



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 Ponce



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

Plan Preliminar: 12 de febrero de 2019



TABLA DE CONTENIDO

ACRÓNIMOS	3
INTRODUCCIÓN	9
ESTRUCTURA DE LA REGIÓN	14
CONCEPTO DE OPERACIONES	19
RED REGIONAL	22
COMUNICACIÓN	31
TRANSPORTACIÓN.....	41
FUERZA LABORAL	46
ACUERDOS COLABORATIVOS Y ASISTENCIA EXTERNA	50
CAPACIDAD DE LAS INSTALACIONES	54
INSTALACIONES	54
ESTRATEGIAS Y RETOS EN LA IMPLANTACIÓN	58
REFERENCIAS	60
APÉNDICE A: COMPONENTES DE LA FASE DE PREPARACIÓN RELACIONADOS AL PLAN DE RESPUESTA REGIONAL ANTE EMERGENCIAS DEL SISTEMA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	70
APÉNDICE B: PRIORIZACIÓN DE SERVICIOS DURANTE EMERGENCIAS	72
APÉNDICE C: PERFIL REGIONAL DETALLADO	74
GEOGRAFÍA DE LA REGIÓN	74
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	79
ECONOMÍA	84
CONDICIONES O EVENTOS DE SALUD.....	86
APÉNDICE D: ASPECTOS LEGALES	90
ANDAMIAJE JURÍDICO-LEGAL (ESTATAL).....	93
ÓRDENES EJECUTIVAS	100
PROTOCOLOS ESTATALES.....	100
NORMATIVA FEDERAL.....	102
APÉNDICE E: RECURSOS REGIONALES	105
APÉNDICE F: RECURSOS DE APOYO ANTE LA EMERGENCIA	118
APÉNDICE G: MAPAS DE REFERENCIA	123
APÉNDICE H: GLOSARIO	137
APÉNDICE I: RESUMEN DEL DESARROLLO DEL PLAN	142
CONOCER Y ENTENDER LA SITUACIÓN	142
PREPARACIÓN DEL DOCUMENTO DE PLANIFICACIÓN.....	143
REVISIÓN	145
COMPROMISOS DE PARTICIPACIÓN	145
ENTREGA AL DEPARTAMENTO DE SALUD	145
APÉNDICE J: ACTIVIDADES DE PLANIFICACIÓN	146

ACRÓNIMOS

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

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

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

MCM	<i>Medical Countermeasures</i>
MMC	<i>Mayagüez Medical Center</i>
MOA	<i>Memorandum of Agreement</i>
MOU	<i>Memorandum of Understanding</i>
MRC	<i>Medical Reserve Corps</i> Cuerpo de Reserva Médica
MRI	<i>Magnetic Resonance Imaging</i>
NCEMPR	Negociado del Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico
NDMS	<i>National Disaster Medical System</i>
NDRF	<i>National Disaster Recovery Framework</i>
NICU	<i>Neonatal Intensive Care Unit</i>
NIMS	<i>National Incident Management System</i> Sistema Nacional de Manejo de Incidentes
NMEAD	Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres
NMRT	<i>National Medical Response Team</i>
NPI	<i>National Provider Identifier</i>
NRF	<i>National Response Framework</i> Marco de Respuesta Nacional
NTHMP	<i>National Tsunami Hazard Mitigation Program</i> 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	<i>Outreach, Screening, Assessment, and Referral Program (crisis counseling model)</i>
OSHA	<i>Occupational Safety and Health Administration</i> Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (PR OSHA)
PACE	<i>Program of All-Inclusive Care for the Elderly</i> Programa de Cuidado Todo-Incluido para los Adultos Mayores
PAHPA	<i>Pandemic and All Hazards Preparedness Act</i>
PBM	<i>Pharmacy Benefit Management</i>
PCP	<i>Primary Care Physician</i> Médico de Cuidado Primario
PHE	<i>Public Health Emergency</i>

PHEP	<i>Public Health Emergency Preparedness</i>
POC	<i>Point of Contact</i> Punto de Contacto
POD	<i>Point of Dispensing</i> Punto de Despacho
POE	Plan Operacional de Emergencia
PPE	<i>Personal Protective Equipment</i>
PRASA	<i>Puerto Rico Aqueduct and Sewer Authority</i> Autoridad de Acueductos y Alcantarillados (AAA) de Puerto Rico
PRDE	<i>Puerto Rico Department of Education</i> Departamento de Educación de Puerto Rico
PRDF	<i>Puerto Rico Department of Family Affairs</i> Departamento de la Familia de Puerto Rico
PRDOH	<i>Puerto Rico Department of Health</i> Departamento de Salud de Puerto Rico
PREMB	<i>Puerto Rico Emergency Management Bureau</i>
PREPA	<i>Puerto Rico Electric Power Authority</i>
PRHCC	<i>Puerto Rico Health Care Coalition</i> Coalición de Cuidados de Salud de Puerto Rico
RCM-UPR	Recinto de Ciencias Médicas – Universidad de Puerto Rico
RSA	Región de Salud de Arecibo
RSF	<i>Recovery Support Function</i> 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	<i>State Emergency Operations Center</i> Centro de Operaciones de Emergencia Estatal
SIM	Salud Integral en la Montaña, Inc.
SNF	<i>Skill Nursing Facilities</i> Facilidades de Cuidado Diestro de Enfermería
SNS	<i>Strategic National Stockpile</i>
SOP	<i>Standard Operating Procedures</i> Procedimientos de Operación Estándar

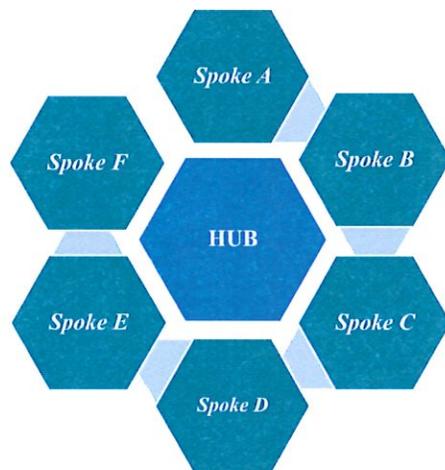
SOS	Sesiones Orientadas a Soluciones
SUV	<i>Sport Utility Vehicle</i>
TJC	<i>The Joint Commission</i> Comisión Conjunta de Acreditación Facilidades de Salud
TEM	Técnico de Emergencias Médicas
TRACIE	<i>Technical Resources, Assistance Center, and Information Exchange (ASPR)</i>
TTX	<i>Tabletop Exercise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

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 Rico¹. 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.

DIAGRAMA MODELO *HUB-AND-SPOKE*



Rol y Responsabilidad

<i>Hub(s)</i>	<i>Spoke(s)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios y cuidado secundario y terciario • Provee servicios y cuidado especializados para eventos de emergencias y desastres • Provee apoyo y coordina en un comando unificado lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comunicaciones ✓ Transportación ✓ Ayuda mutua ✓ Suplidos/suministros 	<ul style="list-style-type: none"> • Cernimiento clínico, estabilización y cuidado primario • Provee suplidos a instalaciones • Colabora con Hospitales, CDTs, FQHCs, grupos primarios o IPAs, entre otros tipos de instalaciones; estabiliza y provee servicios a poblaciones cercanas • Alcance y cuidado a poblaciones vulnerables

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 de los servicios esenciales en una emergencia. Al mismo tiempo, el *Hub* deberá contar con la infraestructura necesaria para funcionar

¹Guía 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

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 instituciones vecinas. 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 de *Hub-and-Spoke* podría brindar servicios a otras instituciones de regiones de salud colindantes.

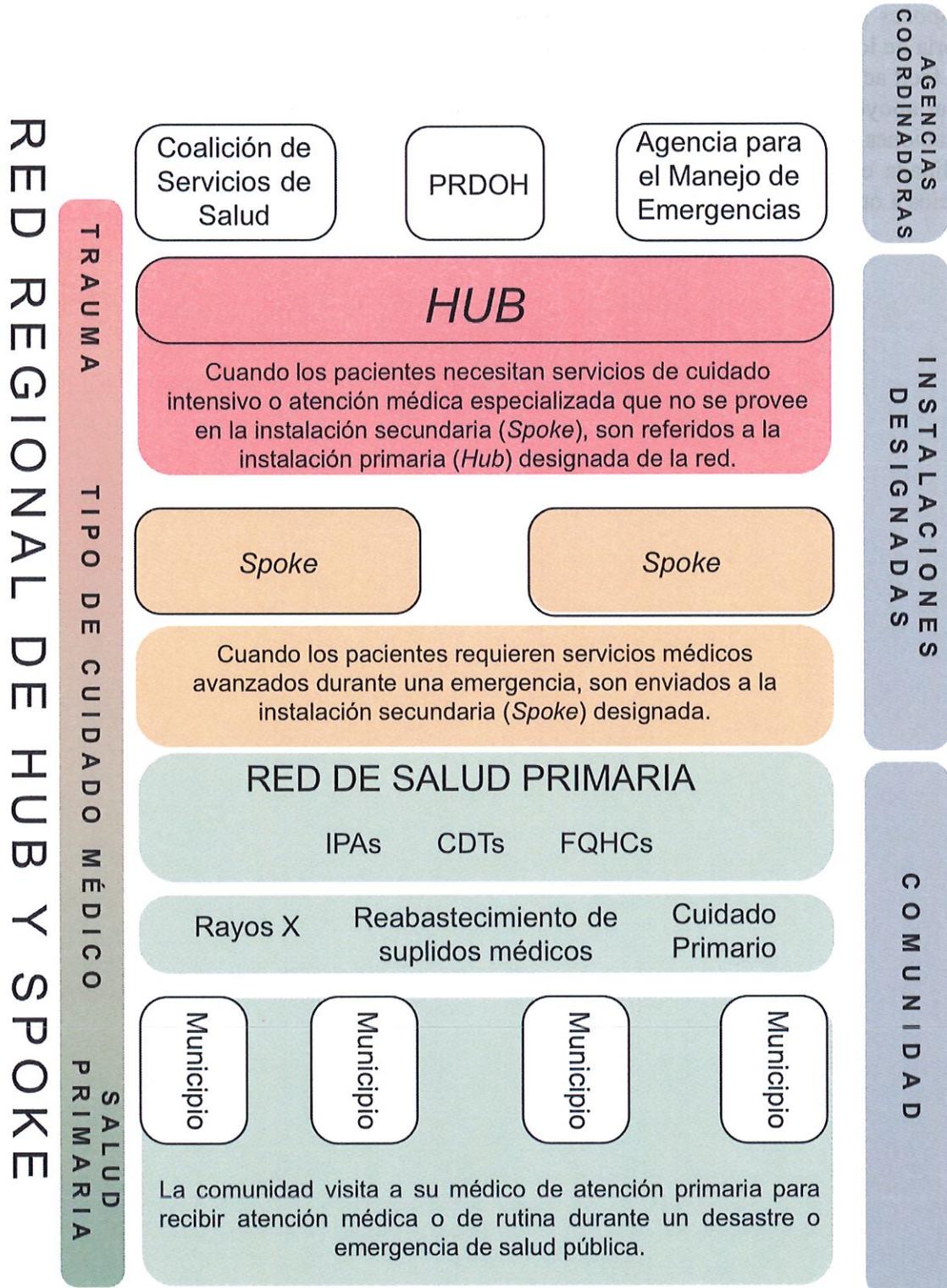


Figura 2: Flujo de pacientes para la red regional de Hub-and-Spoke

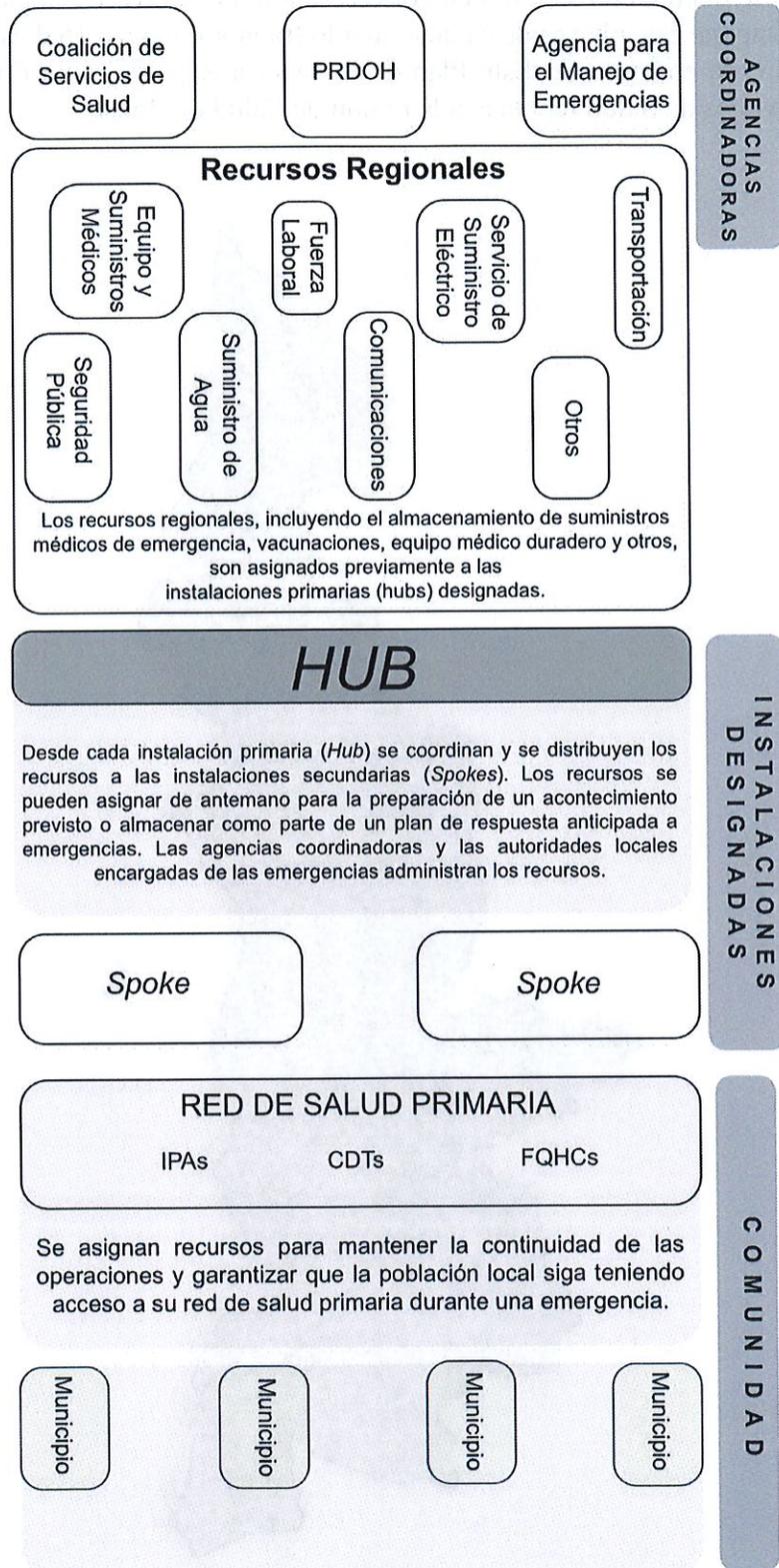
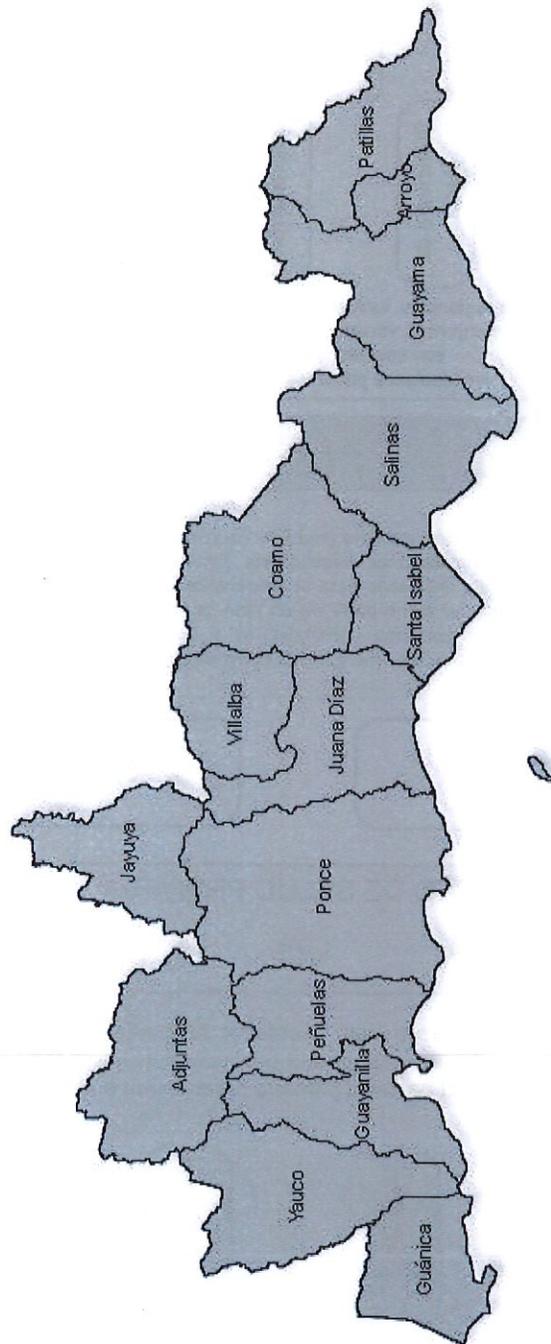


Figura 3: Flujo de recursos para la red regional de Hub-and-Spoke

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 Ponce.



Mapa 1: Región de Salud de Ponce y sus municipios

ESTRUCTURA DE LA REGIÓN

Descripción geográfica

La región está ubicada al sur de Puerto Rico. Los municipios de la región son: Guánica, Yauco, Guayanilla, Peñuelas, Ponce, Juana Díaz, Santa Isabel, Salinas, Guayama, Arroyo y Patillas quedan a orillas del Mar Caribe. Los municipios localizados en la región montañosa de esta región son Adjuntas, Coamo, Jayuya y Villalba. Estas 15 municipalidades ocupan un área de 827 millas cuadradas y están a unas 40 millas del municipio de San Juan. Los 15 municipios que comprenden la región de Salud de Ponce están desplegados en dos zonas del Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres (NMEAD).

Esta región tiene un historial de situaciones de emergencia de diferente índole, entre ellas:

- ◆ El deslizamiento de terreno en el barrio Mameyes de Ponce ocurrido el 7 de octubre de 1985. Este fenómeno fue provocado por las lluvias de una onda tropical estacionaria que produjo, aproximadamente, 24 pulgadas de lluvia en un periodo de 24 horas. Alrededor de 120 casas fueron destruidas y 130 personas perecieron. Se recuperaron 40 cadáveres.
- ◆ El paso del huracán Georges el 21 de septiembre de 1998. Este huracán de categoría 3 cruzó la Isla de este a oeste, afectando a todo Puerto Rico con vientos de 115 millas por hora. En términos de la zona sur del país, el 96 % de la población quedó sin servicio de energía eléctrica y el 77 %, sin servicio de agua. Se estimó que el 50 % de los cables y postes eléctricos fueron destruidos. La Isla perdió el 95 % de las cosechas de guineos y plátanos, el 75 % de la cosecha de café, además de pérdidas en la industria avícola de un 65 %. Se reportaron 28,005 casas destruidas y 72,605 viviendas quedaron parcialmente destruidas. Es considerada la emergencia que más dinero requirió de las autoridades para la recuperación del país. Dejó 65,000 residencias sin techo, 29,000 personas refugiadas en 426 albergues y requirió de \$1,720,867,892 para ayudar a los afectados y reconstruir la infraestructura afectada del país.
- ◆ El incendio de llantas en Aguirre en 2000 provocado intencionalmente. Este incendio consumió miles de neumáticos en un almacén de la antigua central azucarera Aguirre utilizado por una empresa privada. Fue tal su magnitud, que los bomberos tardaron un mes en extinguirlo. Las comunidades aledañas estuvieron expuestas al humo que emanaba de la combustión. Dejó pérdidas cercanas a \$2 millones y 100 trabajadores de la empresa quedaron sin trabajo.
- ◆ El huracán María tocó tierra el 20 de septiembre de 2017, dejando al municipio de Ponce totalmente incomunicado, sin servicio de energía eléctrica y sin servicio de agua en algunas zonas. Ponce y Peñuelas fueron declarados municipios “destrozados” por sus respectivos alcaldes. Este fenómeno provocó la inundación del río Luchetti afectando el tránsito en el expreso en dirección a Mayagüez y provocando que cientos de personas tuvieran que esperar un promedio de seis horas en la carretera.

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 de Salud de Ponce cuenta con una amalgama de centros que prestan servicios de salud y se distribuyen de la siguiente manera ²:

Municipios	Hospital	Hospital/FQHC (330)	Hospital/Centro de diálisis	FQHC (330)	FQHC (330) /CDT	CDT	Centro de diálisis	TOTAL
Adjuntas	-	-	-	1	-	1	-	2
Arroyo	-	-	-	-	1	-	-	1
Coamo	-	-	-	-	-	1	-	1
Guánica	-	-	-	1	-	1	-	2
Guayama	1	-	-	1	-	1	2	5
Guayanilla	-	-	-	-	-	1	-	1
Jayuya	-	-	-	1	-	1	-	2
Juana Díaz	-	-	-	1	-	1	1	3
Patillas	-	-	-	-	1	-	-	1
Peñuelas	-	-	-	1	-	-	-	1
Ponce	5	-	-	2	1	4	4	16
Salinas	-	-	-	-	-	1	-	1
Santa Isabel	-	-	-	1	-	2	-	3
Villalba	-	-	-	1	-	1	-	2
Yauco	1	-	-	1	-	-	1	3
TOTAL	7	0	0	11	3	15	8	44

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

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

A continuación algunos supuestos para el desarrollo de la Red.

Supuestos de la planificación regional

Es necesario enumerar los supuestos de planificación para realizar una planificación regional eficiente ante un evento de emergencia. 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 región presenta un alto riesgo de vulnerabilidades topográficas e hidrográficas por la propensión de terreno a deslizamientos en las zonas montañosas localizadas en la parte norte de la región, así como zonas inundables en el área que discurre a lo largo de los Ríos Tallaboa,

² Capacity and Capability Survey Analysis (mayo de 2018). Information and Data Systems Branch, Health and Social Services Recovery Support Function, Assistant Secretary for Preparedness and Response, U.S. Department of Health and Human Services.

en Peñuelas; el Río Guayanilla; el Río Yauco; y el Río Loco, en Guánica. Además, hay zonas inundables y propensas a maremotos en la parte sur de la región, entre Patillas y Guánica por los Ríos Portugués y Bucaná en Ponce y el Río Jacaguas en Juana Díaz. También, en la zona oriental de la región se encuentran los Ríos Guamaní, Nigua, Río Grande de Patillas, Río Chico y Jacoboa en Patillas y el Río Maunabo, en dicho municipio. En la parte sur de la región se encuentra el llano costanero, terreno propenso a inundaciones como resultado y efecto de lluvias torrenciales en las zonas montañosas donde nacen los ríos que inundan las áreas aledañas a las cuencas.

- ◆ El tramo de carretera PR-1 que empieza en la salida de Ponce y se extiende hasta el sector Tallaboa, se encuentra en zona vulnerable a inundaciones por maremotos o marejadas ciclónicas resultantes de un huracán categoría 3 a 5, que podrían inhabilitar el acceso vial hacia el municipio de Yauco o Ponce en ambas direcciones. Además, el acceso vial hacia Adjuntas por la carretera PR-10 es propensa a deslizamientos de tierra y derrumbes.
- ◆ Las áreas de alta densidad poblacional situadas en las zonas urbanas de Ponce, así como las áreas montañosas y boscosas en los municipios de Patillas, Arroyo, Guayama, Salinas, Jayuya, Adjuntas, Coamo, Juana Díaz, Yauco y Guánica presentan un desafío para el acceso y la prontitud en el cuidado de salud de estas poblaciones.
- ◆ El Hospital Pavía Yauco y sus clínicas disponen de recursos propios para su auto sustentabilidad y proveen limitada asistencia externa para acopiar recursos, dado que la corporación matriz, Metro Pavía, los han designado como *Hub* corporativo para sus propias instalaciones en la región.
- ◆ 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, 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 Ponce (HCC-Ponce) es un ente facilitador y coordinador durante la respuesta para todas las instalaciones de prestación de 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. Así mismo, 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 Administración 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.
- ◆ Es necesario la colaboración inter regional para maximizar los recursos humanos y materiales durante la respuesta aguda y sostenida en caso de que una region 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 la responsabilidad.
- ◆ 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 aislen 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 según las consideraciones que existen en los 15 municipios. Las consideraciones a tomar en cuenta son las siguientes:

- ◆ Los municipios con mayor susceptibilidad de sufrir un maremoto son Patillas, Arroyo, Guayama, Salinas, Santa Isabel, Juana Díaz, Ponce, Peñuelas, Guayanilla (la zona del malecón) y Guánica, ya que están ubicadas en las costas.
- ◆ La Bahía y Estuario de Jobos entre Salinas y Guayama, así como el Bosque Estatal de Guánica son áreas de preservación natural y ambiental que podrían ser afectadas por un evento de emergencia.
- ◆ La población de niños menores de cinco años es de 28,238 niños (5.4%) y las personas de 65 años o más cuentan en números 77,729 personas (14.9%).
- ◆ Las áreas de mayor densidad poblacional son las zonas urbanas del municipio de Ponce y Guayama. Las zonas montañosas de Adjuntas, Jayuya, Guánica, Peñuelas, Guayanilla, Salinas, Patillas y Arroyo están altamente pobladas, tienen mayor densidad poblacional que en sus cascos urbanos.

