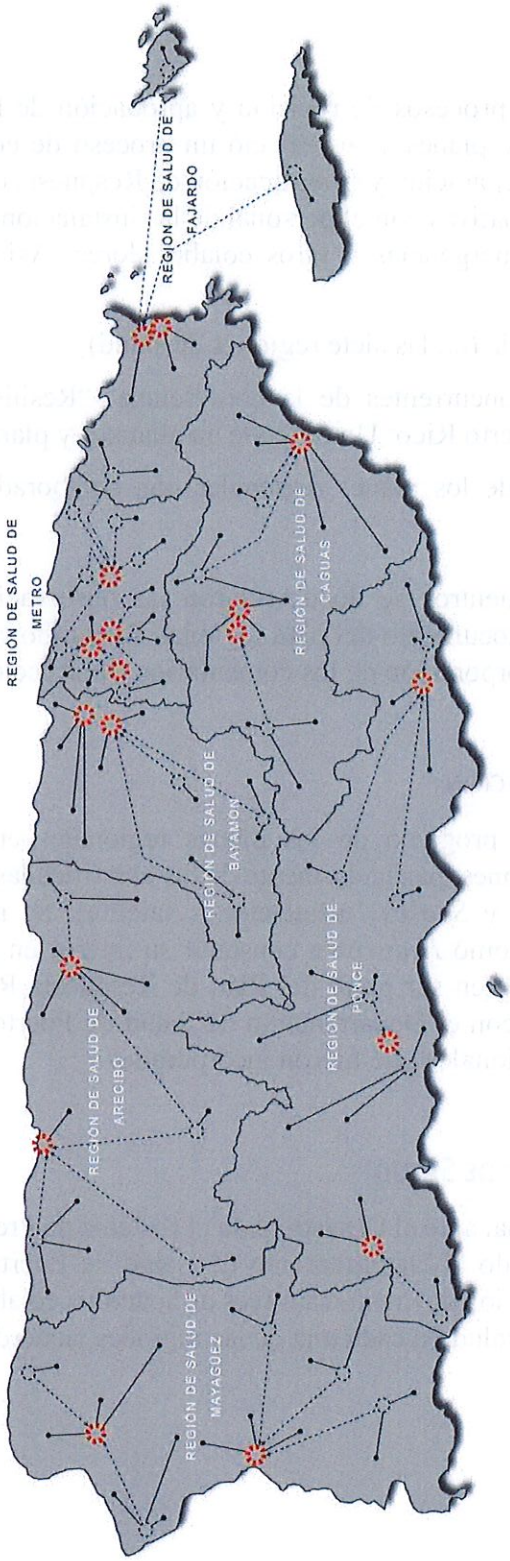
PREPARACIÓN DEL DOCUMENTO DE PLANIFICACIÓN

Para redactar el documento de planificación se trabajó con la documentación de los recursos, activos, brechas y oportunidades regionales y se aplicaron al desarrollo de la red para cada una de las regiones del Departamento de Salud de Puerto Rico. Se asignó a un planificador para cada una de las siete regiones de salud (Arecibo, Bayamón, Caguas, Fajardo, Mayagüez-Aguadilla, Metro y Ponce). Como parte de las actividades de recopilación de datos y elaboración del documento, los planificadores asignados participaron en las siguientes actividades: reuniones de planificación regionales y reuniones con los gerentes del Manejo de Emergencias de Puerto Rico.

Las reuniones de planificación regional se celebraron en cada una de las siete regiones de salud. Se convocaron a los representantes de las instituciones que prestan servicios de salud (hospitales, CDTs, FQHCs, IPAs y centros de diálisis), representantes regionales del Departamento de Salud y otras partes interesadas. En estas actividades se obtuvo información acerca de las capacidades y capacidades potenciales de la región, acuerdos de colaboración existentes o necesarios y protocolos de comunicación de cada uno de los sectores representados, así como su participación y colaboración a nivel intersectorial. Las contribuciones de los participantes fueron medulares para la identificación de las instituciones designadas como *Hubs* y *Spokes* en sus regiones. Además, se documentó su interés de participar en la Red Regional.