CONCEPTO DE OPERACIONES

La designación de las instituciones seleccionadas para asumir el rol de *Hub* o *Spokes* 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 los *Hub* y *Spokes* en la Región de Salud de Ponce se designarán en la fase de respuesta, en la que se ubicarán los recursos para la atención, los accesos y la prontitud de los servicios críticos definidos. Los *Hubs* y *Spokes* de esta región se clasifican como: *Hub* subregional y *Spokes*. A continuación, se incluyen las definiciones de estas clasificaciones:

- ◆ *Hub* subregional: es la institución primaria en la que se asentarán los recursos para el manejo de emergencias y el lugar desde el cual se distribuirán estos recursos hacia los *Spokes*.
- ◆ *Spokes*: son las instituciones que reciben los recursos necesarios de los *Hubs* subregionales para efectuar la prestación de servicios de salud.

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

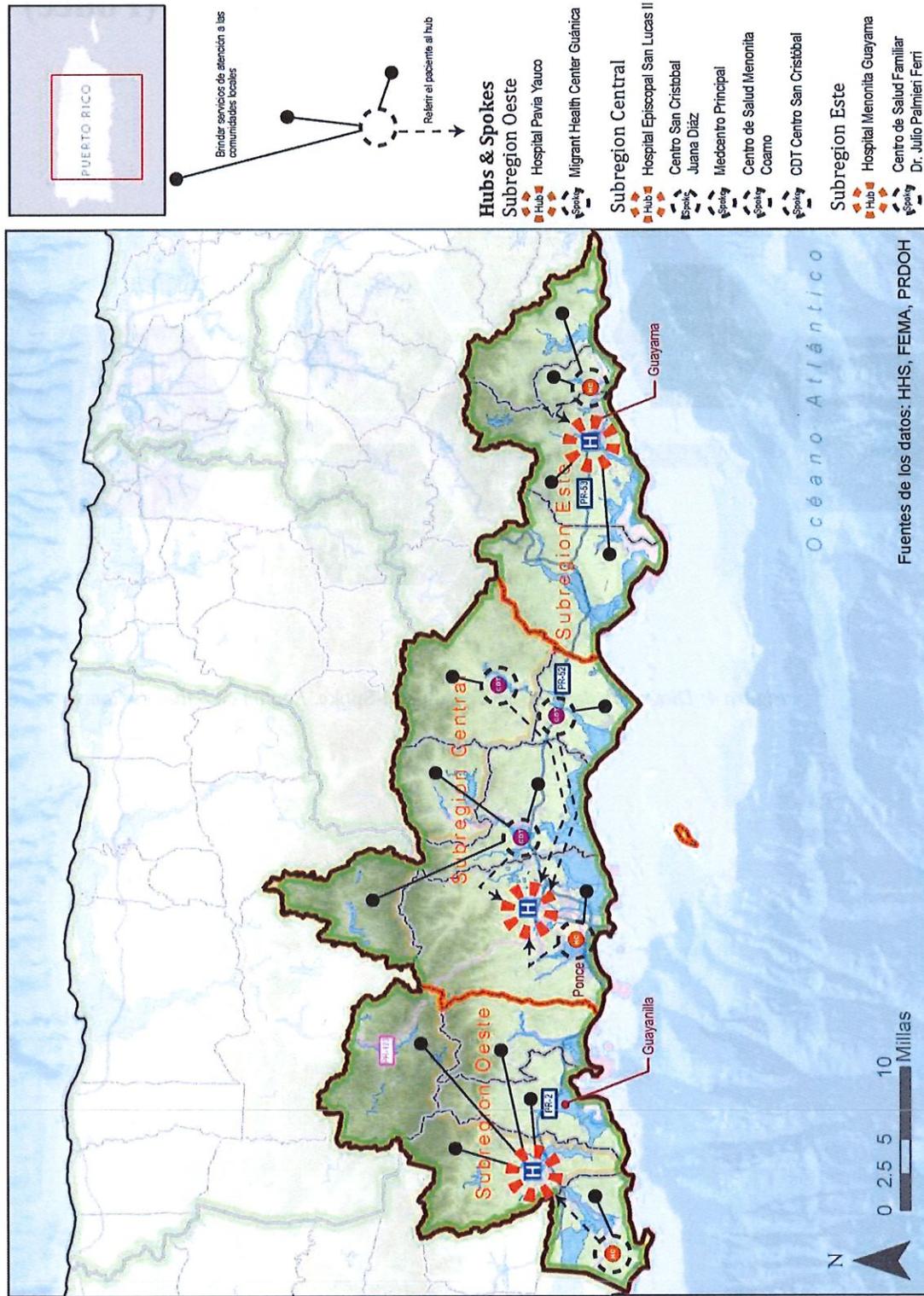
Las operaciones son a nivel inter e intra sector
dependiendo del tipo de emergencia/desastre y su
alcance e impacto.



Figura 4: Diagrama del Modelo de Hub-and-Spoke, Región de Salud de Ponce



Ubicación de los Hubs-y-Spokes en la Región de Salud de Ponce



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

RED REGIONAL³

Este plan toma en consideración las prioridades en la prestación de servicios y las funciones que proveerá cada institución hospitalaria de la Región de Salud de Ponce durante una emergencia. Se pone particular énfasis en la fase de preparación, que incluye la organización, la ubicación y la disposición de los materiales y los equipos necesarios en la región a fin de asegurar la continuidad de operaciones y la prestación de servicios de salud. Las características sociodemográficas y de salud de la población perteneciente a la región de Ponce demandan un acercamiento específico en la preparación de planes de respuesta y recuperación, siendo una de sus prioridades hacer accesibles los servicios para las personas con discapacidad, las personas de edad avanzada y las que necesitan tratamiento de diálisis.

Tomando en consideración las vulnerabilidades geográficas y demográficas de la región, se ha determinado que los *Hubs* de la Región de Salud de Ponce serán:

- ◆ Hospital Episcopal San Lucas II – *Hub* subregional central
- ◆ Hospital Pavia Yauco – *Hub* subregional oeste
- ◆ Hospital Menonita Guayama – *Hub* subregional este

Estas instituciones cuentan con la capacidad o la capacidad potencial para responder a las necesidades de la población, asumir un rol en la emergencia y apoyar la región en el posicionamiento de suplidos.

Por otra parte, se plantea que los *Spokes* estén ubicados en zonas rurales haciendo de estos centros de salud idóneos para la respuesta, la atención a las comunidades cercanas y la distribución de recursos de ser necesarios. El objetivo es que se proporcionen más cuidados en el entorno ambulatorio, donde se pueden reducir los costos, aumentar el acceso y administrar la atención preventiva y post-aguda eficientemente. Por la gama de servicios ofrecidos, su localización y el uso de la red de *Hub-and-Spoke* como primera línea de respuesta, los *Spokes* propuestos son los siguientes:

- ◆ Med Centro Principal – Consejo de Salud
- ◆ Centro San Cristóbal – Juana Diaz
- ◆ *Migrant Health Center* (Guánica)
- ◆ Centro de Salud Menonita Coamo
- ◆ CDT Centro San Cristóbal – Santa Isabel
- ◆ Centro de Salud Familiar Dr. Julio Palmieri Ferri, Inc. (Arroyo)

³ Para propósitos de este plan se referirá a las instituciones de prestación de servicios de salud bajo el nombre registrado bajo la Secretaría Auxiliar de Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud del Departamento de Salud de Puerto Rico.

Subregion central



Figura 5: Flujo de pacientes para la red subregional central de Hub-and-Spoke en la Región de Salud de Ponce

Hub: Hospital Episcopal San Lucas II

Spokes:

- ◆ Med Centro Principal – Consejo de Salud
- ◆ Centro San Cristóbal – Juana Díaz
- ◆ Centro de Salud Menonita Coamo
- ◆ CDT Centro San Cristóbal – Santa Isabel

Las primeras dos instituciones organizaciones cuentan con su propia red. Esto facilita la distribución de los suministros y servicios entre sus propios centros, fortaleciendo la capacidad de respuesta regional. San Cristóbal, cuenta con facilidades en Juana Díaz, Santa Isabel y Villalba. Med-Centro tiene facilidades en Ponce, Juana Díaz, Peñuelas y Villalba.

Subregion oeste

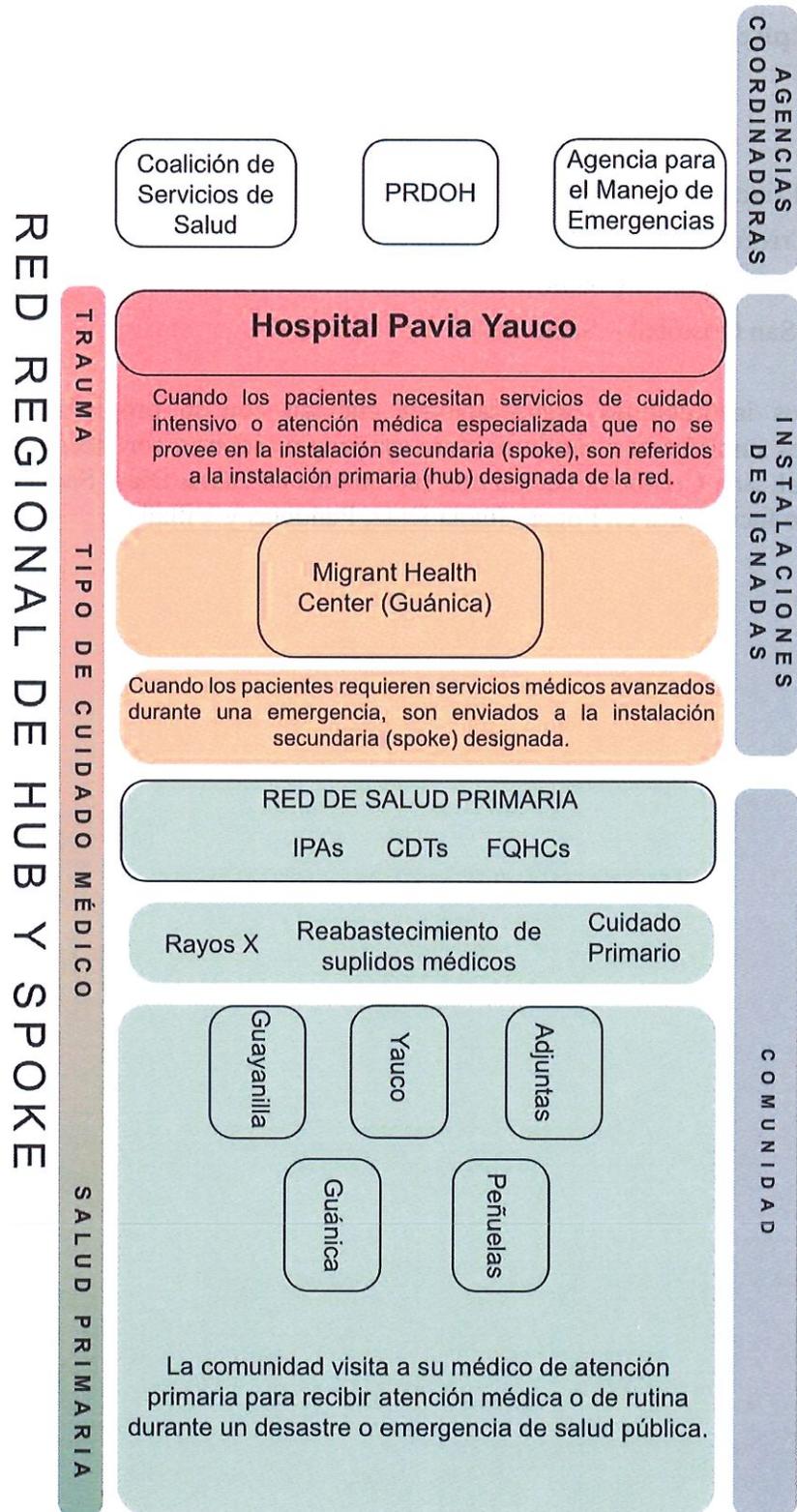


Figura 6: Flujo de pacientes para la red subregional oeste de Hub-and-Spoke en la Región de Salud de Ponce

Hub: Hospital Pavia Yauco

Tiene una unidad de Salud Mental y una localización céntrica.

Spoke:

◆ *Migrant Health Center (Guánica)*

Cuenta con otro centro en la región que está ubicado en Yauco. Tienen programa de vacunación, farmacia, laboratorio, salud mental, educación en salud y poseen una unidad móvil.

Subregion este

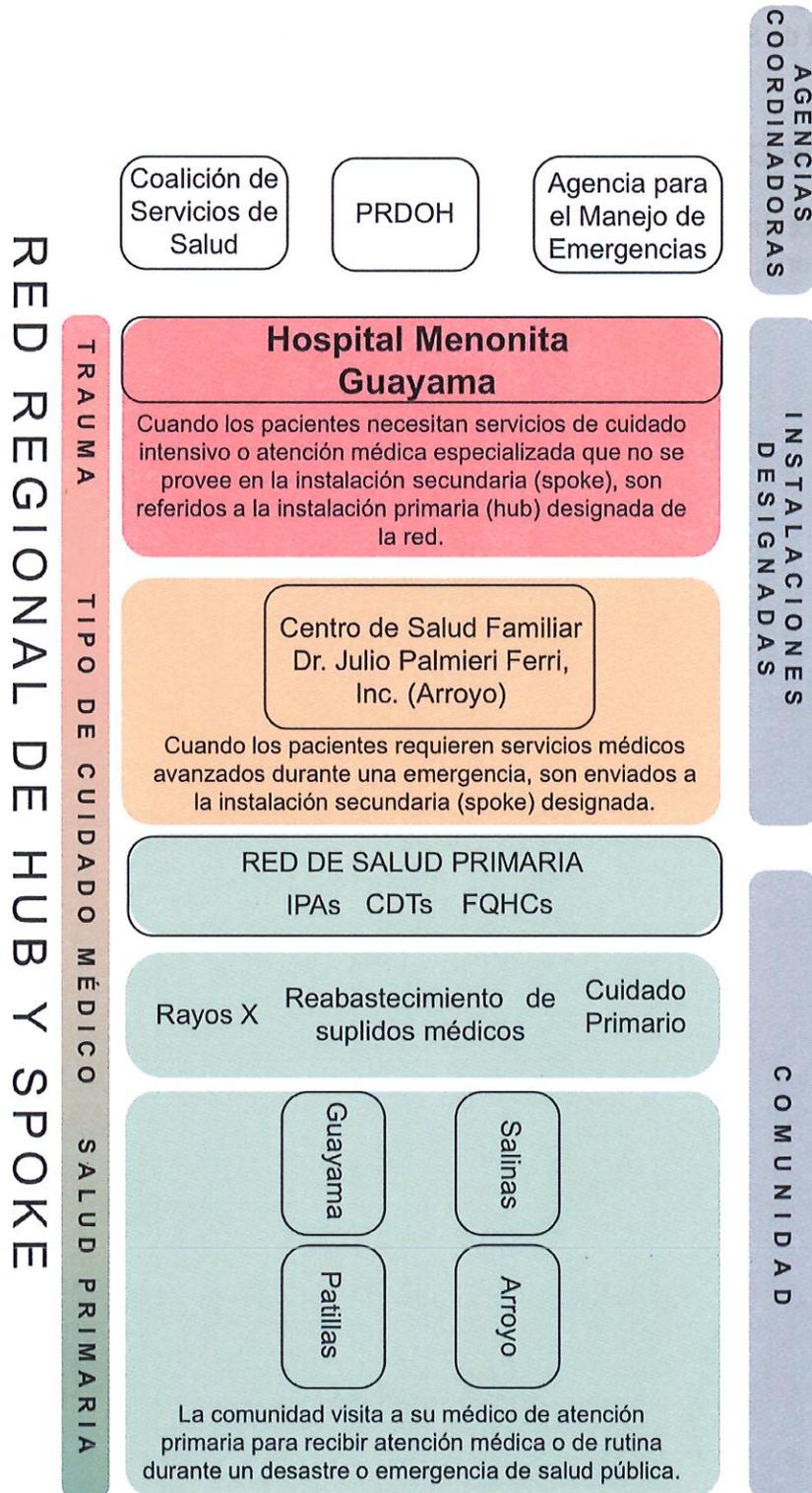


Figura 7: Flujo de pacientes para la red subregional este de Hub-and-Spoke en la Región de Salud de Ponce

Hub: Hospital Menonita de Guayama

Contemplado como *Hub* por su capacidad y capacidad potencial, accesibilidad y localización.

Spokes:

- ◆ Centro de Salud Familiar Dr. Julio Palmieri Ferri, Inc. (Arroyo)

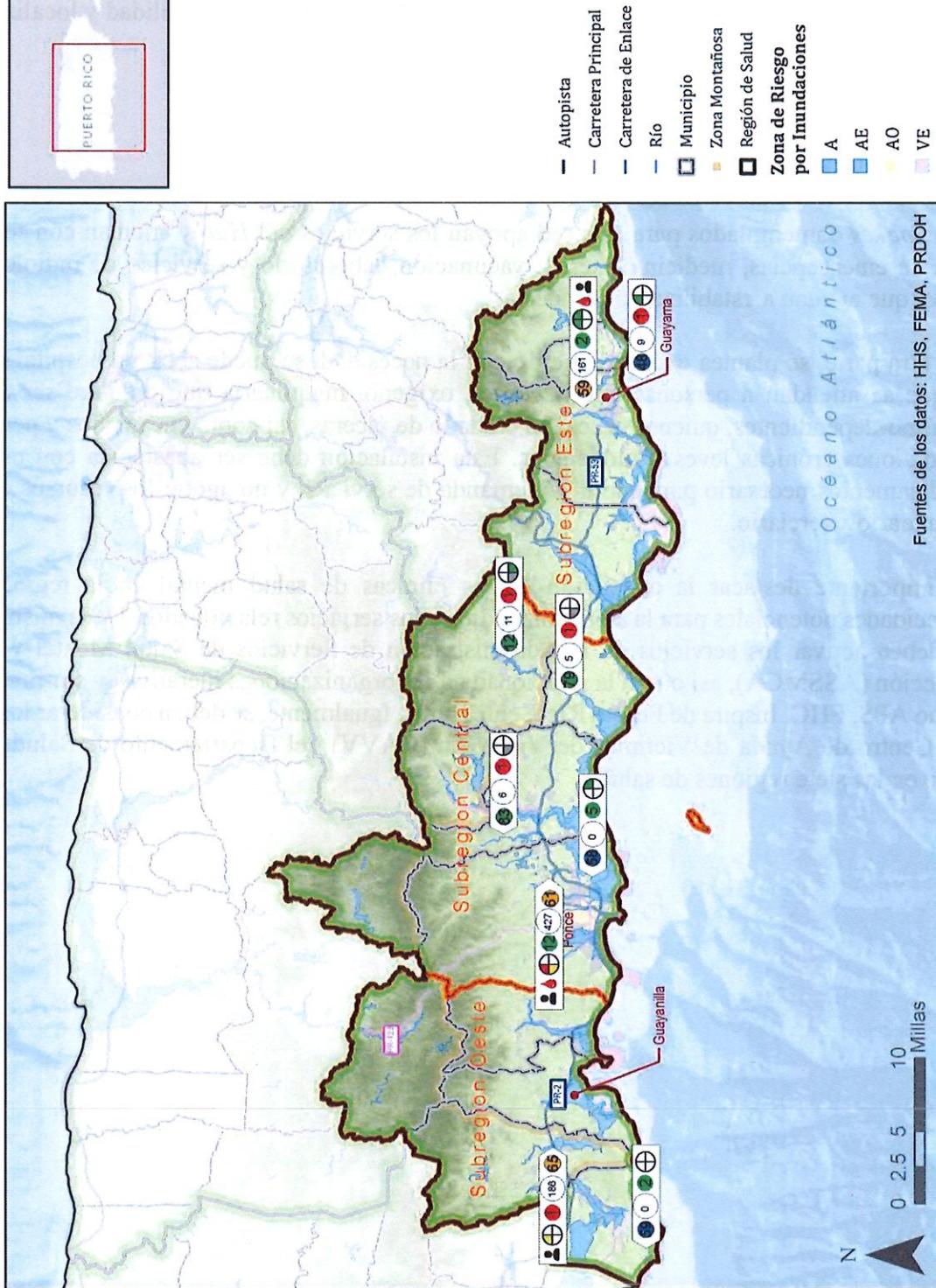
Los *Spokes* contemplados para esta red apoyan los servicios del *Hub* y cuentan con servicios de sala de emergencias, medicina interna, vacunación, laboratorio y servicios de radiología, entre otros, que ayudan a estabilizar la respuesta.

Por otra parte, se plantea que, de acuerdo con la necesidad, se puede abrir un hospital portátil en el que se atiendan a personas que necesiten oxígeno, maquinaria que requiere ser conectada, insulino-dependientes, quienes necesiten cuidado de úlceras, así como encamados y personas con condiciones crónicas leves o moderadas. Esta instalación debe ser abastecida con el equipo y medicamentos necesario 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. 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, 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.



Capacidad de las Instalaciones de Servicios de Salud Que Forman los Hubs y Spokes - Septiembre 2018
Región de Salud de Ponce



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

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.

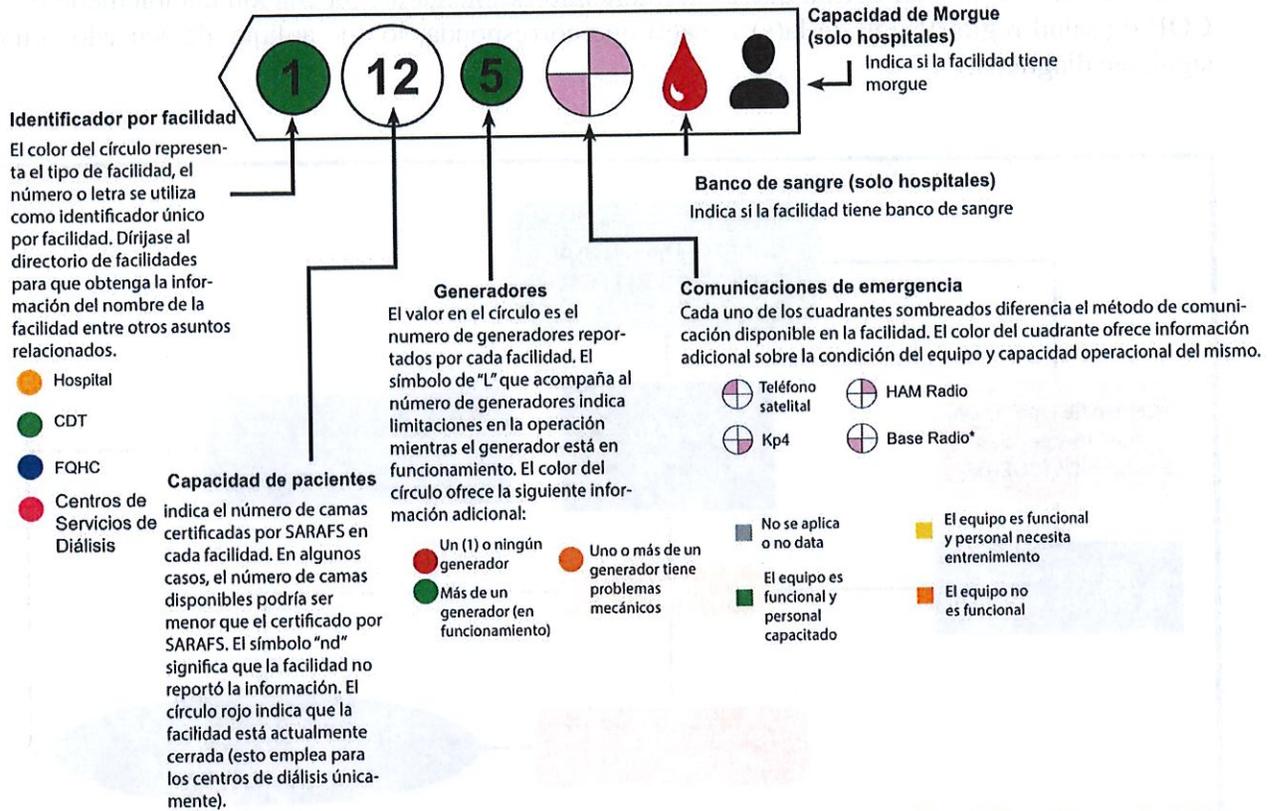


Figura 8: Leyenda y notas para el mapa: Capacidad de las instalaciones de servicios de salud que forman los Hubs y Spokes de la Región de Salud de Ponce

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.

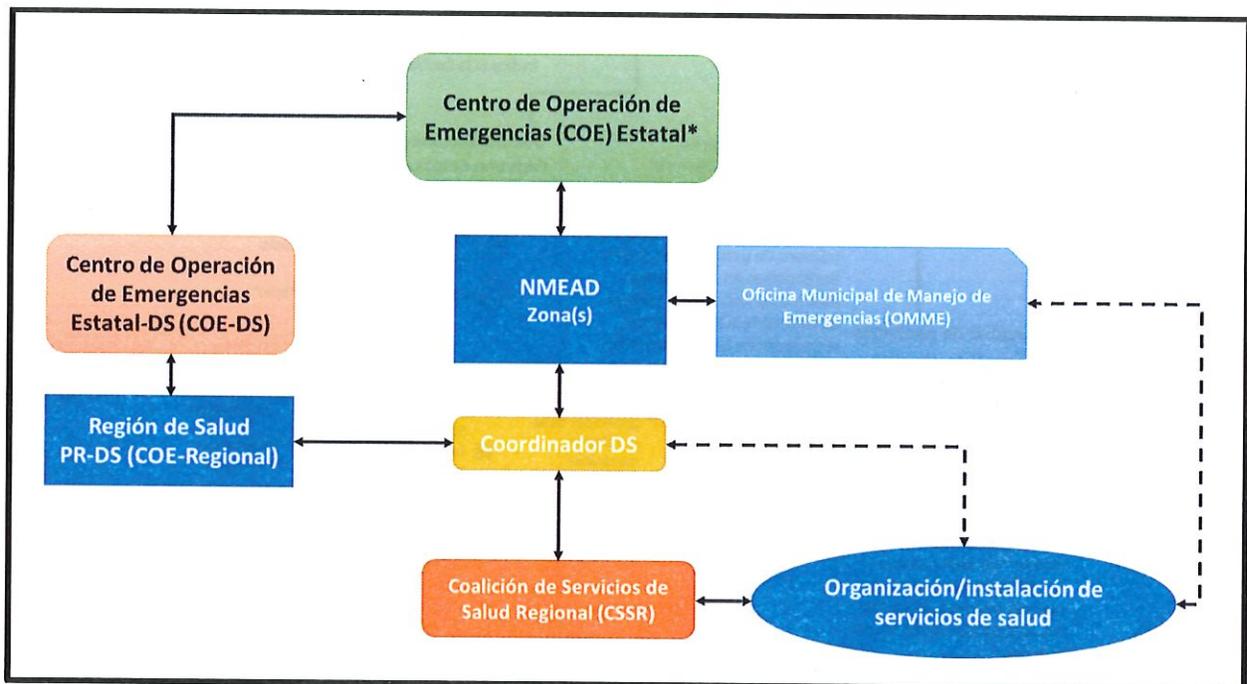


Figura 9: Estructura regional de comunicación del Centro de Operación de Emergencias (COE)

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. 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, contemplados bajo 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.

Nivel	Definición	Activación de la red ⁴
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 auto activan los <i>Hubs</i> o <i>Spokes</i> ante la emergencia y así lo comunican a los coordinadores o al líder designado por el Secretario de Salud.
Estatad	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 auto activan los <i>Hubs</i> o <i>Spokes</i> 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 <i>Hubs</i> y <i>Spokes</i> 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.

⁴ *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.

Una vez activadas 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 active la Coalición con su Equipo de Respuesta, se abrirá el Centro de Mando que estará ubicado en el lugar designado según el Plan de Operaciones de Emergencias de la Coalición de la Región de Salud de Ponce. 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 con la emergencia. 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, ayuda mutua. La información recopilada deberá incluir en esa comunicación, además, 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 enlace del COE regional. La información relacionada con el estado de situación (*Situational Awareness Report*, o SITREP, por sus siglas en inglés) 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 debe integrar el uso del resto de los recursos tecnológicos como el CDART y el sistema *EM Resources*, tomando en consideración la posibilidad de un proceso manual para la redundancia en caso de que se pierdan las comunicaciones. La siguiente información también debe ser recopilada:
 - 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 supra terciario) 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);
 - 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* y *Spokes*; y
- el censo de la morgue de las instalaciones de salud, la condición de la infraestructura crítica de los hospitales, los CDTs, la condición y la capacidad de las cisternas, la condición y la capacidad de los generadores, los acondicionadores de aire, la cantidad disponible de gases de uso médico; la distribución de botiquines, el inventario y la condición de equipos y los sistemas de comunicación, el inventario y la condición de hospitales móviles, el inventario y la condición de las estaciones de descontaminación, según sea necesario.
- La información previa será transmitida a través del sistema de datos integrados de forma electrónica con un proceso manual de redundancia para la recopilación de datos. El Departamento de Salud, junto a 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.
- ◆ 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 del NMEAD de la(s) zona(s) que corresponda, y enviarlos a los medios masivos. Laborará en conjunto con el personal designado de comunicaciones de los *Hubs* y *Spokes* en las tres áreas designadas.
 - Monitorear los asuntos asociados a la emergencia para la mitigación o amortización de los riesgos e impacto de la información en la población y organizaciones en la red de respuesta.
- ◆ El Centro de Mando de la Coalición de Servicios de Salud (HCC)-Ponce estará establecido en el Plan Operacional de la HCC- región de Ponce, al momento se ha contemplado la utilización de Med Centro. 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 el 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 catastrófico⁵ deberá incluir la siguiente información: el lugar, el total de personas impactadas y las implicaciones para la salud pública, entre otros.

⁵ *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.

- 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 de la zona del NMEAD que aplique y los jefes de incidentes de los *Hubs* y *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 ejecutivas en caso de ocurrir una emergencia para poner en funcionamiento 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 vulnerables como 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.
 - Activar los acuerdos colaborativos regionales para priorizar y distribuir 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 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.
 - 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 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 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 en la región, el líder designado en la región y el coordinador interagencial de la zona del NMEAD 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 la siguiente información:
 - El avalúo del impacto del evento en el municipio (por ejemplo: comunidades afectadas, pérdidas materiales, si alguna, limitación en el acceso, etc.);
 - Los recursos disponibles: el equipo, los materiales y el capital humano para la respuesta;
 - Poblaciones vulnerables (adultos mayores, niños menores de 5 años, personas con problemas de diversidad funcional, encamados, entre otros);
- ◆ El Equipo de Emergencia de la Coalición y el coordinador interagencial de la(s) zona(s) que corresponda contactarán los *Hubs* y *Spokes* 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-Ponce

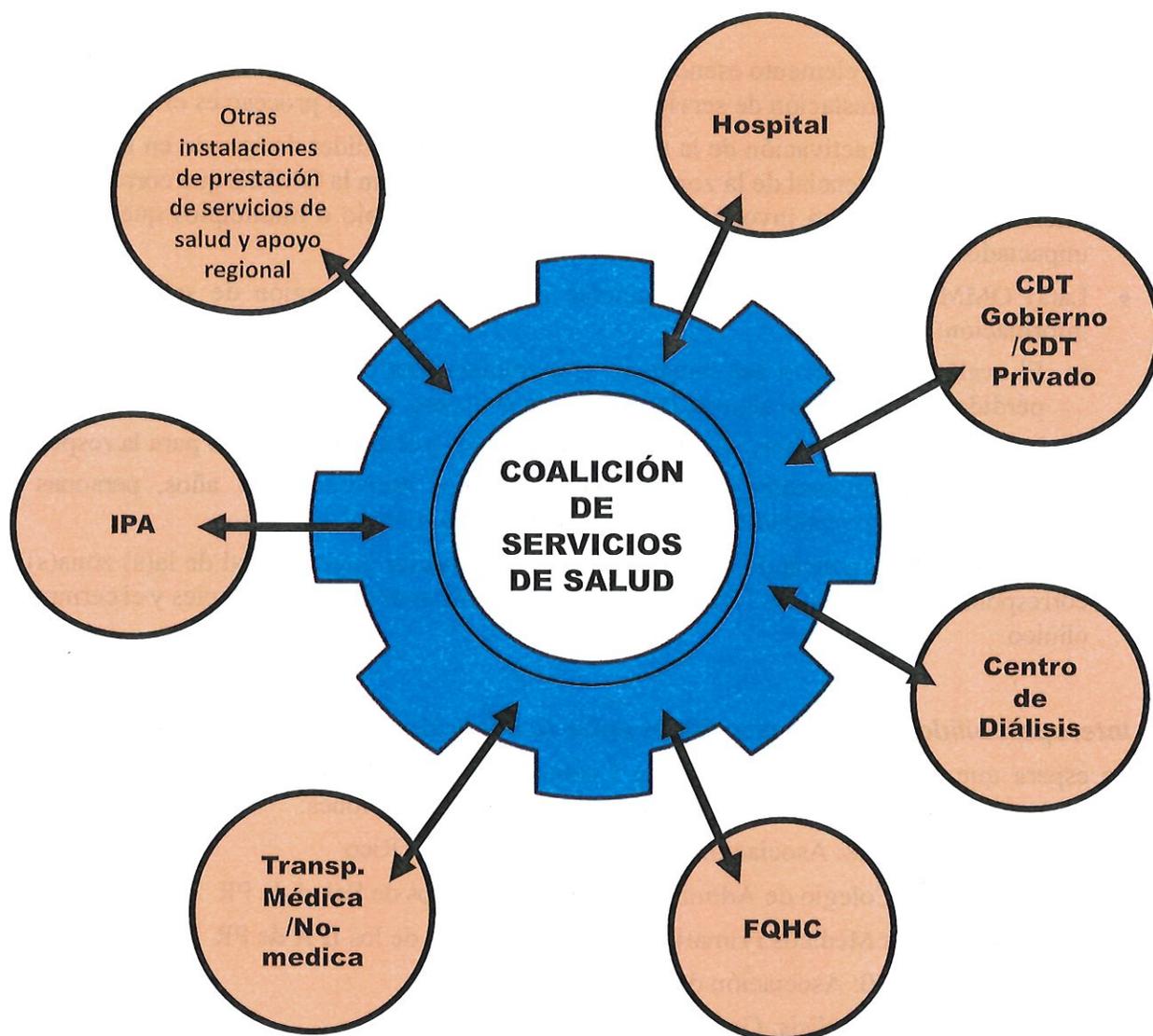


Figura 10: Red de comunicación entre la Coalición de Servicios de Salud y diversos sectores

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-Ponce en el Centro de Mando, 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 siguiente:

- ♦ La ubicación de los *Hubs* y *Spokes*, 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 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; y
- la importancia de utilizar correctamente los servicios primarios de los Centros de Salud Primaria 330 (FQHCs), los CDTs, los IPA y los grupos médicos que están dentro de la región. Deberán 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 las personas de obesidad mórbida y 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.

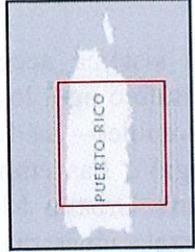
Proceso de comunicación del COE regional y de las zonas a los Hubs y Spokes

El oficial de la Unidad de Comunicaciones del Equipo de Emergencia de la Coalición coordinará el proceso de comunicación con los enlaces de información entre las instalaciones que componen la red de respuesta, desde el *Hub* principal regional—Hospital Episcopal San Lucas— hacia los *Hubs* subregionales del este—Hospital Menonita Guayama—y del oeste Hospital Pavía Yauco. Y éstos a los *Spokes*—subregional central: Med Centro Principal – Consejo de Salud, CDT Centro San Cristóbal – Santa Isabel, Centro de Salud Menonita Coamo y Centro San Cristóbal – Juana Diaz; subregional este: el Centro de Salud Familiar Dr. Julio Palmieri Ferri, Inc.; y subregional oeste: *Migrant Health Center* (Guánica).

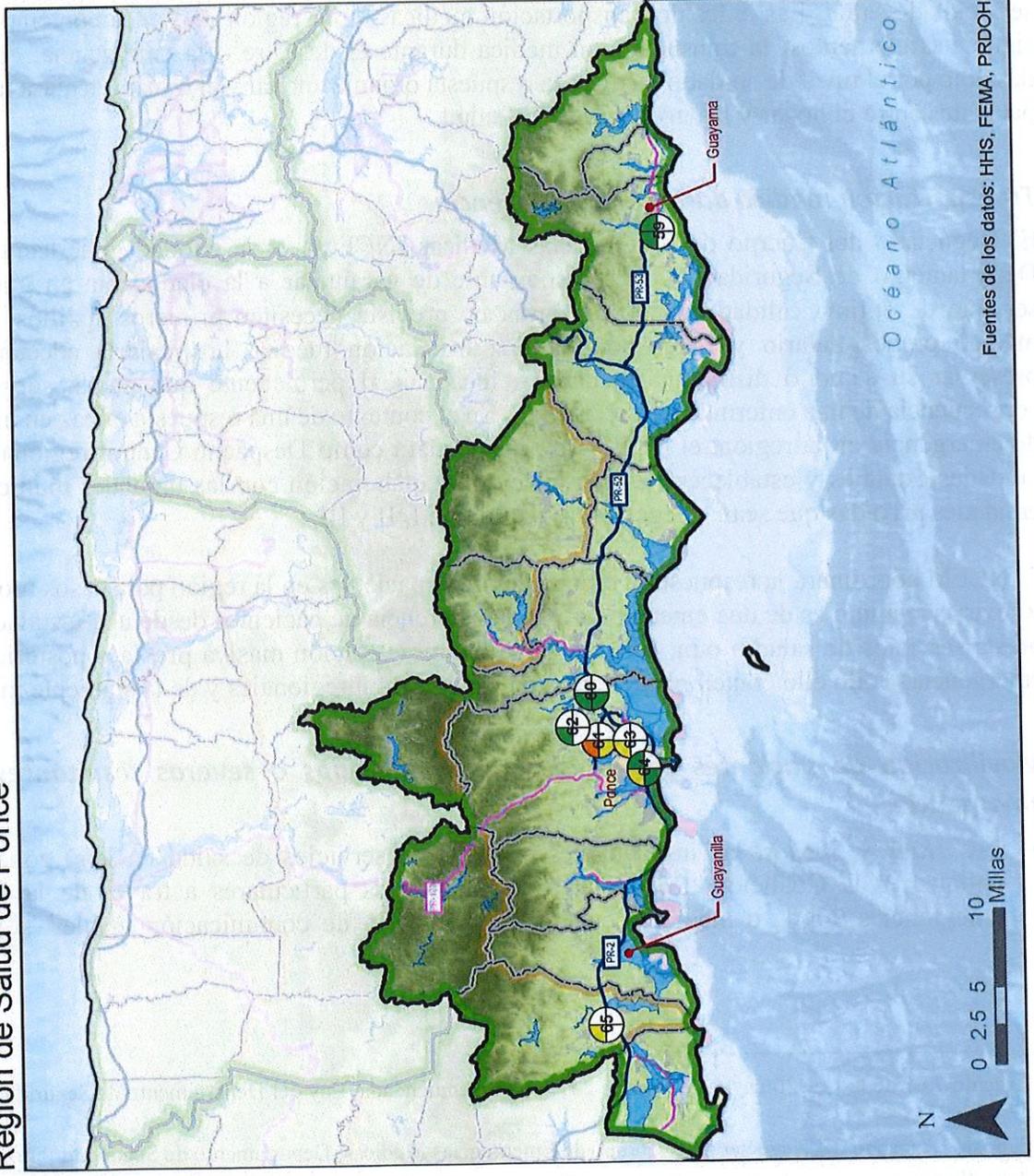
El intercambio de información entre el COE regional de salud y los *Hubs* se canalizará a los *Spokes*. No obstante, estos enlaces no están limitados a realizar por urgencia o necesidad contacto directo con el COE regional de salud. Además, las OMME podrán intercambiar datos relacionados con la emergencia 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 desastre para el sistema de prestación de servicios de salud de Puerto Rico.
- ◆ Cualquier requisición de recursos humanos, equipo y materiales será dirigida a los jefes de incidentes de cada *Hub* y *Spokes* a través de su oficial de comunicaciones. Una vez recibida la requisición, el personal de logística y administrativo de los *Hubs* 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.



Mecanismos de Comunicación en los Hospitales - Septiembre de 2018
Región de Salud de Ponce



* La radio base solo se aplica a los establecimientos hospitalarios
 ** Las preguntas sobre el funcionamiento de los equipos y la capacitación del personal solo se incluyeron en las encuestas a los hospitales y los FQHC

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

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 desastre y/o emergencias 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 Ponce 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 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.⁶ En el contexto de una respuesta eficaz en un evento de emergencia en la región, el NCEM se desempeñará como Despacho Central-regional⁷ de las unidades estatales y establecerá la coordinación y colaboración con las unidades municipales y entidades privadas que sean categorizadas como tipo I, II y III.

El NCEM coordinará la respuesta y 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,⁸ solicitarán

⁶ Artículo 7.01 de la Ley 20 de 10 de abril de 2017, según enmendada, Ley del Departamento de Seguridad Pública de Puerto Rico.

⁷ Flujo de Despacho del Negociado del Cuerpo de Emergencias Médicas, Departamento de Seguridad Pública.

⁸ *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.

transporte médico y ofrecerán la siguiente información teniendo en cuenta los requisitos regulatorios⁹ 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, se seguirá el siguiente orden de prioridad para el despacho de una unidad más cercana a un radio de diez (10) minutos (proceso en 30 segundos):
 - Las Oficinas Municipales para el Manejo de Emergencias (OMME) o el Cuerpo de Emergencias Médicas Municipales, según aplique, serían contactadas en segundo nivel en caso de no estar disponibles las unidades estatales del NCEM.
 - Las ubicaciones regionales del NCEM: Adjuntas, Coamo, Guayanilla, Jayuya, Juana Díaz, Patillas, Peñuelas, Ponce Centro, Ponce Tuque, Salinas, Villalba, Yauco, Despacho Sur, 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.
 - 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 pre llegada 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;
 - la condición y/o el diagnóstico;

⁹ 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).

- 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.

Mobilización 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(s) zona(s) que corresponda o 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 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.
- ◆ Todas las unidades activadas en la movilización se comunicarán con los despachos municipales para la reasignación de rutas y 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 zona 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 o al NMEAD de la zona y a los jefes de incidente 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 estatales¹⁰ requiere de forma compulsoria¹¹ 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 supra terciario) 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 auto refugio dentro de la institución; y
- ◆ el proceso de notificación a la población, fuerza laboral, voluntarios y a los colaboradores comerciales.

La determinación de un desalojo a nivel regional radica en una coordinación conjunta entre el Departamento de Salud a nivel regional junto con la(s) zona(s) que corresponda, según aplique, del NMEAD. Esto dependerá del evento de emergencia que aplique: incendio, explosión, inundación, terremoto, maremoto, huracán, derrame de materiales tóxicos, accidentes biológicos y radiológicos, disturbios civiles, violencia en lugares de trabajo (por ejemplo, tiradores activos, terrorismo, etc.).

El plan de desalojo de la RSP se auto implementará en las instalaciones dependiendo del alcance, el lugar e impacto de la situación de emergencia. Los jefes de incidentes activarán el plan de desalojo y notificarán al *Hub* principal regional, el *Hub* subregional este y el *Hub* subregional

¹⁰ *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.

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

oeste. Los jefes de incidentes del *Hub* principal regional, 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.¹²);
- ◆ 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
- ◆ las facilidades médicas alternas 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 facilidades médicas alternas serán administradas por el Departamento de Salud a nivel regional y coordinados con 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 médicas 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 facilidades médicas 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 u otras emergencias, 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.

Según se establece en la Oficina de Preparación y Coordinación de la Respuesta en Salud Pública, durante condiciones moderadas o catastróficas se llevará a cabo el desalojo de la población siguiendo los planes de desalojo preparados por el NMEAD de las zonas correspondientes y por las OMME de cada municipio en la región. La coordinación se realizará, tal y como se ha establecido durante la fase de preparación, mediante adiestramientos o simulacros. Esto incluye a los *Hubs* y *Spokes* de los municipios, sus comunidades y sectores.

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, disponibles en la región, tipo *ambulette* o sistemas integrados de transportación municipal, entre ellos:

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

- ◆ 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.

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 hasta las instituciones que prestan 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 llegue al destino, el centro de despacho de la empresa u organización asignada notificará su llegada al despacho municipal, y ésta al coordinador del DTOP de la zona 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 define¹³ la OPCRSP en el Departamento de Salud.
 - Divulgar los roles y las responsabilidades de la fuerza laboral desde las instituciones que prestan servicios de salud en 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 multirriesgos 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, recibirán 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 activación de los programas de Ayuda al Empleado acorde al impacto de la emergencia como complemento a los servicios de primeros auxilios psicológicos propuestos dentro de los planes de operaciones de emergencias institucionales.
 - 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 una lista de los acuerdos colaborativos relacionados con los suplidos y suministros esenciales para la fuerza laboral (combustible, agua, utilidades, transportación, recursos humanos).
- ◆ El Departamento de Salud y la Coalición a nivel regional establecerán alianzas con aquellas instituciones académicas en la región y que tengan profesiones vinculadas a la salud para aumentar la capacidad potencial de la fuerza laboral en las instituciones de personal médico (si aplica), enfermería y epidemiología.¹⁴¹⁵¹⁶¹⁷

¹³ *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.

¹⁴ 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.

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

¹⁶ *Federal Tort Claims Act of August 2, 1946*.

¹⁷ *Public Readiness and Emergency Preparedness Act of December (PREP Act), 2005*.

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:

- ◆ El jefe de incidentes del COE de la región Ponce 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.
 - 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 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 de 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.
 - 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, transportación, otros servicios de apoyo que sean pertinentes al manejo de la emergencia.
- ◆ El líder regional designado, el Coordinador interagencial, el director de la(s) zona(s) que corresponda 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:

- La transportación desde los *Hubs* subregionales hacia las facilidades médicas 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, 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(s) zona(s) que corresponda 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 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;
 - redistribución de pacientes para referido a especialistas sin traslado a sala de emergencias; y
 - 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.

ACUERDOS COLABORATIVOS Y ASISTENCIA EXTERNA

Para las instituciones de servicios de salud que integran la región y que 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.¹⁸ 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.¹⁹

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

- ◆ El líder regional designado por el Departamento de Salud solicitará a todas las instituciones a través de la Coalición y los jefes de incidentes de los *Hubs* y *Spokes*, la siguiente información de las instituciones que prestan servicios de salud:
 - 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.
- ◆ El líder designado por el Secretario de Salud para el COE regional coordinará el acuerdo de colaboración con las instituciones académicas que cuenten con facultades especializadas y con programas de práctica intramural en el área de medicina y servicios ancilares. A continuación se ofrece un listado de instituciones académicas que cuentan con facultades especializadas, prácticas intramurales, servicios de enfermería y ancilares:
 - Servicios médicos
 - *Ponce Health Sciences University*
 - Servicios de enfermería y ancilares
 - Universidad de Puerto Rico Recinto de Ponce
 - Universidad Interamericana de Puerto Rico Recinto de Guayama
 - Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico Ponce
 - *National University College* Recinto de Ponce.

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.

¹⁸ 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.”

¹⁹ *Public Readiness and Emergency Preparedness Act of December, 2005.*

El líder regional designado, el director de la(s) zona(s) que corresponda y mediante coordinación con la Coalición de Servicios de Salud, el coordinador interagencial en las zonas o jefes de incidentes de los *Hubs* y *Spokes* procesarán las solicitudes o requisiciones de los siguientes suministros o suplidos, de la siguiente manera:

Agua potable²⁰

- ◆ El líder regional del COE de Salud designado y el coordinador de la zona coordinará 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* o *Spokes* y 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(s) zona(s) que corresponda.
 - 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 de los *Hubs* y *Spokes*. 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 zona 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.

²⁰ *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.

- ◆ 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 las zonas correspondientes del NMEAD coordinarán junto a la OPCRSP a nivel regional la distribución de combustible según sea la necesidad y pruridad identificada a través de los *Hubs* y *Spokes*.

Aumento de la capacidad de medicamentos

Durante la fase aguda de una emergencia 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;
 - el proceso de despacho según políticas médicas y categorías terapéuticas aplicables bajo la emergencia y según el listado anterior; 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*,²¹ aplicarían los requisitos que correspondan bajo el salvoconducto 1135.²²
- ◆ 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 prestadoras de 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 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*

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

²² 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.

Program),²³ 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 refugios medicos federales (FMS, por sus siglas en inglés) en los lugares que ya están predesignados 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 médica se daría en los siguientes lugares: Hospital Metropolitano en Ponce (FMS) y Coliseo Pachín Vicens (FMS & DMAT).
- ◆ El líder regional designado coordinará el procesos 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 países, que la requiera.

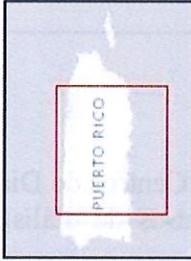
²³ Guía para la Planificación de la Expansión de la Capacidad y los Servicios Médicos (*Medical Surge*) de la Organización de Cuidado de Salud ante Incidentes de Víctimas en Masa, Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública, Departamento de Salud de Puerto Rico.