En las reuniones con los gerentes de manejo de emergencias en Puerto Rico, se obtuvo información acerca de la activación del sistema de Emergencias, las lecciones aprendidas, las futuras consideraciones para la creación de un plan regional de emergencias y sus perspectivas acerca de las instituciones que podrían componer la Red Regional. Luego de recopilar la información, fue analizada para realizar la preselección de las instituciones que formarían parte del sistema de *Hub-and-Spoke* y redactar la propuesta de la Red Regional.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY



Mapa 24: Representación de las redes regionales de todo Puerto Rico, 2019

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

Revisión

La tercera fase incluyó los procesos de revisión y aprobación de los planes regionales. Con el primer borrador de los siete planes se estableció un proceso de corrección en conjunto con el personal de la Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública. También, se realizaron reuniones participativas con el personal de las instalaciones de salud de las regiones, el personal del Manejo de Emergencias y otros colaboradores. Asimismo, se les convocó a las siguientes actividades:

- Reuniones Preconferencia (en las siete regiones de salud);
- Secciones regionales concurrentes de la conferencia: "Resiliencia y recuperación de los servicios de salud de Puerto Rico: Un enfoque en alianzas y planes regionales;" y
- Reuniones de revisión de los planes regionales con colaboradores regionales (en las siete regiones de salud).

En cada uno de estos encuentros se documentaron las observaciones, los comentarios y las correcciones propuestas al documento del plan regional. El equipo editor de los planes regionales trabajó con el análisis e incorporación de los comentarios y correcciones recibidas.

Compromisos de participación

Para la implantación y el progreso de los planes regionales era importante contar con el compromiso de las instituciones, particularmente de las identificadas para ejercer las funciones de *Hub* (instalación principal) y *Spokes* (instalaciones satélite). Se realizaron visitas a todas las instituciones identificadas como *Hubs* para constatar su interés en participar y se documentó el interés de estas instituciones en ser parte del Plan de Respuesta Regional. Estos encuentros se realizaron en coordinación con el Departamento de Salud de Puerto Rico. Durante las visitas se recibieron comentarios adicionales que fueron incorporados.

Entrega al Departamento de Salud

El Plan de Respuesta Regional ante el Desastre para el Sistema de Prestación de Servicios de Salud de Puerto Rico fue entregado al Departamento de Salud de Puerto Rico. Esta agencia será la encargada de la implementación del mismo a través de acuerdos colaborativos con las instituciones que prestan de servicios de salud en cada una de las regiones, acuerdos interagenciales y el apoyo del gobierno federal.

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

APÉNDICE J: ACTIVIDADES DE PLANIFICACIÓN

Fuente de datos		Período
1	*Healthcare Critical Facility Visits & Survey*	1 de enero al 29 de mayo de 2018
2	*Capacity and Capability Tool for Hospitals*	11 de mayo al 25 de mayo de 2018
3	*Capacity and Capability Tool for CDTs*	29 de junio al 31 de julio de 2018
4	*Capacity and Capability Tool for FQHCs*	5 de julio al 25 de septiembre de 2018
5	*Hospital Data Validation Visits*	14 al 21 de septiembre de 2018
6	Entrevistas a los Especialistas de Coalición de Servicios de Salud de Puerto Rico	mayo a junio de 2018
7	Entrevistas a los Directores Regionales del Departamento de Salud de Puerto Rico	mayo a junio de 2018
8	Reunión con las partes interesadas a nivel estatal	24 de julio de 2018
9	Reunión con *Home Care*	6 de junio de 2018
10	Reunión con entidades que brindan servicios a poblaciones con necesidades funcionales y de acceso	25 de mayo de 2018
11	Reunión con Coalición Renal de Puerto Rico	7 de junio de 2018
12	Reuniones regionales de planificación (en cada una de las siete regiones de salud)	26 de julio al 17 de agosto de 2018
13	Reuniones con los gerentes del Manejo de Emergencias (una en cada uno de los cuatro FEMA Branch)	27 de septiembre al 4 de octubre de 2018
14	Reuniones pre-conferencia (una en cada una de las siete Regiones de Salud)	19 al 26 de octubre de 2018
15	Secciones regionales concurrentes de la conferencia: "Resiliencia y recuperación de los servicios de salud de Puerto Rico: Un enfoque en alianzas y planes regionales"	31 de octubre de 2018
16	Reuniones de revisión de los planes regionales con colaboradores regionales (una en cada una de las siete regiones de salud)	27 al 30 de noviembre de 2018
17	Reuniones con las instituciones *Hub* (instalación principal) *(11 reuniones)*	4 al 13 de diciembre de 2018