CAPACIDAD DE LAS INSTALACIONES

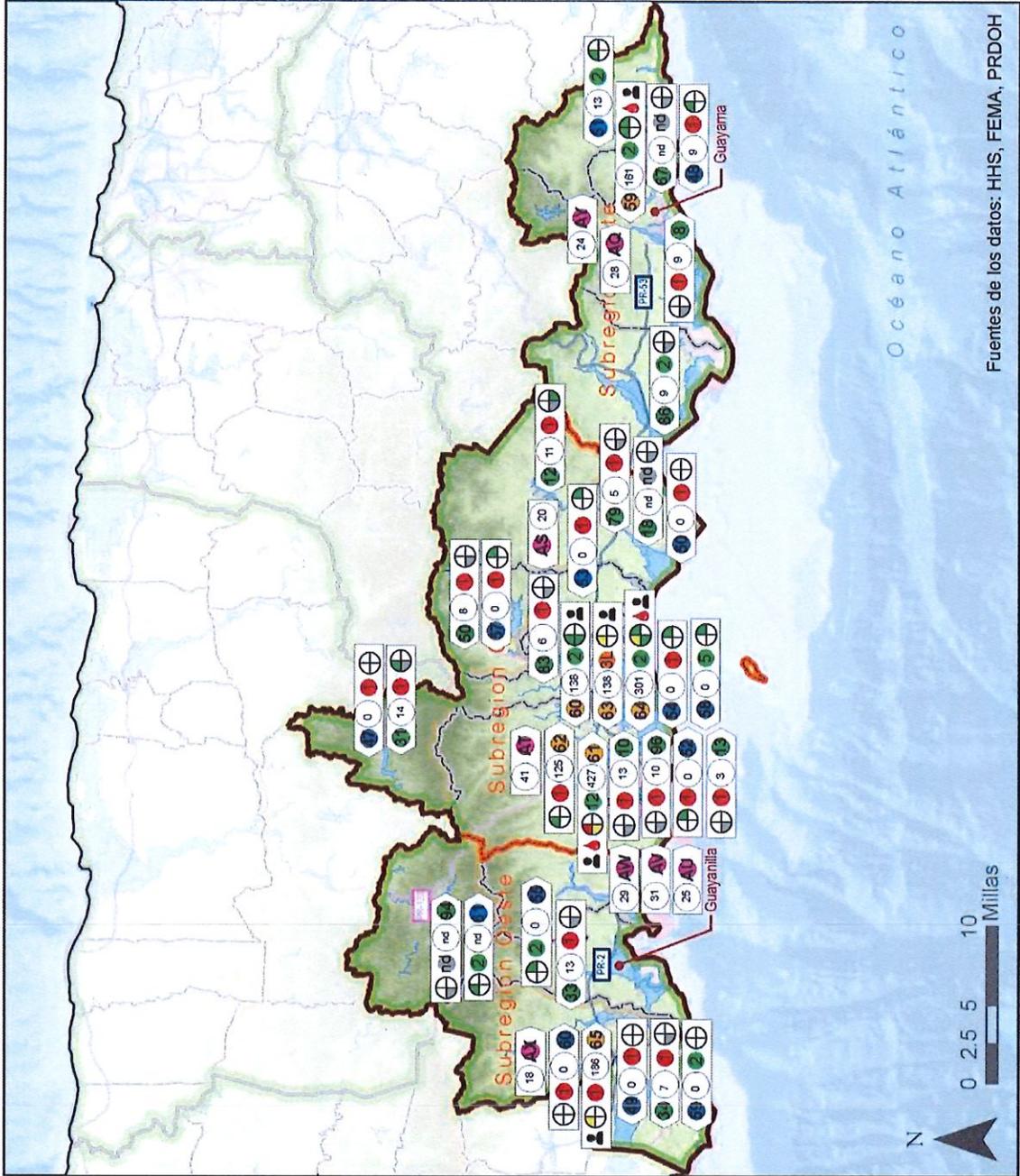
INSTALACIONES

A continuación se ofrece el listado de instituciones de salud—hospitales, Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDTs), Centros de Salud Primaria 330 (FQHCs) y centros de diálisis—y sus capacidades.





Capacidad de las Instalaciones de Servicios de Salud - Septiembre 2018
Región de Salud de Ponce



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

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 Assessment (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.

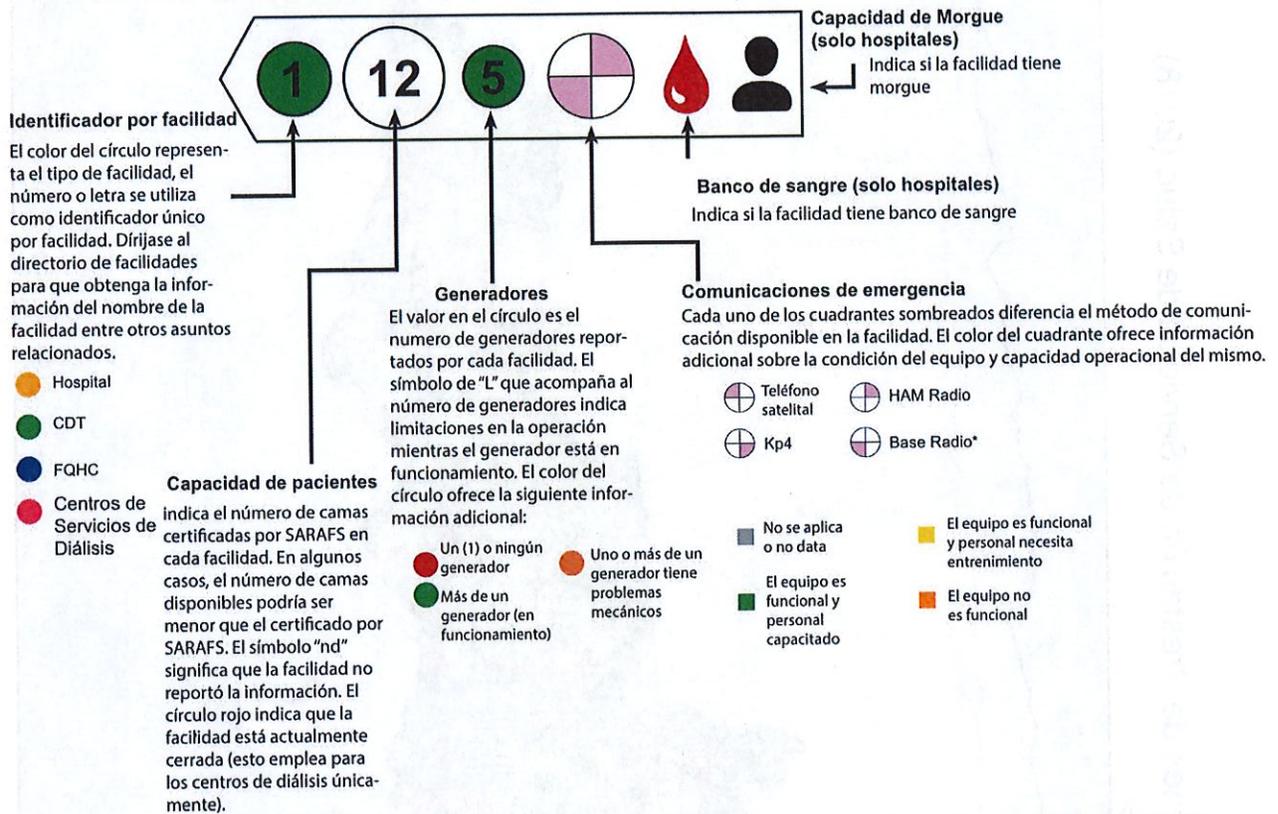
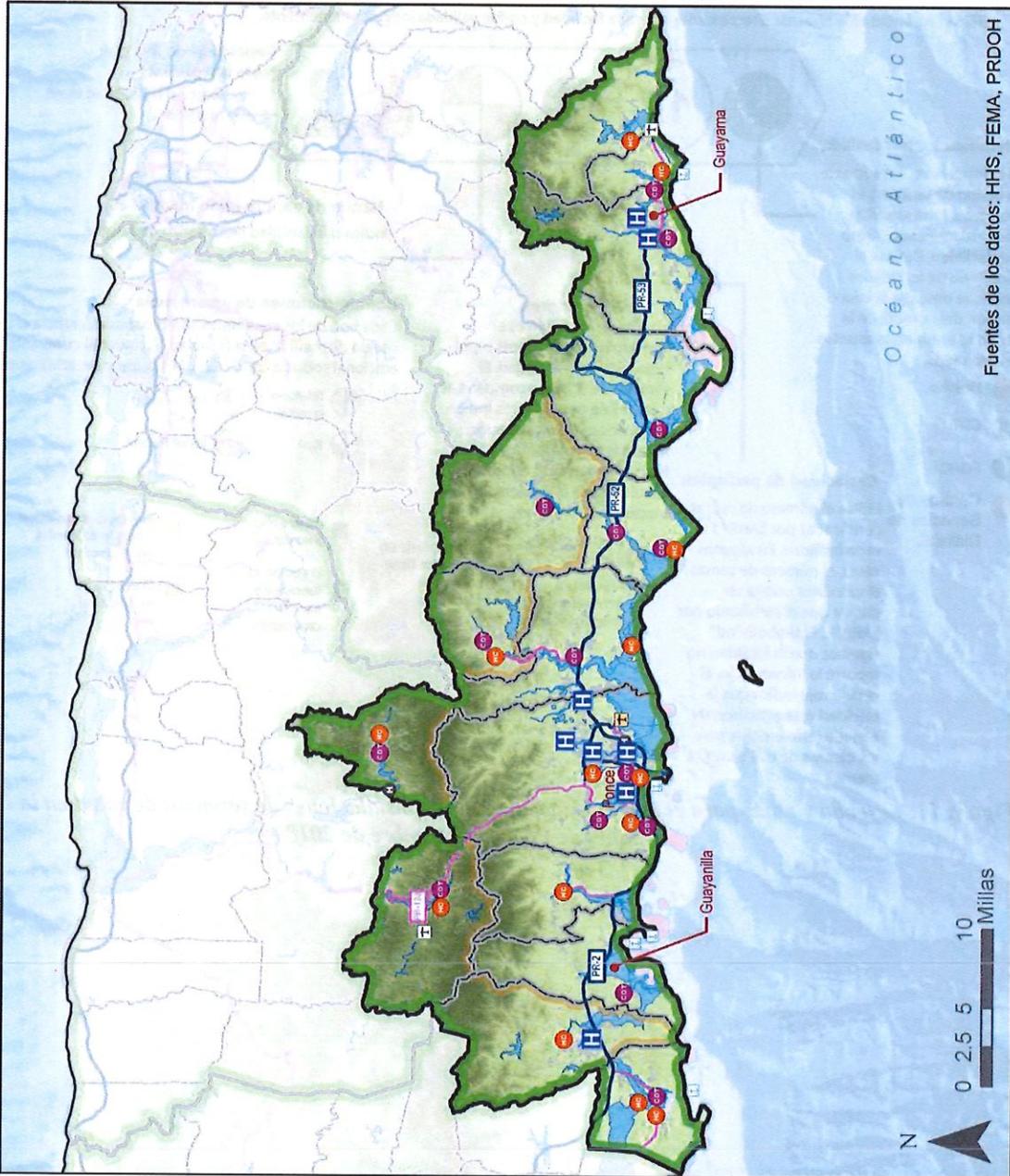
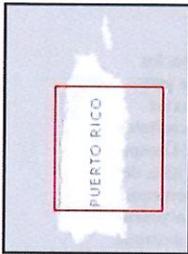


Figura 11: Leyenda y notas para el mapa: Capacidad de las instalaciones de servicios de salud en la Región de Salud de Ponce, septiembre de 2018

Ubicación de las Instalaciones de Prestación de Servicios de Salud (2018)
Región de Salud de Ponce



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

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 se 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/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 *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.

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-Publicaciones/Publicaciones/Estudio oferta y demanda prof alameda-FINAL feb 14 2014 Demand and Supply of Physicians in Puerto.pdf](http://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y-Publicaciones/Publicaciones/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/Publications/the-world-factbook/fields/2227.html>
- Central Intelligence Agency. (s.f.). The World Factbook. Recuperado de <https://www.cia.gov/library/Publications/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.estudios tecnicos.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/20130726-1825-250458027/emergency_support_function_8_public_health__medical_services_annex_2008.pdf
- Figuroa 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.

- 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](https://publichealth.gwu.edu/sites/default/files/downloads/projects/PRstudy/Acertainment%20of%20the%20Estimated%20Excess%20Mortality%20from%20Hurricane%20Maria%20in%20Puerto%20Rico.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.

- 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, Agosto 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 & American. (August 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

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-capabilities.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).

- 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-Publicaciones/Publicaciones/2015 Puerto Rico Primary Care Needs Assesment.pdf](http://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y-Publicaciones/Publicaciones/2015%20Puerto%20Rico%20Primary%20Care%20Needs%20Assesment.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](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>

- 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>

- 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/>

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 multiriesgo; esto es, Departamento de Salud, Departamento de Seguridad Pública y los *Hubs* y *Spokes*. Debe enfatizarse la participación de alto liderazgo 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 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.

APÉNDICE B: PRIORIZACIÓN DE SERVICIOS DURANTE EMERGENCIAS

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

- ◆ Listar todos los servicios y funciones de la organización llevados a cabo de forma rutinaria. 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 los 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/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)
- ◆ Evaluar el tiempo de interrupción del servicio. Se enfoca en considerar el periodo de tiempo que la organización estima dejará de proveer un servicio/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/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/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/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 funciones esenciales según el peso dado por la escala presentada y aplicable según lo estime pertinente la RSP. 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 rioridad	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 Ponce 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 crítico, esencial y no-esencial, así como designar el nivel de prioridad correspondiente en respuesta a una emergencia.

APÉNDICE C: PERFIL REGIONAL DETALLADO

GEOGRAFÍA DE LA REGIÓN

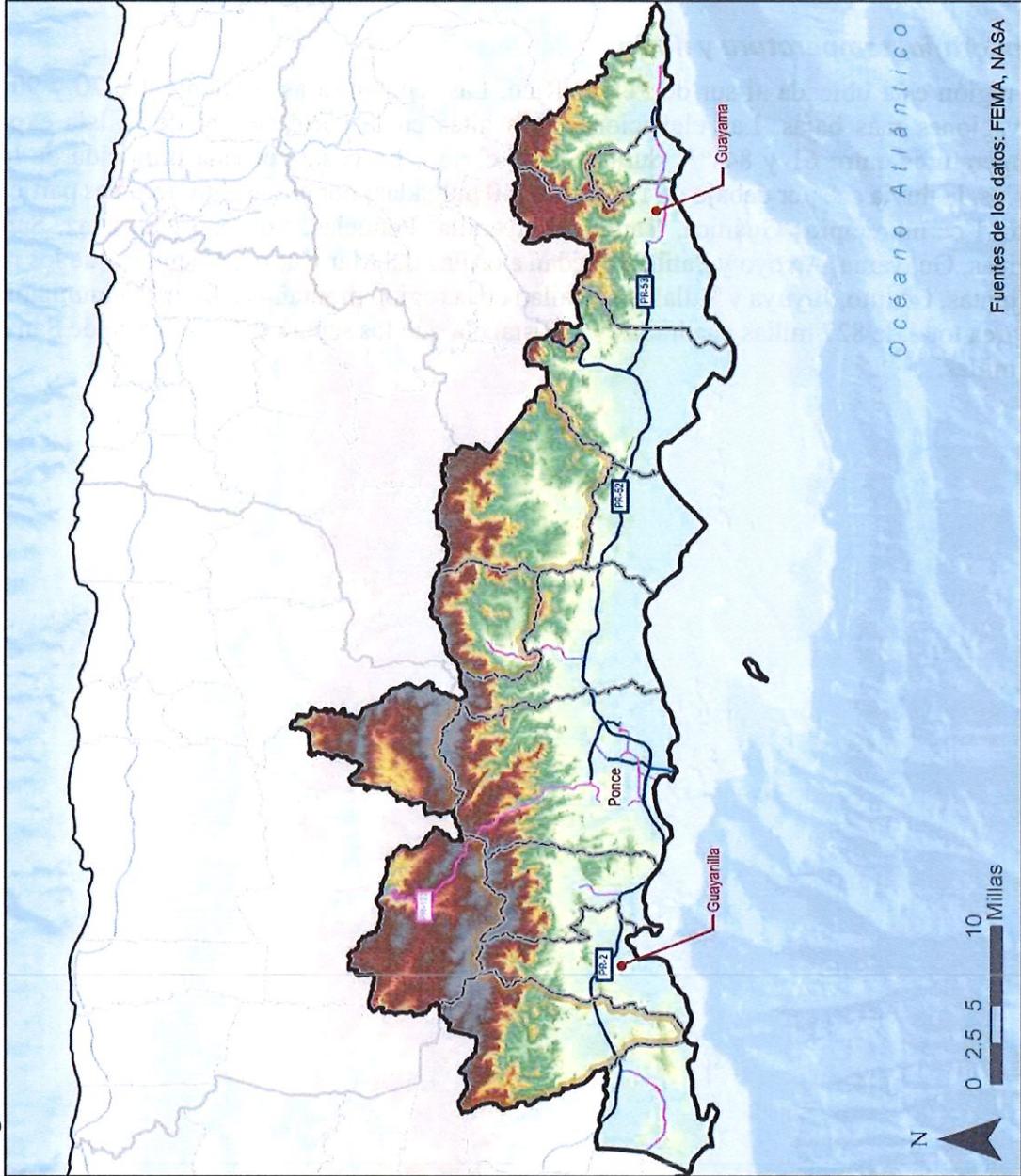
Los 15 municipios que comprenden la Región de Salud de Ponce están desplegados en zonas del Negociado Estatal para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres (NEMEAD).

Topografía, temperatura y lluvia

La región está ubicada al sur de Puerto Rico. Las temperaturas oscilan entre 70 y 90 °F en las elevaciones más bajas. Las elevaciones más altas en la parte central de la Isla experimentan temperaturas entre 61 y 84 °F, durante todo el año. La costa sur está protegida de los vientos alisios, la lluvia cae por debajo de 1,000 mm (40 pulgadas) por año y el invierno es particularmente seco. Los municipios Guánica, Yauco, Guayanilla, Peñuelas, Ponce, Juana Díaz, Santa Isabel, Salinas, Guayama, Arroyo y Patillas quedan a orillas del Mar Caribe. Mientras que los municipios Adjuntas, Coamo, Juyuya y Villalba se hallan en la región montañosa. Estos 15 municipios ocupan un área total de 827 millas cuadradas y la distancia que los separa del municipio de San Juan es de 40 millas.



Elevación y Topografía
Región de Salud de Ponce

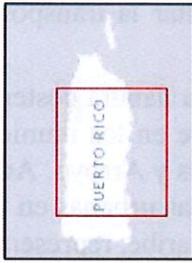


Mapa 7: Elevación y topografía de la Región de Salud de Ponce

Riesgos y vulnerabilidades

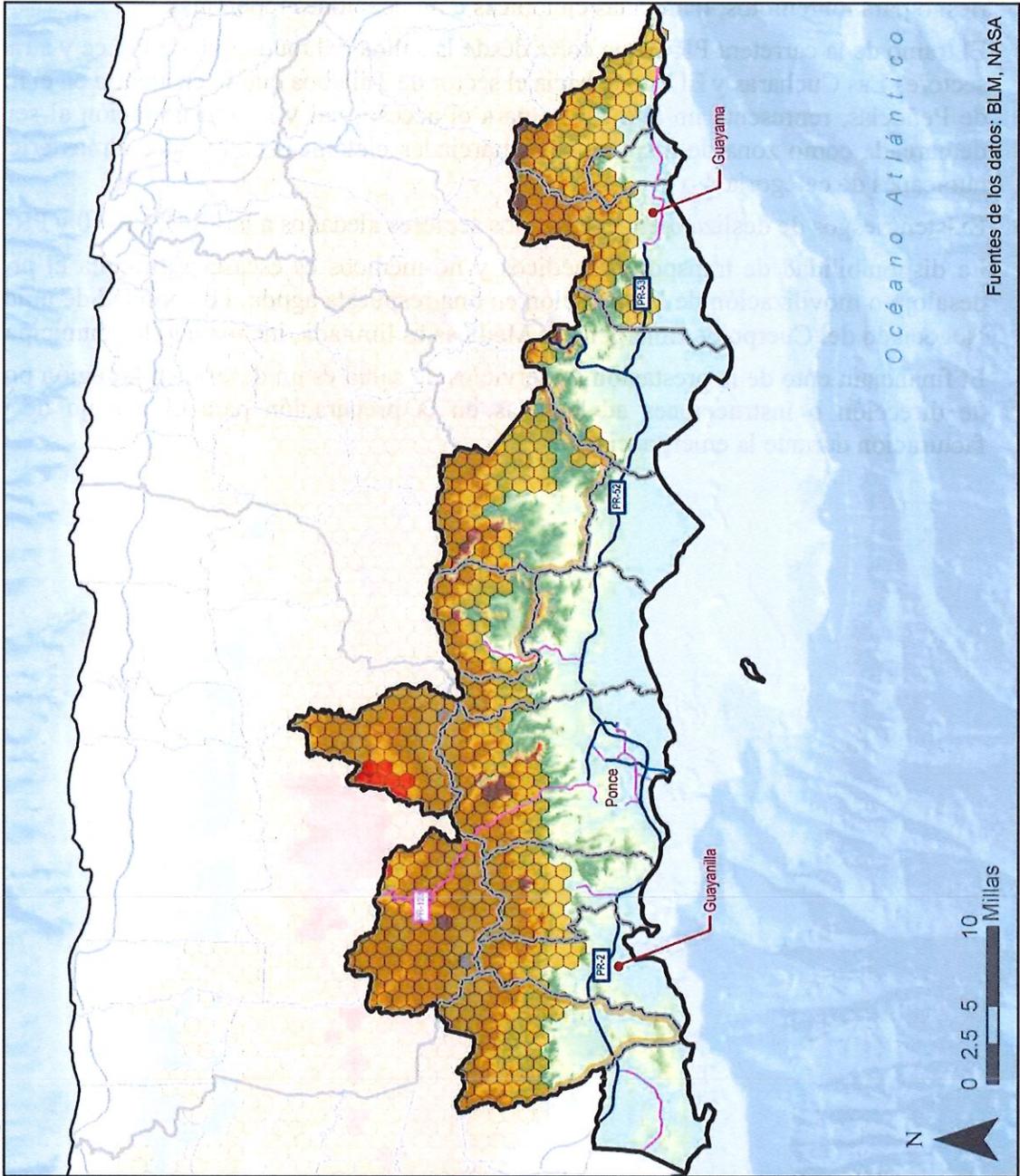
La región presenta varios riesgos y vulnerabilidades que podrían dificultar la transportación o movilización de pacientes. Entre los riesgos se encuentran los siguientes:

- ◆ La región es altamente vulnerable por la topografía montañosa y por la llanura costera del sur y la alta densidad poblacional que reside en estas zonas, como ocurre en los municipios de Yauco, Guayanilla, Peñuelas, Salinas, Juana Díaz, Santa Isabel, Patillas y Arroyo. Además de ríos caudalosos que discurren desde las zonas montañosa hasta las áreas urbanas en todos los municipios costeros. La mayoría de estos ríos desembocan en el Mar Caribe, representando un riesgo para maremotos, marejadas ciclónicas e inundaciones repentinas.
- ◆ El tramo de la carretera PR-2 que corre desde la salida del municipio de Ponce y atraviesa los sectores Las Cucharas y El Tuque hacia el sector de Tallaboa que se encuentra en el municipio de Peñuelas, representa un alto riesgo para el acceso vial y la transportación al ser un área demarcada como zona de maremotos y marejadas ciclónicas en eventos atmosféricos como huracanes de categoría 4 o 5.
- ◆ Existen riesgos de deslizamientos en varios sectores aledaños a la PR-3, PR-10 y PR-53.
- ◆ La disponibilidad de transportes médicos y no-médicos es escasa y dificulta el proceso de desalojo o movilización de la población en una respuesta aguda. La cantidad de unidades del Negociado del Cuerpo de Emergencias Médicas es limitada, incluyendo las 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 costos y facturación durante la emergencia.



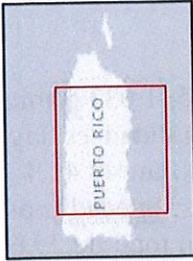
Los datos de susceptibilidad a deslizamientos son el resultado del análisis de la densidad de deslizamientos mediante teleobservación tras el huracán María por la U.S. Bureau of Land Management

Susceptibilidad a Deslizamientos
Región de Salud de Ponce

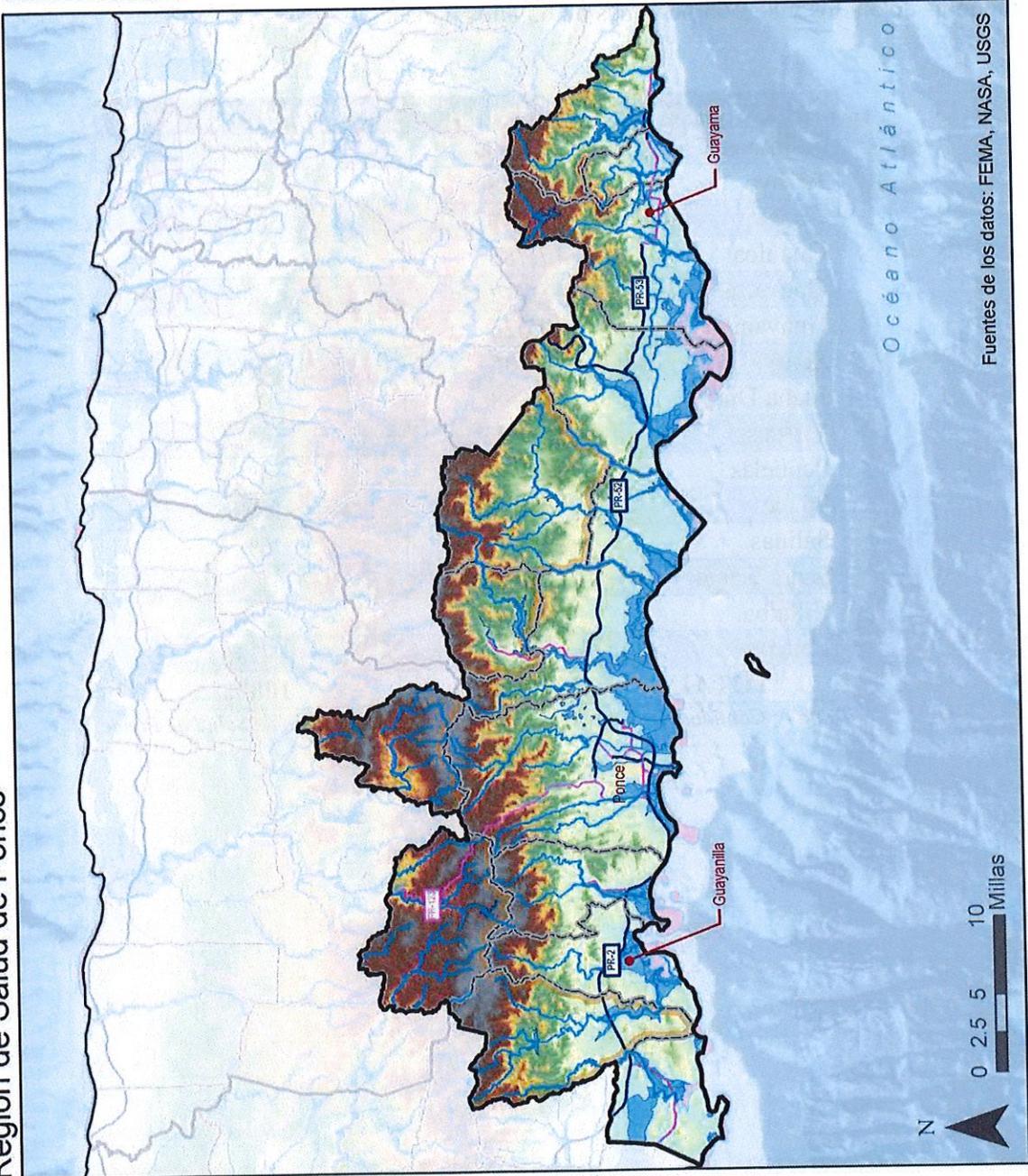


Fuentes de los datos: BLM, NASA

Mapa 8: Susceptibilidad a deslizamientos—Región de Salud de Ponce



Zona de Riesgo por Inundaciones
Región de Salud de Ponce



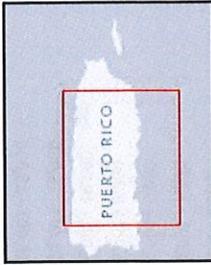
Mapa 9: Zona de riesgo por inundaciones—Región de Salud de Ponce

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

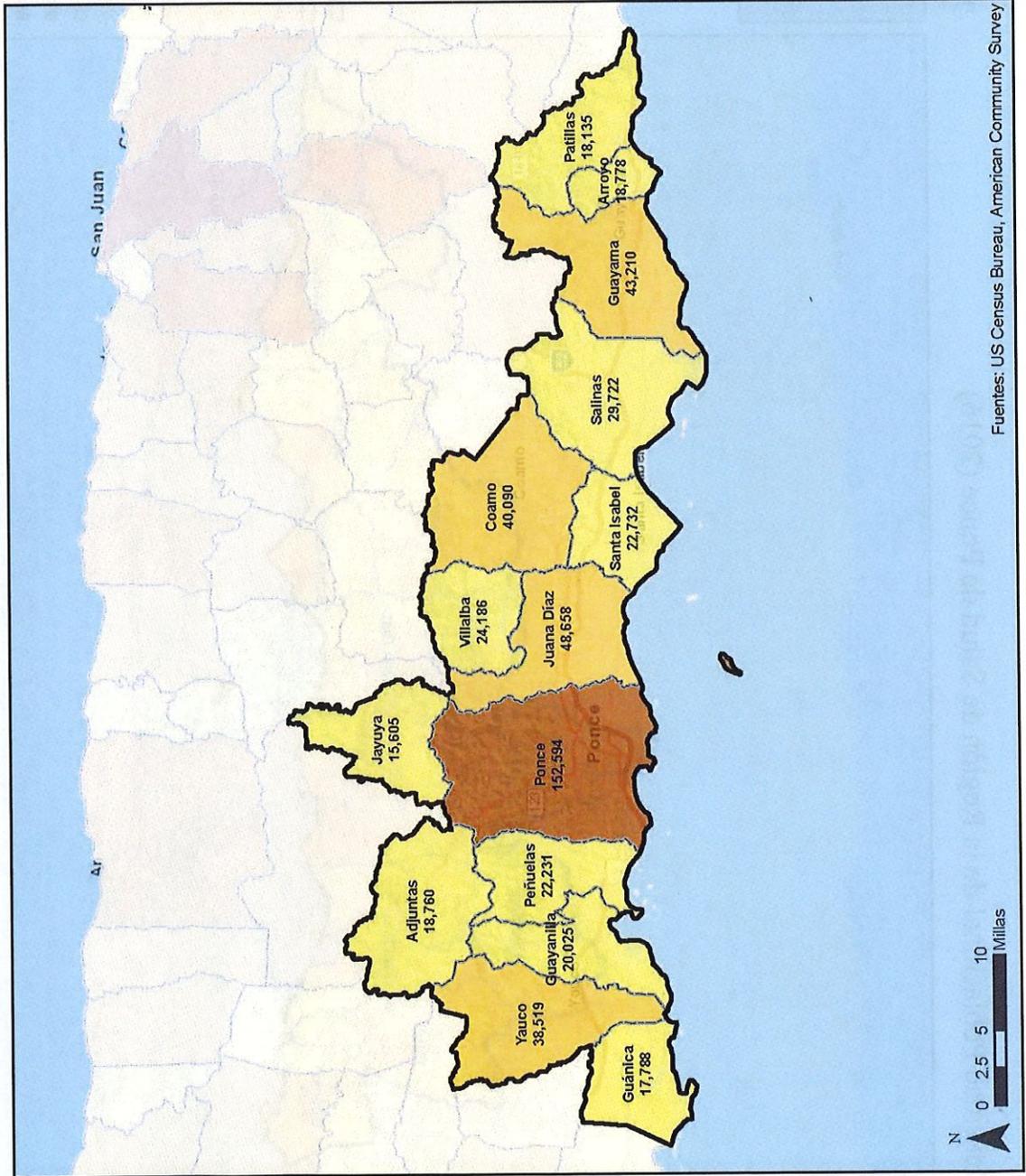
La población total de la Región de Salud de Ponce en el 2017 es de 531,033 habitantes. El municipio con mayor cantidad de habitantes es Ponce y el de menor cantidad es Jayuya. Las mujeres representan el 51.59 % del total de la población y los hombres, un 48.41%. La edad promedio de los habitantes en la Región de Salud de Ponce es 38.29 años; la edad promedio de mujeres es 39.66 años y de hombres es 36.73 años. La RSP cuenta con un total de 29,622 niños menores de 5 años y 88,165 personas de 65 años o más.

Municipios	Población 2017	% de total en la región
Adjuntas	18,760	4%
Arroyo	18,778	4%
Coamo	40,090	8%
Guánica	17,788	3%
Guayama	43,210	8%
Guayanilla	20,025	4%
Jayuya	15,605	3%
Juana Díaz	48,658	9%
Patillas	18,135	3%
Peñuelas	22,231	4%
Ponce	152,594	29%
Salinas	29,722	6%
Santa Isabel	22,732	4%
Villalba	24,186	5%
Yauco	38,519	7%
TOTAL	531,033	100%

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



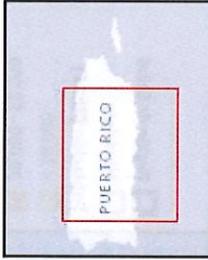
Población por Municipio de la Región de Salud de Ponce (2016)



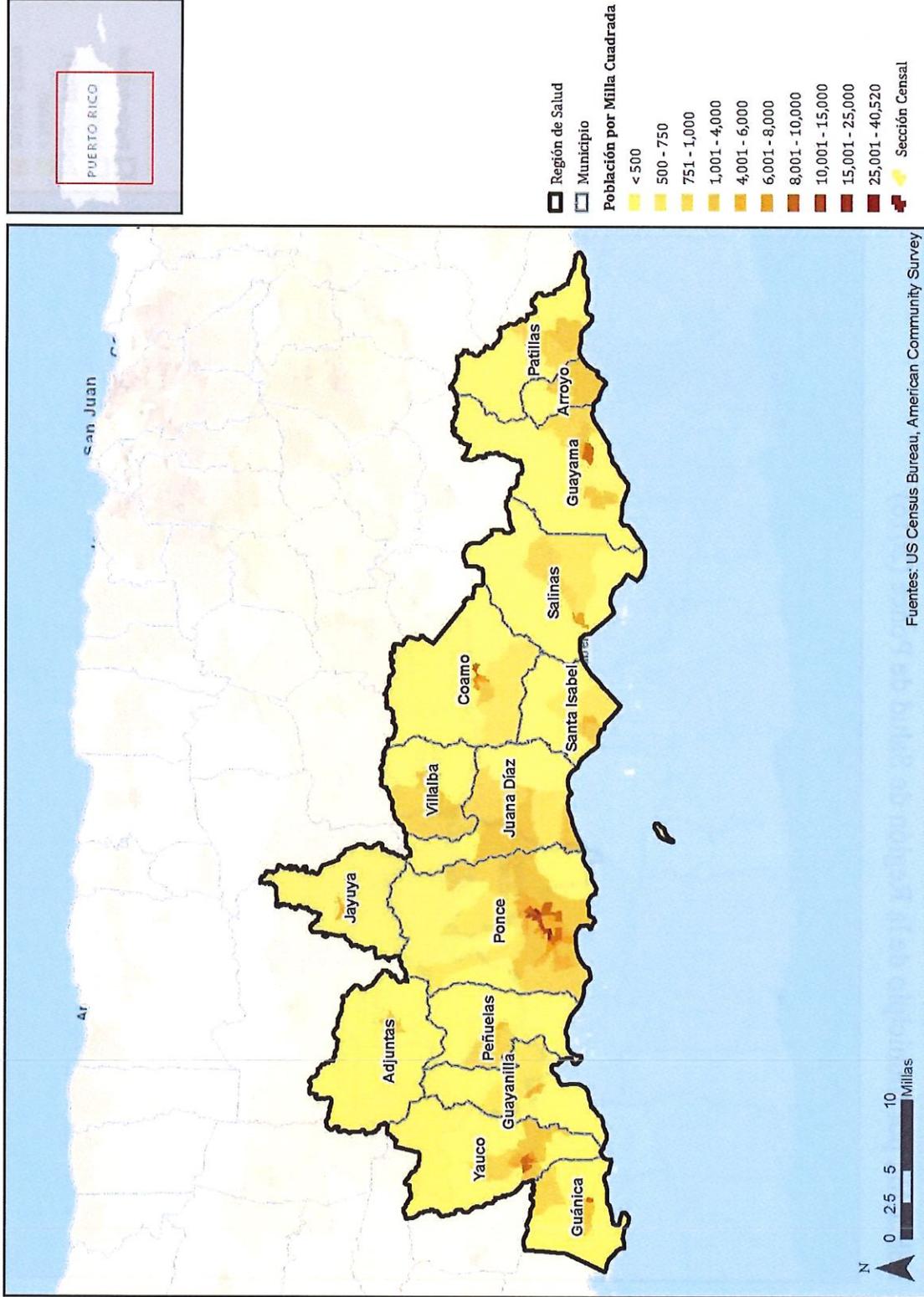
Mapa 10: Población por municipio de la Región de Salud de Ponce, 2016



ASPR
ASSISTANT SECRETARY FOR
PREVENTION AND RESPONSE



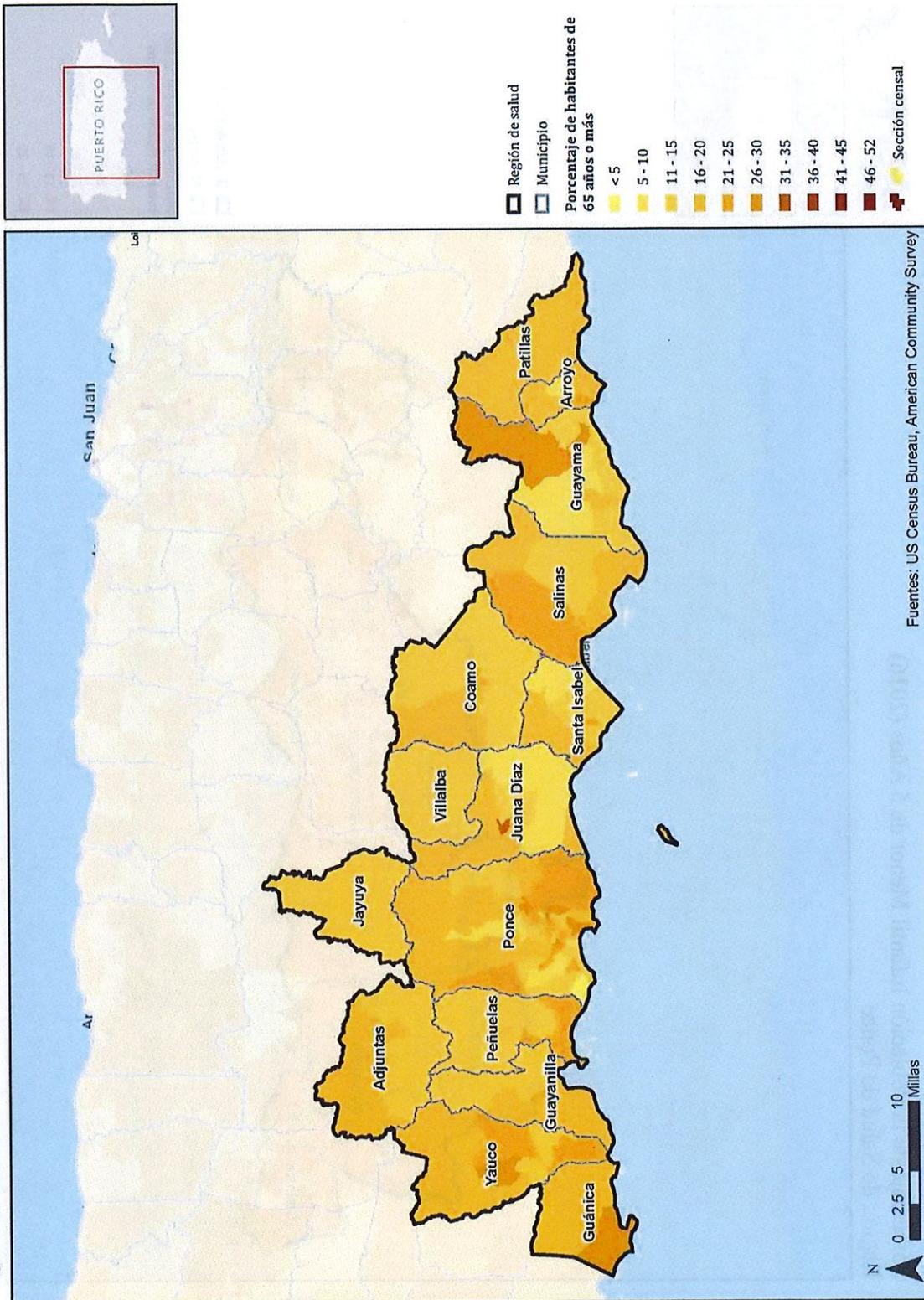
Densidad Poblacional de la Región de Salud de Ponce (2016)



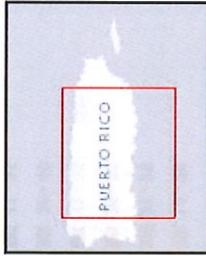
Mapa 11: Densidad poblacional—Región de Salud de Ponce, 2016



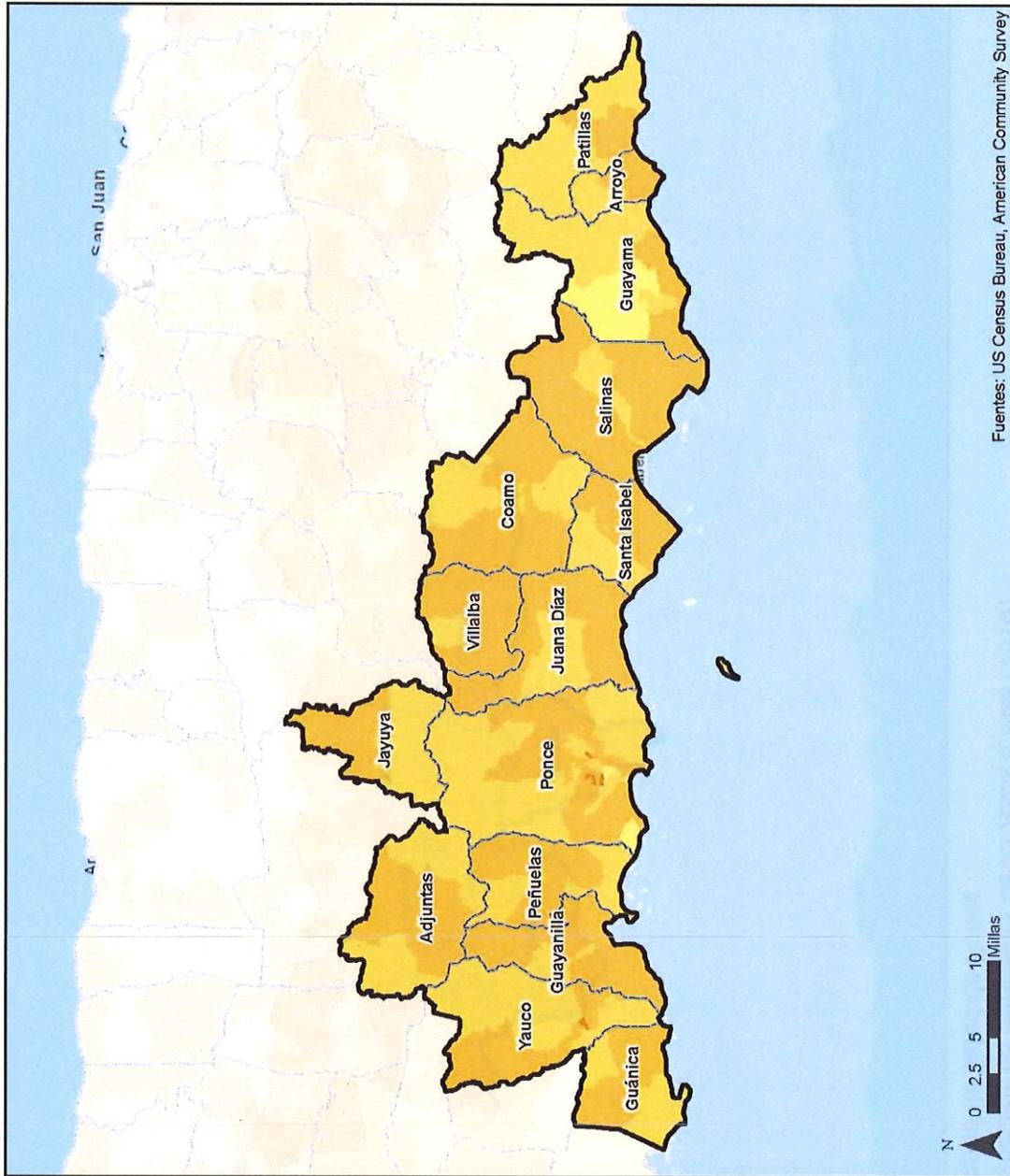
Porcentaje de Habitantes de 65 Años o Más (2016)
Región de Salud de Ponce



Mapa 12: Porcentaje de habitantes de 65 años o más—Región de Salud de Ponce



Porcentaje de la Población Infantil Menor de 5 Años (2016)
Región de Salud de Ponce

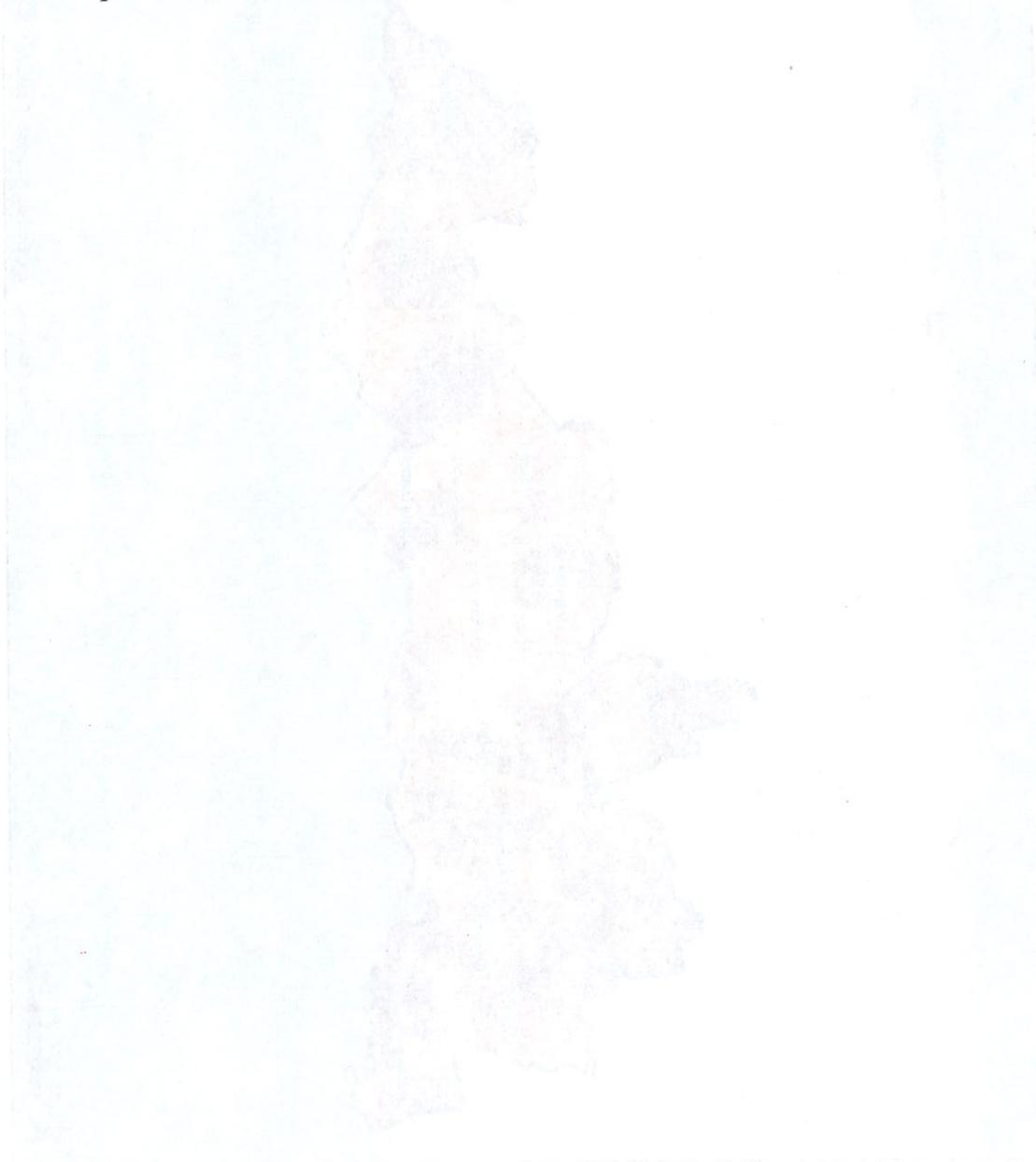


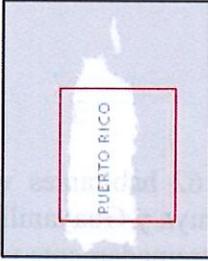
Mapa 13: Porcentaje de habitantes de menores de 5 años, 2016—Región de Salud de Ponce

ECONOMÍA

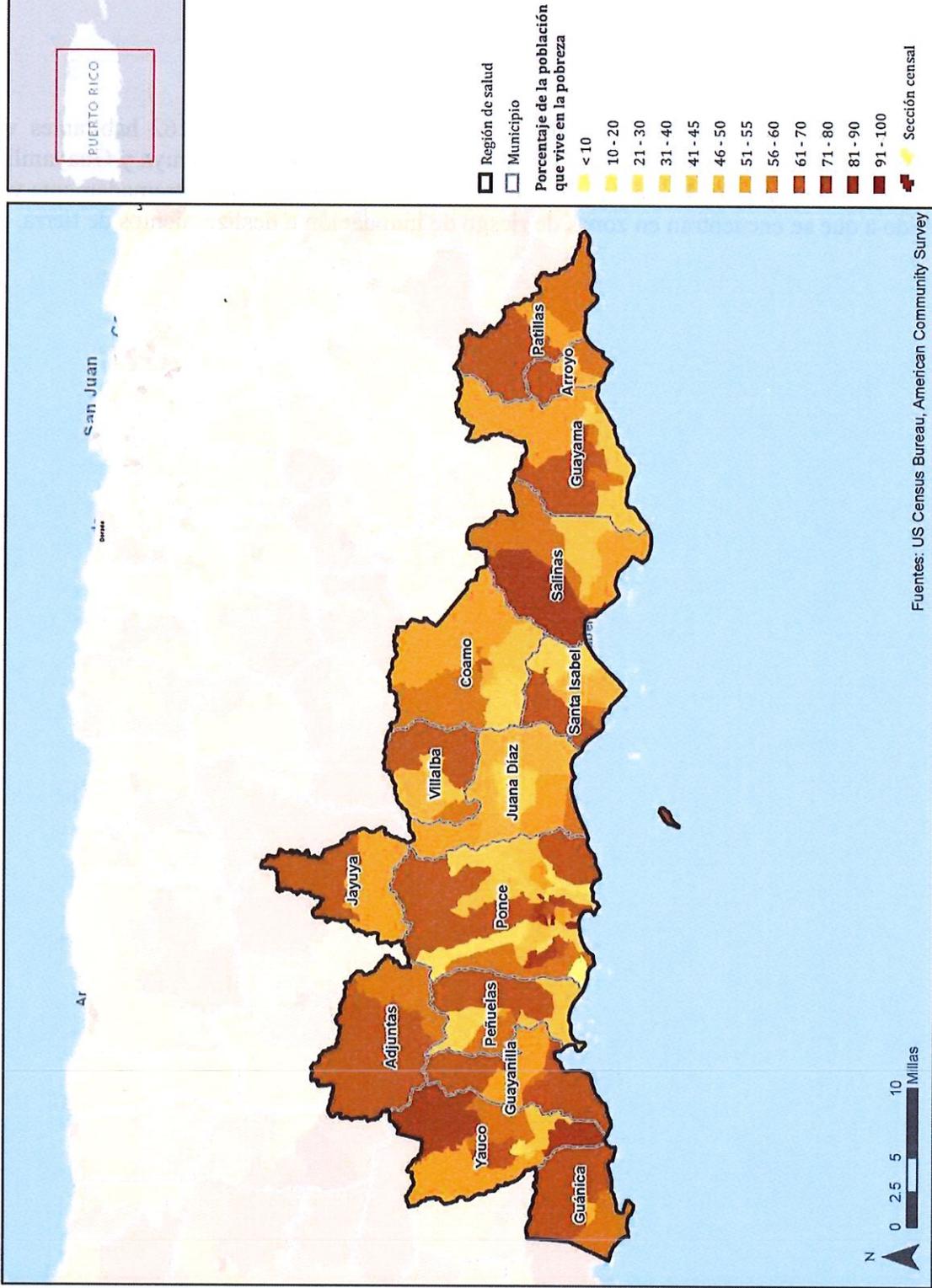
Índice de pobreza

Aproximadamente, el 52.89% de una población compuesta por 277,162 habitantes viven por debajo del índice de pobreza. Los municipios de Adjuntas, Guánica, Jayuya y Guayanilla son los más pobres de la región. La población que vive en estos municipios es extremadamente vulnerable debido a que se encuentran en zonas de riesgo de inundación o deslizamientos de tierra.