Tabla 12: Fuente de información para el desarrollo de la red regional

APÉNDICE K: MIEMBROS DEL EQUIPO DE PLANIFICACIÓN

HSS-RSF

- Himilce Vélez-Almodóvar, MS Healthcare System Branch Director
- Lorinet Martell, MPH, RRHSN Project Team Lead
- Yesarel Y. Pesante Sánchez, JD, MS, Regional Planner
- Dra. Beatriz Quiñones-Vallejo, Editor/Revisor
- Héctor García-Maldonado, MPH, Editor/Revisor
- HHS Support
  - Lcda. Elizabeth De Santiago
  - José Sala, MD
  - Priscilla Báez
  - Bárbara Rexach
  - Diego Olivarez
  - Emily Topalanchik
  - Abraham Roberts
  - Frank Vázquez
  - Antonio Rodríguez
  - Dra. Gabriela González
  - Maya Méndez, MPH
  - Delany Torres Salazar, PhD
  - Leslie Whiting, MPH
  - Pedro Cruz, MPH
  - Michael Karfunkle

Departamento de Salud de Puerto Rico

- Dr. Marcos F. González Barreto – Director Regional
- Sonia Carrasquillo

Oficina de Preparación y Respuesta en Emergencias en Salud Pública

- Jessica Cabrera-Márquez – Directora
- Lisa Millán – Analista de Planificación de la Coalición de Servicios de Salud de PR
- Edna Quiñones – Gerente de Preparación Hospitales
- Eduardo Jové Pérez – Departamento de Salud, Coordinador de Zona
- José Flores Santiago – Departamento de Salud, Coordinador de Zona

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

- Claudia De Feria – Especialista de Coalición- región Arecibo
- Yanice Cesáreo Díaz – Departamento de Salud, Bioseguridad

Otro personal de apoyo

- Wanda Rosado – Presidenta Coalición, Región de Arecibo
- Robin Rusell Orama – Hospital Castañer
- Luis A. López Rojas – *Manatí Medical Center*
- Dra. María Siragusa Ávila – Hospital Wilma Vázquez
- Carlos R. Travieso – *Manatí Medical Center*
- Yolanda Cruz – *Hospital Manatí Medical Center*
- Ivelisse García – *Hospital Doctor's Center Manatí*
- José Sánchez Gastaliturri – CDT. Dr. Meléndez
- Milagros Nieves – *Fresenuis Kidney Care*
- Elizabeth Rodríguez – *Fresenius Kidney Care*
- Evelyn Figueroa Bonilla – *Atlantis Healthcare*
- Ileana Pérez Feliciano – *Atlantis Healthcare*
- Lirio A. Díaz Rivera – *Morovis Community Health Center, Inc.*
- Magda Báez – Centro de Servicios Médicos Primarios (Florida)
- Alfredo Rodríguez – *Atlantic Medical Center*
- Christine Reyes – Metro Pavía
- Iván Jiménez – Pavía
- Manuel Félix Ortiz – PREMA
- Oscar Sotomayor – PREMA
- Juan C. Álvarez Colón – FEMA
- Keishla Vélez Alicea – FEMA
- José Ayala – OMME, Vega Baja
- Ted Ocasio – NCEM
- Efraín Torres – PREMA
- Melissa Pérez Soto – FEMA
- Thomas Ortiz – FEMA
- Rosana Rodríguez – FEMA
- José R. Sánchez – Asociación de Laboratorios Clínicos
- Gladys E. Robes – *Hospital Manatí Medical Center*

FOR REVIEW PURPOSE ONLY

- Azucena Negrón – *Fresenius Kidney Care, Arecibo*
- Yesenia Delgado – Clínica de Cuidado Médico
- José F. Flaqué – *Atlantis Healthcare*
- Eduardo Aponte – *Atlantis Healthcare*
- Evelyn Santiago – *Healthsouth Manatí*
- Jorge Caballero – *Healthsouth Manatí*
- Edison Cruz – Metropolitano Utuado
- Domingo Monroig – Hospital Castañer
- Rigoberto Hernández – CDT Lares
- Jean C. Ríos – CSM IPA 19

FOR REVIEW PURPOSE ONLY