Porcentaje de la Población que Vive en la Pobreza (2016)
Región de Salud de Ponce



Mapa 14: Porcentaje de la población que vive en la pobreza—Región de Salud de Ponce, 2016

CONDICIONES O EVENTOS DE SALUD

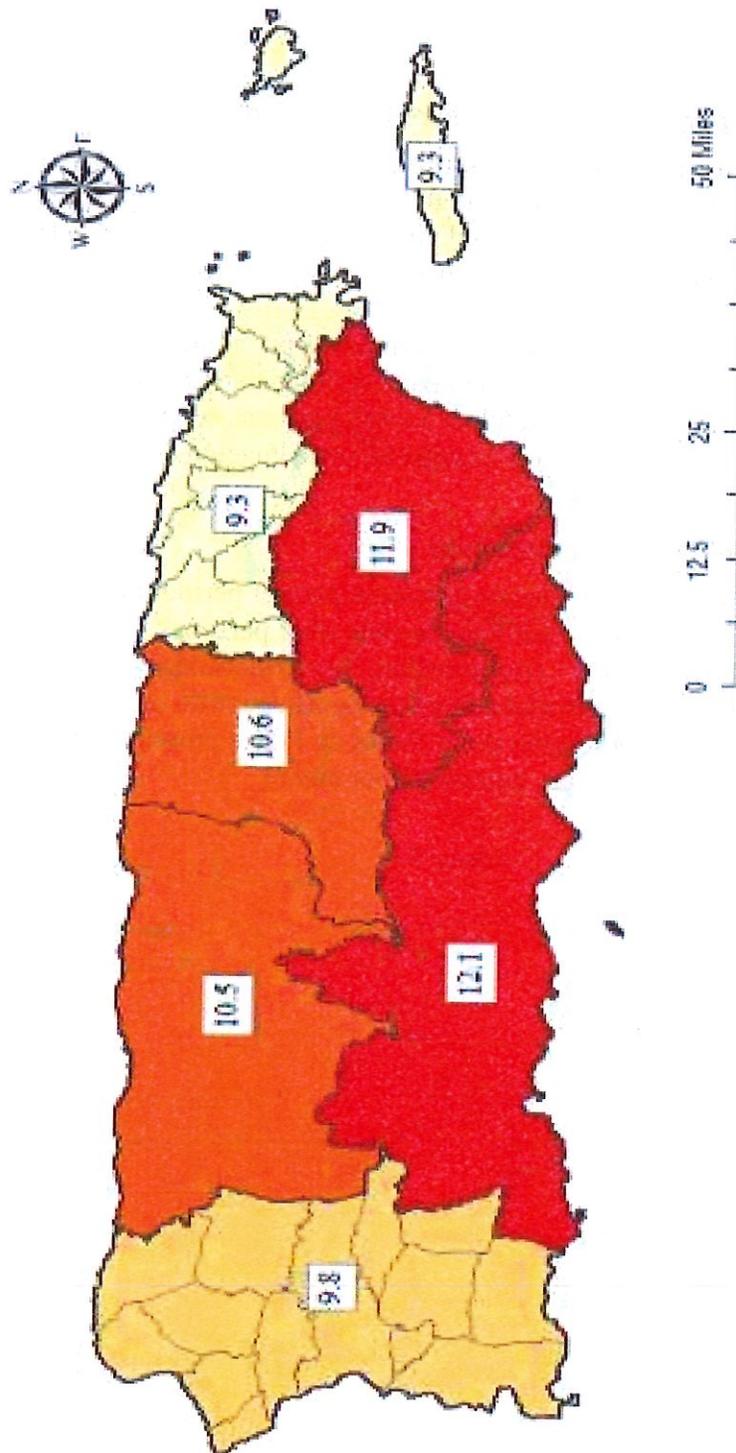
Personas con discapacidad funcional y con movilidad reducida

Otras poblaciones vulnerables son las personas con discapacidades físicas o cognitivas. La mayoría son adultos de 65 o más que habitan en la región que requieren atención especial ante cualquier emergencia, por lo que identificar a individuos previo a cualquier situación de emergencia permitiría una respuesta más rápida y adecuada.

La población con discapacidad auditiva está compuesta por adultos de 65 años o más. La población con discapacidad visual es de aproximadamente 34,000 personas entre las edades de 18 y 65 años. En el mismo rango de edad, hay un total de 53,445 personas con movilidad reducida en la región. Es prioritario tomar en cuenta a esta población en una situación de emergencia.

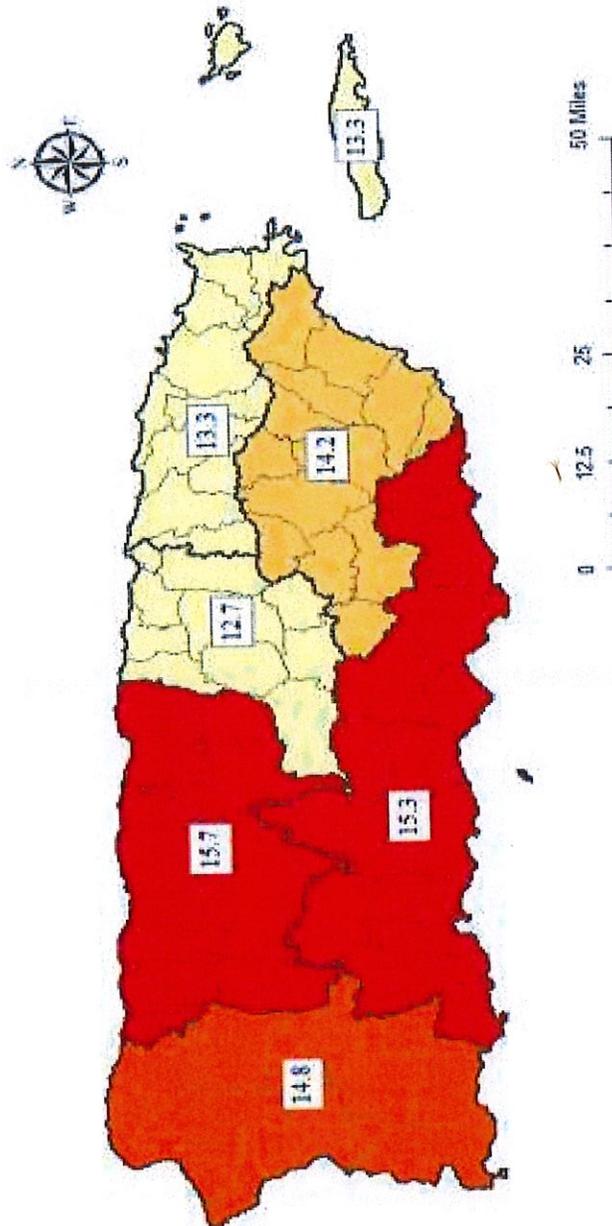
Enfermedades crónicas y degenerativas

La prevalencia de enfermedades cardiovasculares para el periodo de 2013-2015 en Puerto Rico fue de un 10.6%. Esto significa que una de cada diez personas tenía al menos una de las tres enfermedades cardiovasculares (hipertensión, enfermedades coronarias y enfermedades cerebrovasculares). No se observó una diferencia significativa de las prevalencias de enfermedades cardiovasculares por sexo. La Región de de Salud de Ponce presentó una de las prevalencias más altas de enfermedad cardiovascular, con un 12 por ciento.



Mapa 15: Prevalencia Ajustada por Edad de Enfermedades Cardiovasculares por Regiones de Salud, 2013-2015

En el periodo de 2013-2015, la prevalencia de diabetes fue de un 14.2%, siendo más alta en las mujeres (14.7%). La prevalencia de diabetes aumenta con la edad, llegando a sobrepasar una tercera parte de la población de personas con 65 años o más. La prevalencia de enfermedad del riñón fue 2.6%, siendo más alta entre los hombres. La prevalencia de enfermedades del riñón aumenta con la edad, llegando a casi el 5 por ciento en la población con 65 años o más. La RSP tuvo una mayor prevalencia de enfermedades del riñón ajustada por edad (de 2.6%).



Mapa 16: Prevalencia Ajustada por Edad de Diabetes por Regiones de Salud, Puerto Rico 2013-2015

La prevalencia de depresión en Puerto Rico fue 17.8%, siendo mayor en las mujeres por un poco más de tres puntos porcentuales. La RSP tiene una prevalencia de depresión ajustada por edad, de un 16.8%.

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.²⁴ 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.

²⁴ El andamiaje jurídico incluido no pretende ser taxativo, sino que incluye la normativa que tendrá relevancia desde un enfoque operacional en cuanto al propósito del plan. Aunque cada capítulo regional tiene la discreción de desarrollar su plan de preparación, se sugiere que los elementos mínimos incluidos sean incorporados en los documentos generales de planificación.

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	<p>Delega al Departamento de Seguridad Pública el rol de operacionalizar el manejo de todo tipo de emergencias que ocurran en Puerto Rico.</p> <p>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.</p> <p>Establece los poderes extraordinarios que puede ejercer el Gobernador de Puerto Rico cuando media una declaración de emergencia.</p> <p>Autoriza el uso y la adquisición de propiedad cuando resulte necesario.</p> <p>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.</p>
Continuidad de operaciones	Ley Núm. 88 del 2018, conocida como la Ley de Garantía de Prestación de Servicios	<p>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 cuidado de niños y adultos, y otras—cuenten con fuentes de energía alterna, abastos de combustible y reservas de agua, entre otros requerimientos.</p>

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

Materia	Fuente de Apoyo	Comentario
Inmunidad	<i>Volunteer Protection Acts of June 18, 1997 (VPA)</i>	Ofrece inmunidad para el voluntariado.
Activación de personal	<i>Pandemic and All-Hazards Preparedness Act of 2006 (PAHPA)</i>	Permite la activación de personal voluntario durante eventos de amenazas biológicas.
Inmunidad	<i>Public Readiness and Emergency Preparedness Act of 2005</i>	Ofrece inmunidad, aunque limitada, durante el ejercicio de medidas de control de vectores que incidan en la salud pública.
Inmunidad	<i>Federal Tort Claims Act of August 2, 1946 (FTCA)</i>	Establece inmunidad a empleados del gobierno federal en el descargue de sus funciones oficiales en determinadas circunstancias.
Protocolo para la asistencia federal	<i>FEMA Region II Hurricane Annex for Puerto Rico & US Virgin Islands (October 20, 2014) FEMA</i>	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.²⁵ 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.

²⁵ Excepto aquellos que se relacionan con el servicio de cuarentena marítima.

- ◆ 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.²⁶ 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.²⁷

²⁶ 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).

²⁷ 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 referencia a aquellas dependencias, agencias o instrumentalidades públicas cuyas funciones y deberes estén relacionados directa o indirectamente con el manejo de emergencias y desastre.

- ◆ 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.²⁸
- ◆ 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*”.²⁹
- ◆ 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.³⁰
- ◆ 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 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;

²⁸ 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.

²⁹ 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.

³⁰ 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.

(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.³¹ 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 decreta 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.³² 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.³³

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

³¹ 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”.

³² Esto no será de aplicación a aquellos voluntarios que sean empleados de entidades gubernamentales de Puerto Rico.

³³ 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.

- ◆ 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 cuidado 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):³⁴

- ◆ 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.³⁵

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 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

³⁴ 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).

³⁵ 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.

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):³⁶

- ◆ 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.

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

³⁶ 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).

- ◆ 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 prestar 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.

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):

- ◆ 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 Multiriesgos, 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).³⁷

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

- ◆ 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)

³⁷ “El encargado de transportación será responsable de que todos los conductores llenen los tanques de gasolina de sus vehículos y que estos se 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.”

- ◆ 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 Availability* (La ASPR/HCC facilitan el ejercicio). Establece que los socios de las coaliciones logren la disponibilidad de un 20 % 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 voluntario³⁸ 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.):

- ◆ 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

³⁸ 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.

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 cuidado 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):

- ◆ 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.

APÉNDICE E: RECURSOS REGIONALES

Nombre de la facilidad	Dirección	Municipio	Código postal	Región de Salud
Laboratorio Clínico Adjuntas	San Joaquin # 33	Adjuntas	00601	Ponce
Lab Clínico Defillo Franceschi	Calle Luis Muñoz Rivera #147	Guayanilla	00656	Ponce
Lab Clínico San Blas	21 Baldorioty St	Coamo	00769	Ponce
Laboratorio Clínico Coamo Inc.	Calle José J Quinton #129	Coamo	00769	Ponce
Laboratorio Clínico Soram	1 Mario Braschi	Coamo	00769	Ponce
Laboratorio Clínico Jayuya	Calle Figueras #5 Box 549	Jayuya	00664	Ponce
Lab Clínico Bristol Angeli	Calle Baldorioty Num 22 Oeste	Guayama	00784	Ponce
Lab Clínico Guayama	47-O Baldorioty St	Guayama	00785	Ponce
Lab Clínico Guayanillense	Calle Muñoz Rivera #135	Guayanilla	00656	Ponce
Laboratorio Clínico Irizarry Guasch	Calle Comercio 116	Juana Díaz	00795	Ponce
Laboratorio Medico e Industrial del Sur, Corp	Calle 5 Mario Braschi St	Juana Díaz	00795	Ponce
Laboratorio Clínico Sonia Sepulveda, Inc	Calle Pedro Velázquez Díaz 628 Edificio Aurora Suite B-1	Peñuelas	00624	Ponce
<i>Southern Pathology Services Inc.</i>	234 Calle A Parque Industrial Sabanetas	Ponce	00732	Ponce
Lab Clínico Blasor	8163 Calle Concordia Suite #1	Ponce	00717	Ponce
Laboratorio Clínico del Caribe	617 Calle Ferrocarril Suite 101	Ponce	00717	Ponce
Laboratorio Ramírez Inc.	8133 Calle Concordia Suite 101	Ponce	00730	Ponce
Consejo de Salud de Puerto Rico Inc.	1034 Hostos Ave	Ponce	00716	Ponce
Laboratorio Clínico del Sur	8169 Calle Concordia Cond San Vicente Suite #3	Ponce	00717	Ponce
Laboratorio Clínico Rodríguez	2610 Mayor Street	Ponce	00717	Ponce

Nombre de la facilidad	Dirección	Municipio	Código postal	Región de Salud
Laboratorio Clínico Williams	1128 Muñoz Rivera Reperto Universidad Reperto Universidad	Ponce	00731	Ponce
Lab Clínico Santa María	Ferrocarril Suite 103 Sta Marie Bldg.	Ponce	00731	Ponce
Lab Concordia Lugaro	8151 Calle Concordia Suite 2 Edificio Profesional	Ponce	00717	Ponce
Laboratorio Clínico Salimar	Calle Palmer 12	Salinas	00751	Ponce
Laboratorio Clínico Salinas	59 Baldorioty St	Salinas	00751	Ponce
Laboratorio Clínico Bayaney	Yauco Gallery Plaza Barrio Susua Baja, Road Pr-128 Km 2 Hm 2	Yauco	00698	Ponce
Laboratorio Clínico Del Carmen	27 Luis Munoz Rivera	Yauco	00698	Ponce
Laboratorio Clínico NBH	Mattei Lluveras 40	Yauco	00698	Ponce
Laboratorio Clínico Coliseo Inc.	2525 Ave Edwards Ruberte Coliseo Shopping Center Suite 211	Ponce	00728	Ponce
Laboratorio Clínico Coto Laurel	Carr 14 #99	Ponce	00780	Ponce
Laboratorio Clínico Romi	Michelle Plaza 1212 Calle Acacia Suite 102	Ponce	00716	Ponce
Laboratorio Sandon Inc.	Calle Bertoly 12	Ponce	00733	Ponce
Laboratorio Clínico Kamil Inc.	3025 Buenos Aires Ste 1 Bda Belgica	Ponce	00717	Ponce
Laboratorio Clínico Alfeciza	Carr 149, #44 Barriada Borinquen	Villalba	00766	Ponce
Laboratorio Clínico Degmar	Calle Concordia #8104 Suite #1	Ponce	00717	Ponce
Laboratorio Clínico El Tuque	Parcela El Tuque 523 Calle Ramos Antonini Suite 1	Ponce	00728	Ponce
Laboratorio Clínico Peñuelas	#315 Muñoz Rivera	Peñuelas	00624	Ponce
Laboratorio Clínico Alhambra	Calle Comercio #104	Juana Díaz	00795	Ponce
Laboratorio Beiro, Inc.	Palmer St 22 Sur	Guayama	00785	Ponce
Laboratorio Clínico Serhant	Calle Concordia 8011 Urb Santa María	Ponce	00717	Ponce

Nombre de la facilidad	Dirección	Municipio	Código postal	Región de Salud
Laboratorio Clínico Santana	Calle 25 De Julio #45	Guánica	00653	Ponce
Laboratorio Clínico Fagot	2929 Avenida Emilio Fagot	Ponce	00716	Ponce
Laboratorio Clínico Plaza	Muñoz Rivera #49	Yauco	00698	Ponce
Laboratorio Clínico Clausells	Victoria 333 St	Ponce	00731	Ponce
Laboratorio Clínico Aili	Ruis Rivera #9	Adjuntas	00601	Ponce
Pulmo Lab/Damas Hospital	Damas Hospital ICU Dept. Ponce By Pass	Ponce	00731	Ponce
Lab CL Centro San Cristóbal- Juana Díaz	Calle Luis Muñoz Rivera #6	Juana Díaz	00795	Ponce
Lab Clínico CSF Dr. Julio Palmieri	Calle Morse Esquina Valentina	Arroyo	00714	Ponce
Laboratorio Clínico la Providencia	Carr #132 Km 24 Hm 3	Ponce	00728	Ponce
Lab Clínico y Bacteriológico Génesis	Calle Guillermo Riefkhol Num 2	Patillas	00723	Ponce
Laboratorio Clínico Plaza Guayama	Commerce Plaza Suite 203 Ave Pedro Albizu Campos Urb Costa Azul	Guayama	00784	Ponce
Laboratorio Cl. Profesional Emanuel	Carr 149 Km 63-8 Edificio Cruz Suite 7 Bo Guayabal	Juana Díaz	00795	Ponce
Lab Cl. <i>Migrant Health Center</i> Ensenada	Calle Montalva #23 Ensenada	Guánica	00647	Ponce
Laboratorio Clínico San Blas	Calle Celis Aguilera Esquina Muñoz Rivera	Santa Isabel	00757	Ponce
Lab Clin. Centro San Cristóbal Villalba	Calle Muñoz Rivera 40	Villalba	00766	Ponce
C&C Lab	Centro Comercial Barinas Local 10, Carr 335 Km 1 Hm 5, Bo Barinas	Yauco	00698	Ponce
Laboratorio Clínico Margimar Inc.	Glenview Gardens No F 11 S3 Street	Ponce	00731	Ponce
Lab Clínico y Bact. Tierra Santa	Bo Tierra Santa Carr 149 Km 58 Edificio San Gerardo 502 Suite 4	Villalba	00766	Ponce
Laboratorio Clínico Sagrada Familia	Carr #149 Km 58 Hm 7 Sector Tierra Santa	Villalba	00766	Ponce

Nombre de la facilidad	Dirección	Municipio	Código postal	Región de Salud
Laboratorio Clínico Plaza Oasis	Edificio C Carr 153 Km 9 Hm 9 Bo Felicia	Santa Isabel	00757	Ponce
Laboratorio Clínico Juana Díaz	Calle La Cruz #3 Suite #1	Juana Díaz	00795	Ponce
CDT – Centro De Salud Mario Canales Torresola	2 Calle Rosanta Aulet	Jayuya	00664	Ponce
<i>Clinical Lab</i> CDT Coamo	Luis Muñoz Marin Ave Carretera 138	Coamo	00769	Ponce
Centro de Salud Familiar de Patillas	Riefkhol Street 99	Patillas	00723	Ponce
Laboratorio Clínico Morse	Calle Morse I 203	Arroyo	00714	Ponce
Laboratorio Clínico Bacteriológico Génesis	Marginal Pr-54, Barrio Machete, Solar A-2	Guayama	00784	Ponce
Laboratorio Clínico de Maes.	306 Carr Pr-123	Ponce	00731	Ponce
Lab Clínico Canas	Carretera Pr-132 Km 22 Hm 1 Bo Canas	Ponce	00715	Ponce
Laboratorio Clínico Cemí	Calle Libertad 43	Jayuya	00664	Ponce
Laboratorio Clínico Cayabo	Carr Pr-14 Km 11 Hm 3 Barrio Cayabo Pr-14, Juana Díaz, Puerto Rico	Juana Díaz	00795	Ponce
<i>Maiz Clinical Laboratory</i>	Carr Pr-1 Km 114 Hm 5 Sector Singapur Bo Citrona	Juana Díaz	00795	Ponce
Metro Pavia <i>Clinic</i> Ponce	Calle Marina Num 38	Ponce	00717	Ponce
Laboratorio Clínico Y Bacteriológico Génesis II	Carr-Pr-3, Km122, Hm 6	Patillas	00723	Ponce
Lab Clín. Centro de Emergencia y Medicina Integrada San Lucas	Brisas Del Caribe El Tuque Street # 2 Km 121 Hm 9	Ponce	00733	Ponce
Laboratorio Clínico Porta Caribe	Road 153 Km 7 Hm 5 Barrio Useras	Santa Isabel	00757	Ponce
Laboratorio Clínico Bulevar	Road 14 Km 30hm 7 Barrio San Ildefonso Local 1 Centro De Convenciones De Coamo	Coamo	00769	Ponce
Banco de Sangre <i>Southern Pathology Services</i>	234 A Sabanetas Industrial Park	Ponce	00716	Ponce

Nombre de la facilidad	Dirección	Municipio	Código postal	Región de Salud
Laboratorio Clínico Islamar	Centro Comercial Cooperativo Maunacoop Suite P-4, Pr-3 Y Pr-178	Arroyo	00714	Ponce
Laboratorio Clínico Ana Camila	Urb Minima La Carmen , Carr Pr-3 Km 158 Hm 5	Salinas	00751	Ponce
Santa Isabel <i>Medical Center</i>	Calle Hostos Final, Carr 13	Santa Isabel	00757	Ponce
Metro Pavia <i>Clinic</i> – Guayama	Centro Comercial Brisas Del Mar, Carr 54, Km 0 Hm Bo Machete	Guayama	00784	Ponce
CDT – Centro San Cristobal	Carr Pr-153, Esq Pr-52, Barrio Felicia 2	Santa Isabel	00757	Ponce
<i>Express Clinical Lab</i>	Carr-Pr-3, Ave Los Veteranos, Solar B-11 Villa Rosa Iii	Guayama	00784	Ponce
Laboratorio Clínico Punta Diamante	Bo Canas, Sector Punta Diamante, Calle Quetzal B-4	Ponce	00728	Ponce
CDT Go Gogo	Urb Industrial Reparada 291, Edif B, Calle Monterey, Bo Canas	Ponce	00716	Ponce

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

Nombre IPA	Dirección	Municipio	Teléfono
Corp. Adjunteña Salud	20 Calle Rius Rivera	Adjuntas	787-829-2569
Corporación Adjunteña de la Salud	Calle Rius Rivera 6	Adjuntas	787-829-2013
Corporación Adjunteña de la Salud	Calle Joaquín Andino	Adjuntas	787-829-2023
Corporación Adjunteña de la Salud	Calle Rius Rivera 20	Adjuntas	787-829-4476
Policlínica Adjuntas Castañer	Carr 123 Calle Garzas	Adjuntas	787-829-2910
<i>Primary Medical Center, Inc.</i>	Calle Barbosa 2	Adjuntas	787-829-1111
Centro de Salud Familiar de Arroyo	Calle Morse	Arroyo	787-839-4150
Centro Polimenonita de Coamo	13 Calle Mario Brashi	Coamo	787-825-5835
Corporación Coameña de Salud	44 Calle Florencio Santia	Coamo	787-825-4558
Grupo Médico San Blas	Carrion Maduro 12	Coamo	787-825-1002
Policlínica General de Coamo	18 Calle Mario Braschi	Coamo	787-825-1020
<i>Ponce Advance Medical Group Psc.</i>	Calle Baldorioty #42	Coamo	787-825-8808
Rs Centro Medicina Avanzada	20 Calle Bobby Capo	Coamo	787-803-0040
Centro Médico Central Coto Laurel – <i>Phys. Group</i>	77 Calle Central	Coto Laurel	787-842-7856
Centro Médico Central Coto Laurel – <i>Phys. Group</i>	Calle del Parque Bloque 1	Coto Laurel	787-848-1005
<i>Ponce Advance Medical Group Psc.</i>	Torre San Cristóbal	Coto Laurel	787-259-0988
<i>Ponce Advance Medical Group Psc</i>	Torre San Cristóbal	Coto Laurel	787-425-1339
<i>Ponce Advance Medical Group Psc</i>	Torre San Cristóbal	Coto Laurel	787-840-0384
<i>Ponce Advance Medical Group Psc</i>	Carr Num 14	Coto Laurel	787-848-4000
<i>Ponce Advance Medical Group Psc</i>	Torre San Cristóbal	Coto Laurel	787-848-7766
Centro Médico Cotto Laurel	103 Calle Central	Cotto Laurel	787-842-7856

Nombre IPA	Dirección	Municipio	Teléfono
<i>Migrant Health Center Western Region – Ensenada</i>	Bo Montalva	Ensenada	787-821-3377
<i>Migrant Health Center Western Region – Mayagüez</i>	Bo Ensenada El Batey	Ensenada	787-821-3377
Policlínicas Médicas Asociadas, Inc.	Calle San Miguel	Guánica	787-821-7500
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	13 Calle Yaguer	Guánica	787-821-0153
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle San Miguel 50	Guánica	787-821-1821
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle Yaguer 12	Guánica	787-821-2320
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle 13 De Marzo Numero 19 Bajos	Guánica	787-821-2879
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle Yaguer 26	Guánica	787-821-5258
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle 25 De Julio 84	Guánica	787-821-6565
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Po Box 922	Guánica	787-835-1148
Alianza Médicos Sureste, Inc.	Calle Palmer 61	Guayama	787-625-2500
<i>Southern Health Care Group</i>	Carr. 3 # 80 Sur	Guayama	787-866-1212
<i>Vision 2000</i>	Commerce Plaza Suite 301	Guayama	787-864-2000
Centro Ceski Csp	Calle Concepción Esquina Añasco	Guayanilla	787-835-5552
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle Añasco 2	Guayanilla	787-504-3207
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle Muñoz Rivera 136	Guayanilla	787-835-1626
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle Rufina 27	Guayanilla	787-835-2870
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle Luis Muñoz Rivera 268	Guayanilla	787-835-3006
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Urb Santa Elena	Guayanilla	787-835-4574
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle Muñoz Rivera 152	Guayanilla	787-835-4910
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle Luis Muñoz Rivera 135 Num 2	Guayanilla	787-835-5956
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Centro Comercial Santa Elena	Guayanilla	787-835-6644

Nombre IPA	Dirección	Municipio	Teléfono
Centro Ceski Csp	13 Calle Guillermo Esteves	Jayuya	787-828-6456
Corporación Adjunteña de la Salud	Calle Mattei 2	Jayuya	787-828-5385
Empresa Municipal Salud Integral de la Tierra Alta Group	2 Calle Rosanta Aulet	Jayuya	787-828-0305
Centro Médico Central Coto Laurel – Phys. Group	66 Calle Muñoz Rivera	Juana Díaz	787-260-7849
Centro Salud San Cristóbal Juana Díaz	Calle La Cruz 6	Juana Díaz	787-588-0000
Consejo de Salud de Puerto Rico, Inc. – Phys. Group	Km 32.1 Carr 1	Juana Díaz	787-843-9393
Consejo de Salud de Puerto Rico, Inc. – Phys. Group	Barrio Singapur Sect Copimanejo	Juana Díaz	787-843-9593
Corporación Médica Juana Díaz	45 Calle Muñoz Rivera	Juana Díaz	787-260-0447
Jacaguax Medical Center	168-A Calle Las Flores	Juana Díaz	787-837-2923
Jd Med Group	45 Calle Muñoz Rivera	Juana Díaz	787-837-3530
Ponce Advance Medical Group Psc.	Calle Hostos	Juana Díaz	787-260-4949
Primary Medical Center, Inc.	Edif Cruz Carr 149	Juana Díaz	787-837-5577
San Cristóbal Juana Díaz	6 Calle La Cruz	Juana Díaz	787-837-2265
Ponce Advance Medical Group Psc.	Paseos del Sur Plaza Suite F	Mercedita	787-841-5219
Centro de Salud de Patillas	99 Guillermo Riefkhol	Patillas	787-839-4320
Ponce Advance Medical Group Psc.	900 B Muñoz Rivera St	Peñuelas	787-836-7445
Centro Ceski	602 Calle José V Rodríguez	Peñuelas	787-836-3288
Centro Ceski Csp	600 Calle José V Rodríguez	Peñuelas	787-705-6550
Centro Ceski Csp	900 B Muñoz Rivera St	Peñuelas	787-836-7446
Consejo de Salud de Puerto Rico, Inc. – Phys. Group	Carr 385 Km 0 5	Peñuelas	787-843-9393
Policlinicas Médicas Asociadas, Inc.	Calle Muñoz Rivera 718	Peñuelas	787-836-4520
Ponce Advance Medical Group Psc.	Reparto Kennedy Carr 132 90 B 9	Peñuelas	787-928-7166
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle Muñoz Rivera 208	Peñuelas	787-836-0419
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle Pedro Velázquez 628	Peñuelas	787-836-2214
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle Amalia Marín 703	Peñuelas	787-836-2712

Nombre IPA	Dirección	Municipio	Teléfono
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle Muñoz Rivera 307	Peñuelas	787-836-2903
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	604 Calle Muñoz Rivera	Peñuelas	787-836-3409
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle Muñoz Rivera 959	Peñuelas	787-836-8522
Centro Ceski Csp	Calle Concordia 8169	Ponce	787-290-2195
Centro Médico Central Coto Laurel - <i>Phys. Group</i>	Parque Industria El Tuque	Ponce	787-842-7856
Consejo de Salud de PR	1034 Ave Hostos	Ponce	787-843-9393
Consejo de Salud de Puerto Rico, Inc. – <i>Phys. Group</i>	Bo La Cantera	Ponce	787-843-9393
Consejo de Salud de Puerto Rico, Inc. – <i>Phys. Group</i>	Calle H N 9	Ponce	787-843-9393
Consejo de Salud de Puerto Rico, Inc. – <i>Phys. Group</i>	Calle Mayor 72	Ponce	787-843-9393
Consejo de Salud de Puerto Rico, Inc. – <i>Phys. Group</i>	Nueva Vida El Tuque	Ponce	787-843-9393
PDP <i>Health Management, Inc.</i>	Plazoleta Morell Campos Num 9	Ponce	787-812-3153
Policlínicas Médicas Asociadas	Plazoleta Las Américas	Ponce	787-842-8945
Policlínicas Médicas Asociadas, Inc.	Urb San Antonio 539 Ramal 2	Ponce	787-709-4189
Policlínicas Médicas Asociadas, Inc.	El Monte Town Center	Ponce	787-842-8945
Ponce <i>Advance Medical Group Psc.</i>	Edificio Thamar Calle Salud	Ponce	787-223-2592
Ponce <i>Advance Medical Group Psc.</i>	<i>Caribbean Medical Center</i>	Ponce	787-231-7697
Ponce <i>Advance Medical Group Psc.</i>	El Tuque	Ponce	787-259-7592
Ponce <i>Advance Medical Group Psc.</i>	Calle Mayor Cantera 2	Ponce	787-284-1049
Ponce <i>Advance Medical Group Psc.</i>	Bo Maguelles	Ponce	787-284-3400
Ponce <i>Advance Medical Group Psc.</i>	Edif Antonsich	Ponce	787-284-5558
Ponce <i>Advance Medical Group Psc.</i>	Galerías Poncenas Calle Union Num 83	Ponce	787-284-6261
Ponce <i>Advance Medical Group Psc.</i>	Edif Michelle Plaza Ste 212	Ponce	787-290-7171
Ponce <i>Advance Medical Group Psc.</i>	18 Calle Bertoly	Ponce	787-473-1030

Nombre IPA	Dirección	Municipio	Teléfono
<i>Ponce Advance Medical Group Psc.</i>	Calle 132 Km 24.3	Ponce	787-651-6876
<i>Ponce Advance Medical Group Psc.</i>	2610 Calle Mayor	Ponce	787-692-3344
<i>Ponce Advance Medical Group Psc.</i>	Urb Mariani	Ponce	787-812-2979
<i>Ponce Advance Medical Group Psc.</i>	Carr 132 Km 22.1 Bo Cañas	Ponce	787-812-3939
<i>Ponce Advance Medical Group Psc.</i>	Calle Victoria 104	Ponce	787-812-9595
<i>Ponce Advance Medical Group Psc.</i>	Ave Hostos Esquina Power 1266	Ponce	787-813-2324
<i>Ponce Advance Medical Group Psc.</i>	<i>Lorraine Medical Building</i>	Ponce	787-813-8111
<i>Ponce Advance Medical Group Psc.</i>	Calle Concordia Edificio San Vicente	Ponce	787-829-1096
<i>Ponce Advance Medical Group Psc.</i>	Urb Las Delicias	Ponce	787-840-3510
<i>Ponce Advance Medical Group Psc.</i>	Calle Unión 109	Ponce	787-840-4898
<i>Ponce Advance Medical Group Psc.</i>	Edif Porrata Pila	Ponce	787-840-5364
<i>Ponce Advance Medical Group Psc.</i>	819 Ave Hostos Pmb 298	Ponce	787-840-8725
<i>Ponce Advance Medical Group Psc.</i>	Urb Reparto Universitario	Ponce	787-841-2314
<i>Ponce Advance Medical Group Psc.</i>	Calle Ramos Antonini 503 Apt 3	Ponce	787-841-2928
<i>Ponce Advance Medical Group Psc.</i>	Nueva Vida El Tuque	Ponce	787-841-2928
<i>Ponce Advance Medical Group Psc.</i>	Avenida Padre Noel 53	Ponce	787-841-3114
<i>Ponce Advance Medical Group Psc.</i>	Carr 123 Km 9.8	Ponce	787-841-4626
<i>Ponce Advance Medical Group Psc.</i>	Ave Fagot	Ponce	787-841-7194
<i>Ponce Advance Medical Group Psc.</i>	Calle Bertoly 1	Ponce	787-842-0062
<i>Ponce Advance Medical Group Psc.</i>	Barriada Bélgica	Ponce	787-842-1496
<i>Ponce Advance Medical Group Psc.</i>	Torre Medica San Lucas	Ponce	787-842-3277
<i>Ponce Advance Medical Group Psc.</i>	Urb Santa María	Ponce	787-842-3311

Nombre IPA	Dirección	Municipio	Teléfono
<i>Ponce Advance Medical Group Psc</i>	Barriada Baldorioty Num 579	Ponce	787-842-8919
<i>Ponce Advance Medical Group Psc</i>	Calle Ramos Antonini	Ponce	787-843-3089
<i>Ponce Advance Medical Group Psc</i>	Centro Villa	Ponce	787-843-3089
<i>Ponce Advance Medical Group Psc</i>	1227 Ave Muñoz Rivera	Ponce	787-844-2222
<i>Ponce Advance Medical Group Psc</i>	La Rambla Plaza	Ponce	787-844-2222
<i>Ponce Advance Medical Group Psc</i>	Cond Ponciana Ofic 104	Ponce	787-844-6980
<i>Ponce Advance Medical Group Psc</i>	2610 Calle Mayor	Ponce	787-844-7040
<i>Ponce Advance Medical Group Psc</i>	<i>Caribbean Medical Center</i> 2275	Ponce	787-984-0908
<i>Primary Medical Center, Inc.</i>	607 Calle Ferrocarril	Ponce	787-848-3175
<i>Primary Medical Group CSP – Phys. Group</i>	24 Calle Méndez Vigo	Ponce	787-848-3175
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Pr 123 Km 0.1 Barrio Cañas	Ponce	787-267-5829
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Urb Glenview Km 1 Pr 505	Ponce	787-267-5829
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Galeria Profesional Ste 210	Ponce	787-841-4684
Centro Médico Salinas	25 Calle Union	Salinas	787-824-4562
Centro Médico Salinas, Inc.	Zona Industrial Barrio Pl	Salinas	787-824-4562
HCO Dr. Manuel Vizcarrondo	59 Calle Baldorioty	Salinas	787-824-6392
Salimed Rod	43 Calle Monserrate	Salinas	787-824-2774
<i>Salimedical Physician Services Group, Inc.</i>	Calle Rafael Ocasio 16	Salinas	787-824-1934
De Médicos Primarios	14 Calle Betances	Santa Isabel	787-845-6000
<i>Santa Isabel Medical Group</i>	54 Calle Luis Muñoz River	Santa Isabel	787-845-6211
Centro de Pediatría y Medicina de Familia	Carr. Estatal 149 Km 58.2	Villalba	787-847-4867
Centro Salud San Cristóbal Villalba	Muñoz Rivera #40	Villalba	787-847-3000
Consejo de Salud de Puerto Rico, Inc. – <i>Phys. Group</i>	Carr 149 Km 55.2	Villalba	787-843-9393
<i>Specialty Family Clinic</i>	Bo Tierra Santa	Villalba	787-847-1030

Nombre IPA	Dirección	Municipio	Teléfono
Centro Ceski Csp	Calle Comercio 71	Yauco	939-928-9002
<i>Migrant Health Center Western Region – Ensenada</i>	Carr 128 Km 4.1	Yauco	787-685-5589
<i>Migrant Health Center Western Region – Mayagüez</i>	Calle Diego Hernández	Yauco	787-883-5890
Policlínicas Medicas Asociadas, Inc.	Calle Comercio 61	Yauco	787-856-0844
<i>Primary Medical Center, Inc.</i>	229 Prolongación 25 de Julio	Yauco	787-267-0302
<i>Primary Medical Center, Inc.</i>	32 Calle Matei Lluveras	Yauco	787-856-2600
<i>Primary Medical Center, Inc.</i>	12 Prolongación 25 de Julio	Yauco	787-856-3320
Red de Médicos Asoc. del Sur	Calle 65 De Infantería #1	Yauco	787-892-8092
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle Pasarell 39	Yauco	787-267-2000
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle Mattei Lluveras	Yauco	787-267-4620
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle Santiago Vivaldi 20	Yauco	787-267-5721
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle Baldorioty 18	Yauco	787-267-6017
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Callae Comercio 58	Yauco	787-856-0430
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Hospital Metropavia Tito Mattei	Yauco	787-856-1000
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle Comercio 69	Yauco	787-856-1649
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle Pasarell 14	Yauco	787-856-3400
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle Santo Domingo 39	Yauco	787-856-4747
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle Pacheco 20	Yauco	787-856-5566
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Centro Comercial Barinas Local 7	Yauco	787-856-5642
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle Pasarell 29	Yauco	787-856-7708
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle Matienzo Cintrón 1	Yauco	787-967-0819
Red de Médicos Asociados del Sur, Inc.	Calle 65 Infantería A1	Yauco	787-992-7199

Nombre IPA	Dirección	Municipio	Teléfono
SMA Southern Medical Alliance	19 Esq Pasarel	Yauco	787-267-2811

Tabla 8: Facilidades de IPA para la región de Ponce

APÉNDICE F: RECURSOS DE APOYO ANTE LA EMERGENCIA

Pueblo	Dirección física	Teléfono oficina
Ponce Playa	Ave. Hostos #80 (al lado Cancha Salvador Dijols) Ponce, PR 00731	(787) 842-2021
Villalba	Ave. Félix Luis Hernández Carr. 149 Km. 56.9 Villalba, PR	(787) 847-2330
Ponce El Tuque	Calle Ramal # 2, Ponce, PR 00731	(787) 841-4252
Jayuya	Calle Figueras #16, Jayuya, PR 00664	(787) 828-2330
Guánica	Calle 65 de Infantería #22, Guánica, PR 00653	(787) 821-2330
Adjuntas	Calle Rodolfo González #83-A, Adjuntas, PR 00601	(787) 829-2330
Peñuelas	Calle Dr. Loyola #613, Peñuelas, PR 00624	(787) 836-2330
Guayanilla	Calle Concepción #23, Guayanilla, PR 00656	(787) 835-2330
Yauco	Calle Mejías #9, Yauco, PR 00698	(787) 856-2330
Prevención de Incendios		(787) 864-2590
Guayama – Hostos		(787) 864-2590
Coamo	Carr. 138 Ave. Luis Muñoz Marín, Coamo, PR	
Centro de Inspección y Orientación del Asiento Protector		(787) 825-2330
Salinas – Coqui	Calle Leopoldo Cepeda #40, Bo. Coquí, Salinas, PR	(787) 853-2330
Salina – Pueblo		(787) 824-2330
Arroyo	Calle Principal	(787) 839-2330

Tabla 9: Recursos para la región de Ponce—bomberos

Pueblo	Dirección física	Teléfono
Centro de Mando Comandancia Zona Ponce	Policía Área de Ponce, Avenida Los Caobos #292, Ponce, Puerto Rico 00715	787-284-4040
Centro de Mando Comandancia Zona Guayama	Avenida José A. Torres, Urbanización La Hacienda, Guayama, Puerto Rico 00784	787-866-2020

Tabla 10: Recursos para la región de Ponce—policía

Pueblo	Teléfono oficina
NMEAD Zona Ponce	787-844-1763
Adjuntas	787-829-2138; 787-829-5094
Guánica	787-821-2079
Guayanilla	787-835-2275
Jayuya	787-828-4420
Juana Díaz	787-837-2065
Peñuelas	787-836-1361
Ponce	787-843-5353
Villalba	787-847-1590
Yauco	787-856-3940
NMEAD Zona Guayama	787-864-1600
Arroyo	787-839-1181
Coamo	787-825-7008; 787-825-1951
Guayama	787-864-1946
Patillas	787-839-8991
Salinas	787-824-4185
Santa Isabel	787-845-7243

Tabla 11: Recursos para la región de Ponce—negociado de manejo de emergencias y administración de desastres, OMME Zona Ponce

Pueblo	Nombre institución	Dirección física	Teléfono oficina
Adjuntas	Centro de Salud Familiar	Calle Dr. Defendini 4, Adjuntas, PR 00601	787-987-2117
Arroyo	Centro de Salud Familiar Dr. Julio Palmeri Ferri, Inc.	Calle Morse, Esquina Valentina, Arroyo, PR 00714	787-839-4150
Arroyo	Centro de Medicina de Emergencia Integrada	Carretera # 753 Km. 1 Sector Cautro Calles	787-839-3232 S.E. 787-271-2401
Coamo	Centro de Diagnóstico y Tratamiento Menonita Coamo	Ave. Luis Muñoz Marín, Carr. 138 Coamo, Puerto Rico 00769	787-803-0155 787-803-7017
Guánica	<i>Migrant Health Center</i>	Carr. 3116 km. 1.2 Guánica, PR 00653	787-821-1930
Guánica	Centro de Servicios de Salud Juan M. Santiago	Ramal 116 Km 27.7 Guánica, PR 00653	787-821-0402
Guayama	Centro Correccional de Guayama (Sala de Emergencia)	Carr 3 Colonial Las Dolores Región Guayama, PR 00784	787-864-4114
Guayama	Corporación del Fondo del Seguro del Estado, Guayama	Ave. Pedro Albizu Campos KM. 3.0 HM. 0.0 Desvío Sur, Guayama PR 00784	787- 864-0095
Guayanilla	CDT Guayanilla	Calle José De Diego 13, Guayanilla PR 00731	787-835-5370
Jayuya	CDT Dr. Mario Canales Torresola	Calle Rosanta Aulet, Jayuya, PR 00664	787-828-3290 787-828-0305
	Consejo de Salud de la Comunidad de la Playa de Ponce, Inc.	Carretera #1 Km 113.9 Barrio Capitanejos de Singapour, JUANA DÍAZ PR 00795	787-843-9393
Juana Díaz	Centro San Cristóbal - Juana Díaz	Calle La Cruz # 6 Juan Díaz, Puerto Rico 00795	787- 837-2265
Patillas	Centro de Servicios Primarios de Salud, Inc.	Calle Riefkhol 99 Carr # 3, Patillas,PR 00723	787-839-4320
Ponce	Med Centro, Ponce	Ave. Hostos # 1034 Bo Playa Ponce 00716-1115	787-843-9393

Pueblo	Nombre institución	Dirección física	Teléfono oficina
Ponce	Sala de Urgencias San Lucas	Carretera # 2 Sector El Tuque, Ponce	787-259-1101
Ponce	RS <i>Medical Services</i>	Carretera # 132 Km. 22.1 Bo. Canas, Ponce PR 00728	787-812-3939
Ponce	Corporación del Fondo del Seguro del Estado, Ponce	Ave. Santiago de los Caballeros #2136 (Al lado del Centro Judicial), Ponce PR 00733	787-848-4545
Peñuelas	Consejo de Salud de la Comunidad de la Playa de Ponce, Inc.	Tallaboa Encarnación Sector Pueblito Carr. 127 Km. 19.5 Peñuelas PR	787-836-2796
Salinas	SUR MED <i>Medical Center</i>	Calle Colon Pacheco # 8 Salinas PR 00751	787-824-1100 787-824-1199
Santa Isabel	Centro de Servicios Primarios de Salud, Inc.		
Santa Isabel	Centro San Cristóbal – Santa Isabel	Calle Felicia #2, Santa Isabel PR 00757	787-845-5050
Villalba	Centro San Cristóbal Villalba	Calle Muñoz Rivera #40 Villalba, PR 00766	787-847-3010

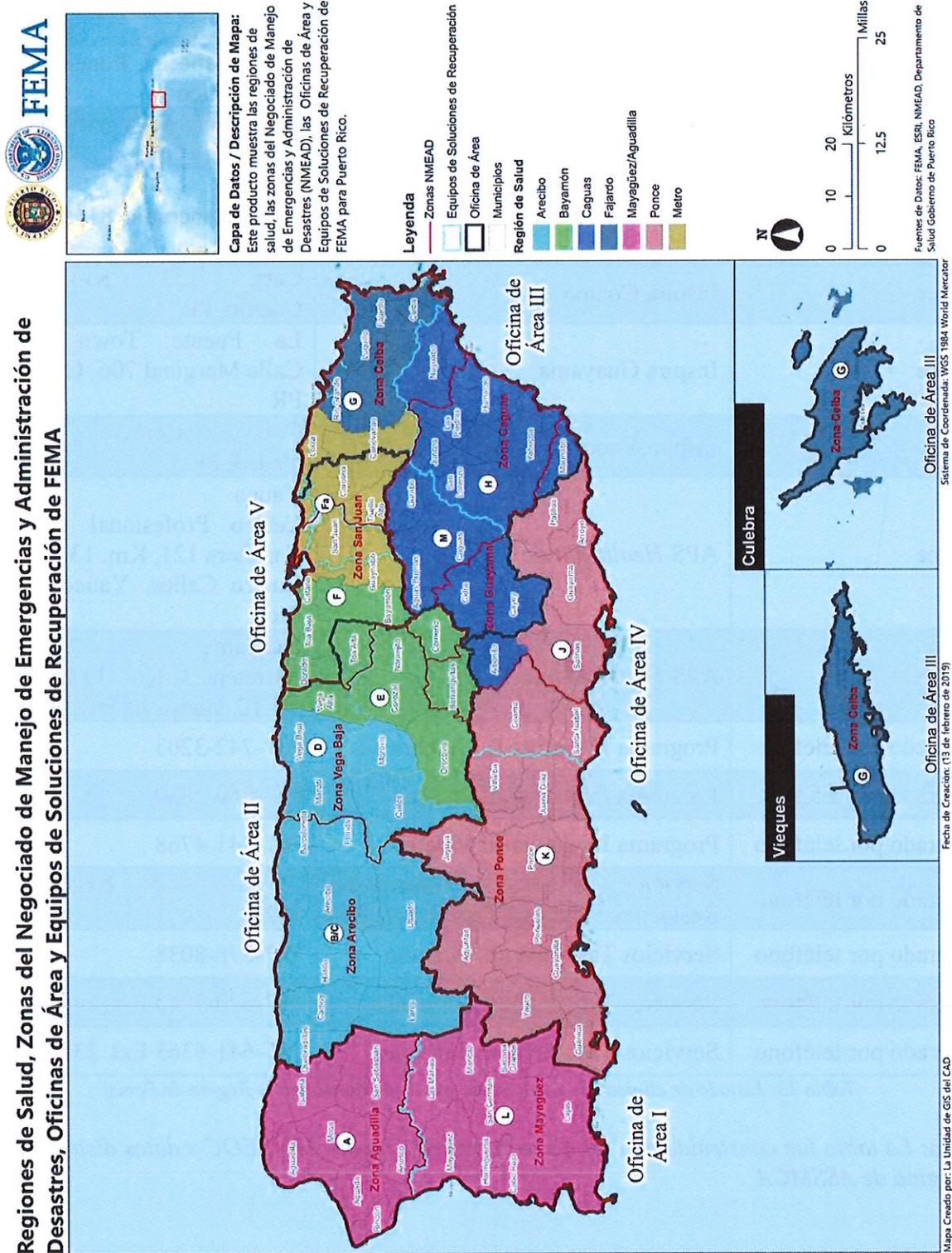
Tabla 12: Recursos para la región de Ponce—CDTs y FQHCs (centros de salud primaria 330)

Región	Nombre de la clínica	Dirección
Ponce	Terrenos Hospital San Lucas II	Bo. Machuelo 14 Ponce, PR 00732
Ponce	Hospital San Carlos -- Anexo	Lugar Especial, Ponce, 00730, Puerto Rico
Ponce	Inspira Ponce	Calle Guadalupe #184 Ponce, PR 00730
Ponce	APS Health Clinic	Ponce Calle Concordia 8118, Ponce Puerto Rico
Ponce	Inspira Coamo	Carr. 153 Km 13.7 Coamo, PR
Ponce	Inspira Guayama	La Fuente Town Center Calle Marginal 706, Guayama, PR
Ponce	Inspira Yauco	Calle Comercio #55 Yauco, PR
Ponce	APS Health Clinic	Yauco Centro Profesional del Sur Carretera 121, Km. 13.3 Sector Cuatro Calles, Yauco Puerto Rico
Ponce	APS Health Clinic	Guayama Carretera 3, Km. 135.1 Local 9-I-10, Guayama 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 Ext. 1511, 1523.
Operado por teléfono	Servicios Tasc Juvenil: Arecibo	787-878-8038
Operado por teléfono	Servicios Tasc Juvenil: Bayamón	787-620-9740 Ext. 2661
Operado por teléfono	Servicios Tasc Juvenil: San Juan	787-641-6363 Ext. 2352

Tabla 13: Listado de clínicas de servicios de salud conductual en la Región de Ponce

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

APÉNDICE G: MAPAS DE REFERENCIA



Mapa 17: 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



Carlos A. Acevedo, Caballero
Comisionado

Gobierno de Puerto Rico
Negociado para el Manejo de Emergencias
y Administración de Desastres
PO Box 194140 San Juan, Puerto Rico 00919-4140
Tel. (787) 724-0124, Fax. (787) 725-4244



Hon. Ricardo Rosselló Nevares
Governador

División Zonas Operacionales



Zona Humacao

George L. Pacheco
Tel. 787-863-3330 Celular 939-640-6162
Fax 787-863-3337
email: gpacheco@prema.prgov

Zona Aguadilla

Elvis Morales
Tel. 787-882-6871 Celular 939-640-6155
Fax 787-882-6850
email: emorales@prema.prgov

Zona Guayama

Paul Fourquet
Tel. 787-864-1600/1690 - 787-523-9197 Celular 939-640-6157
Fax 787-866-8619
email: pfourquet@prema.prgov

Zona San Juan

Oriando Diaz Flores
Tel. 787-294-0277 Celular 939-640-6149
Fax 787-294-1165
email: odiaz@prema.prgov

Zona Caguas

Jaime González
Tel.: 787-656-9643 Celular 787-614-7606
Fax: 787-961-9920
email: jgonzalez@prema.prgov

Zona Vega Baja

Victor Sánchez Rivera
Tel. 787-965-7770 Celular 939-640-6158
Fax 787-855-2511
email: vsanchez@prema.prgov

Zona Mayaguez

Alberto Trópez Allica
Tel. 787-883-7272, 737-29494, 9594 Celular 939-640-6156
Fax 787-805-5530
email: atrópez@prema.prgov

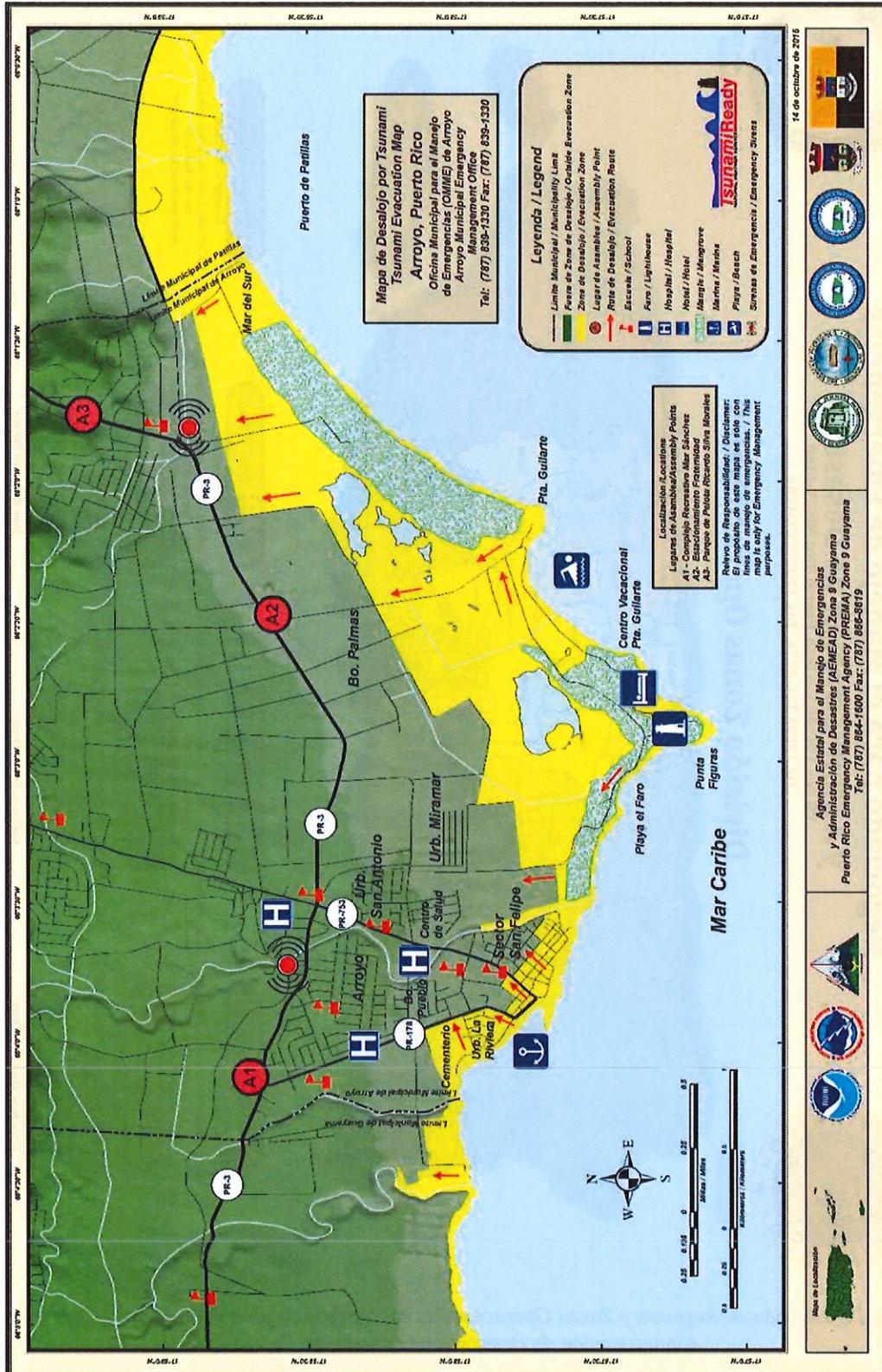
Zona Ponce

Carlos A. Reyes Rivera
Tel. 787-844-8272 Celular 939-640-6159
Fax 787-844-8280
email: caryes@prema.prgov

Zona Arecibo

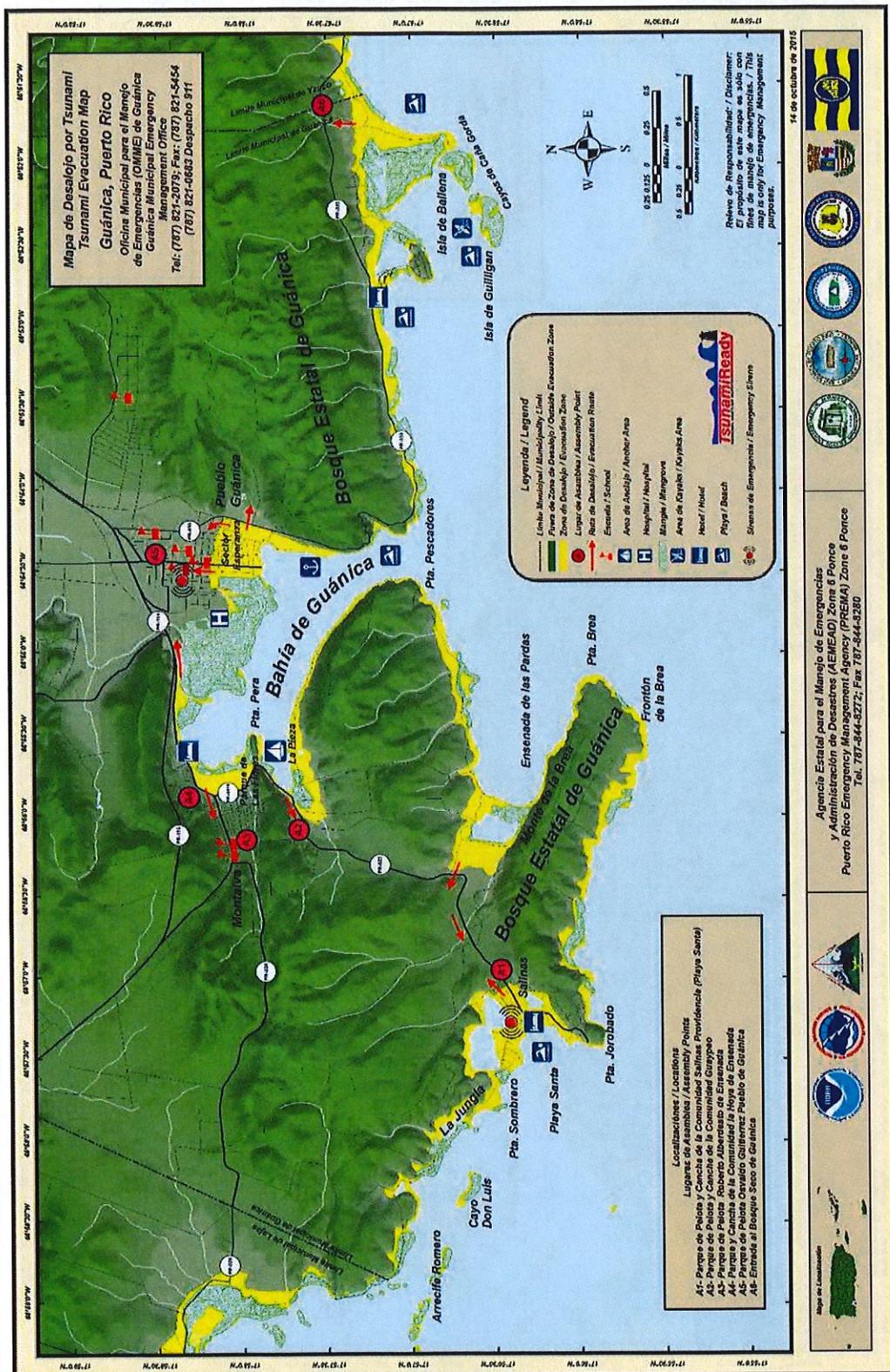
Juan C. Santos Santos
Tel. 787-878-3454 Celular 939-292-3116
Fax 787-878-3637
email: jsantos@prema.prgov

Mapa 18: División de Regiones y Zonas Operacionales del Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres—Gobierno de Puerto Rico



Mapa 19: Zona de desalojo del municipio de Arroyo

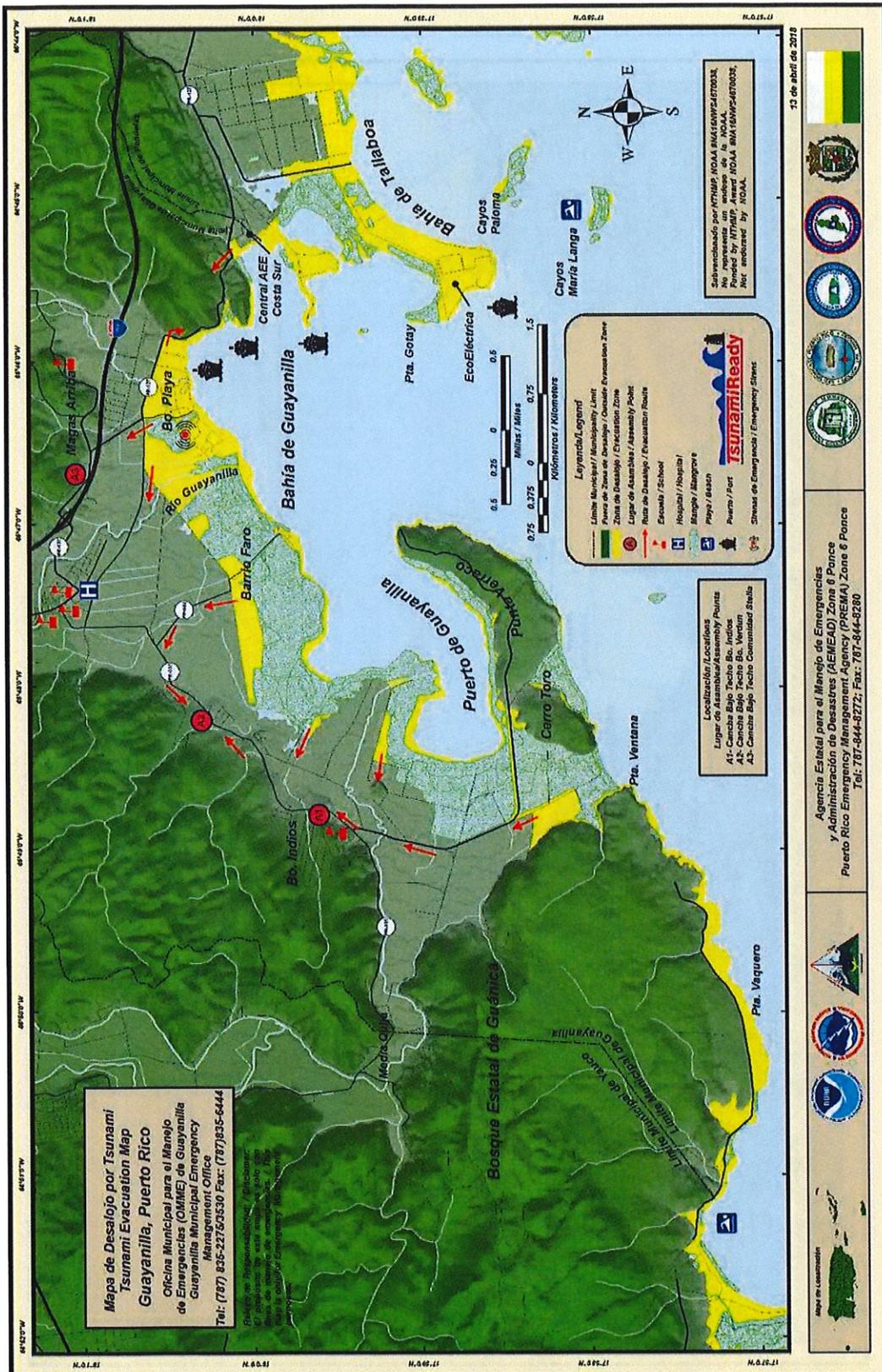
FOR REVIEW PURPOSE ONLY



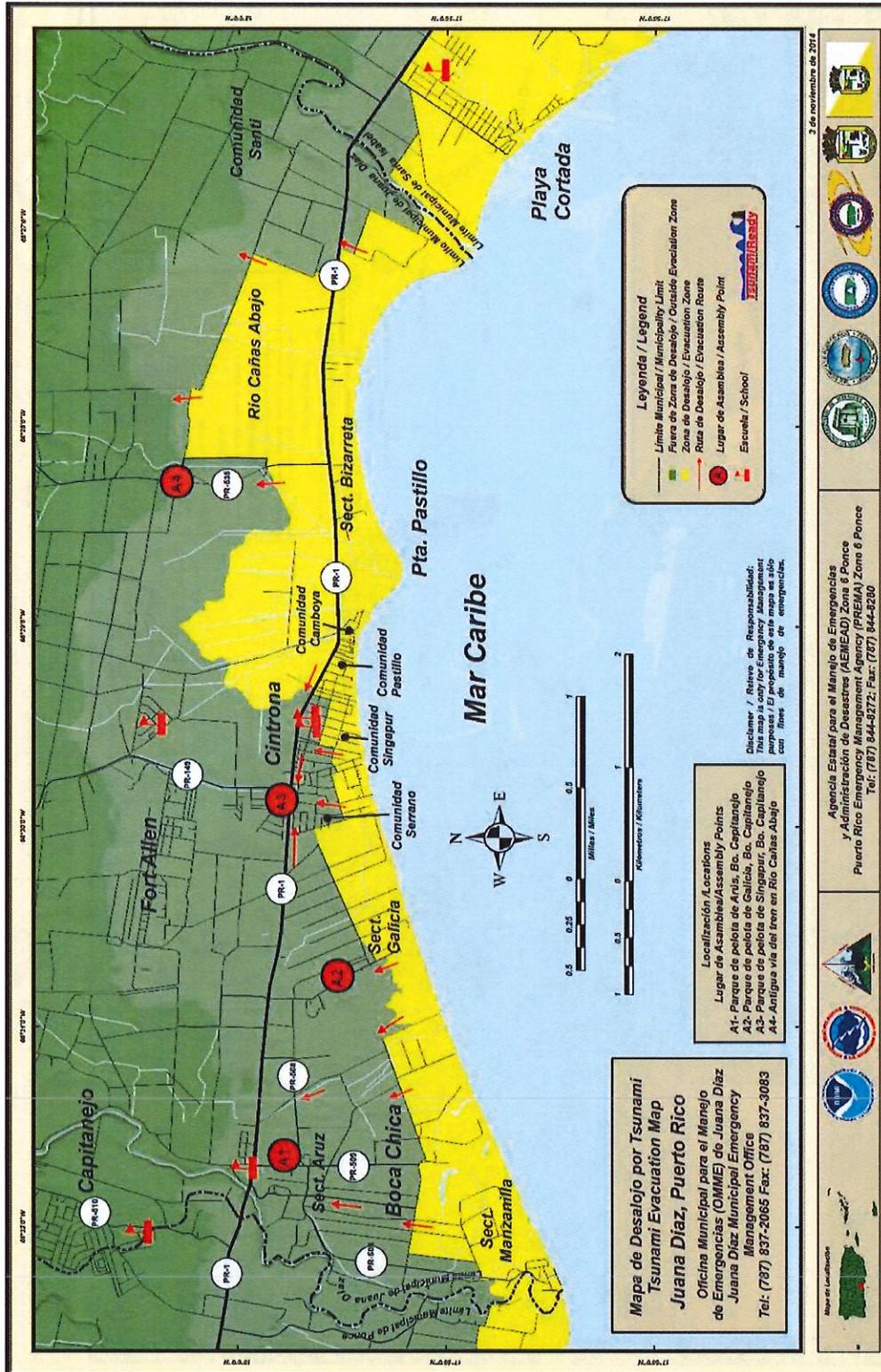
Mapa 20: Zona de desalojo del municipio de Guánica



Mapa 21: Zona de desalojo del municipio de Guayama



Mapa 22: Zona de desalojo del municipio de Guayanilla



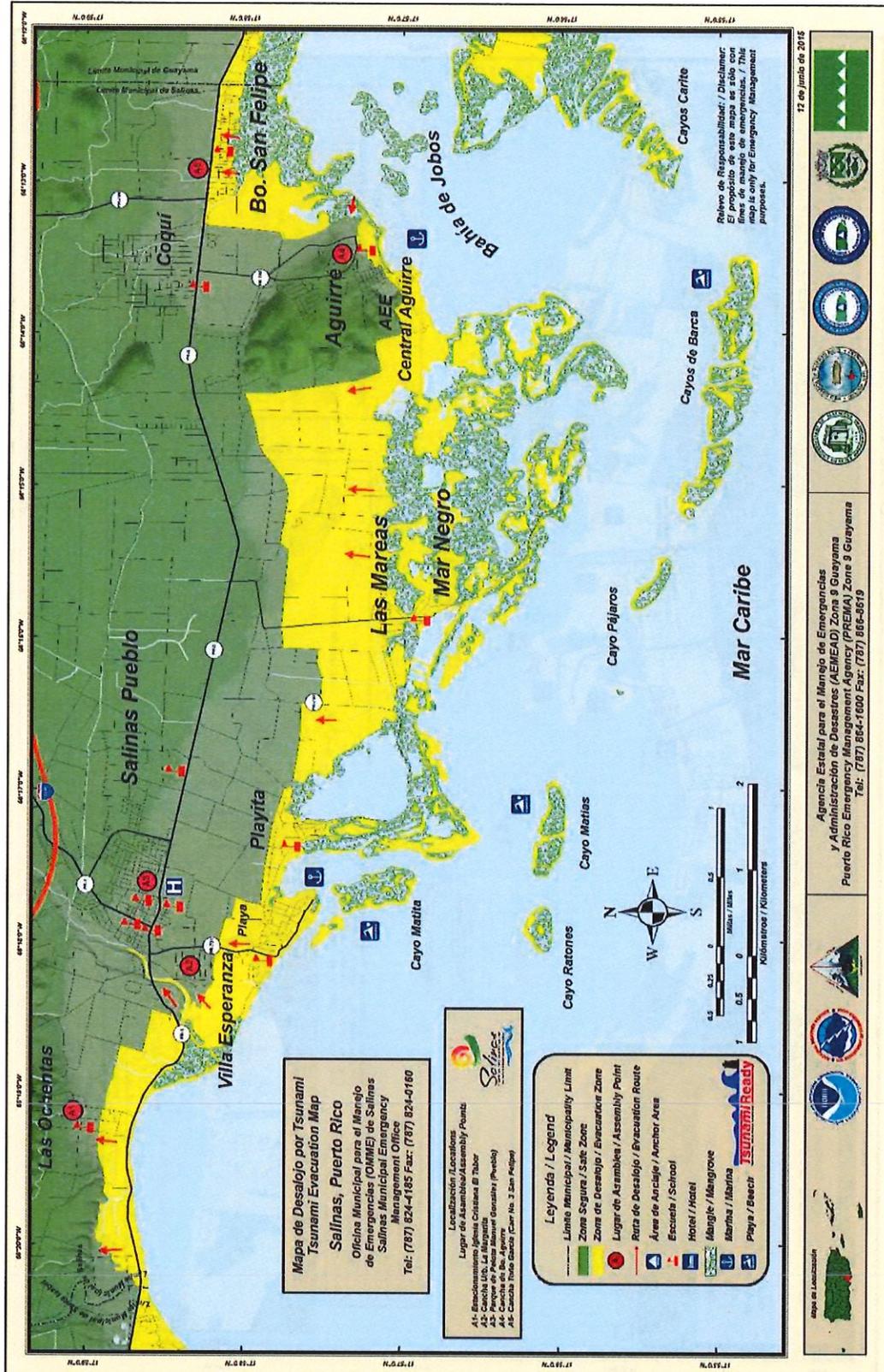
Mapa 23: Zona de desalojo del municipio de Juana Díaz



Mapa 24: Zona de desalojo del municipio de Patillas



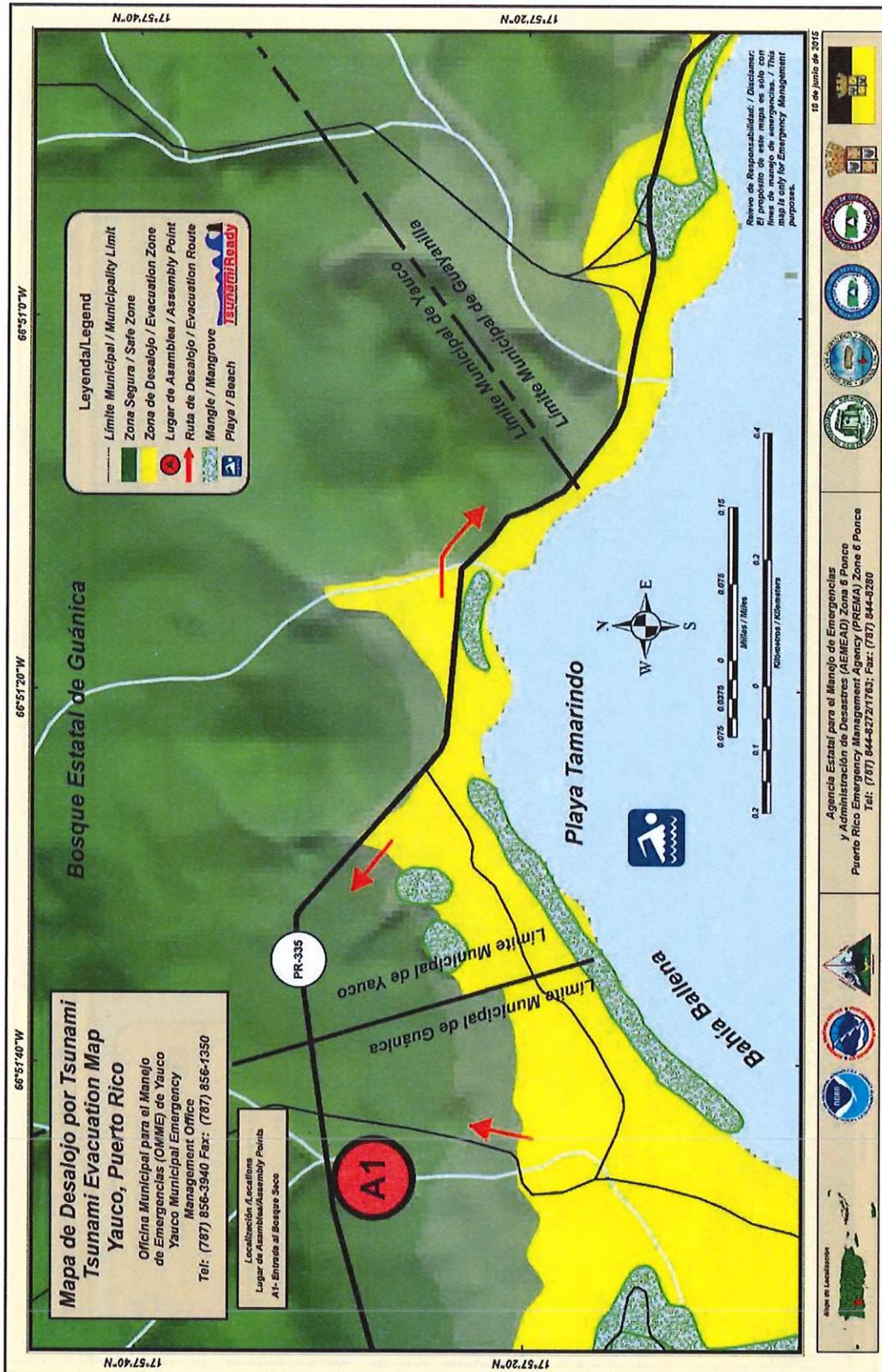
Mapa 25: Zona de desalojo del municipio de Peñuelas



Mapa 27: Zona de desalojo del municipio de Salinas



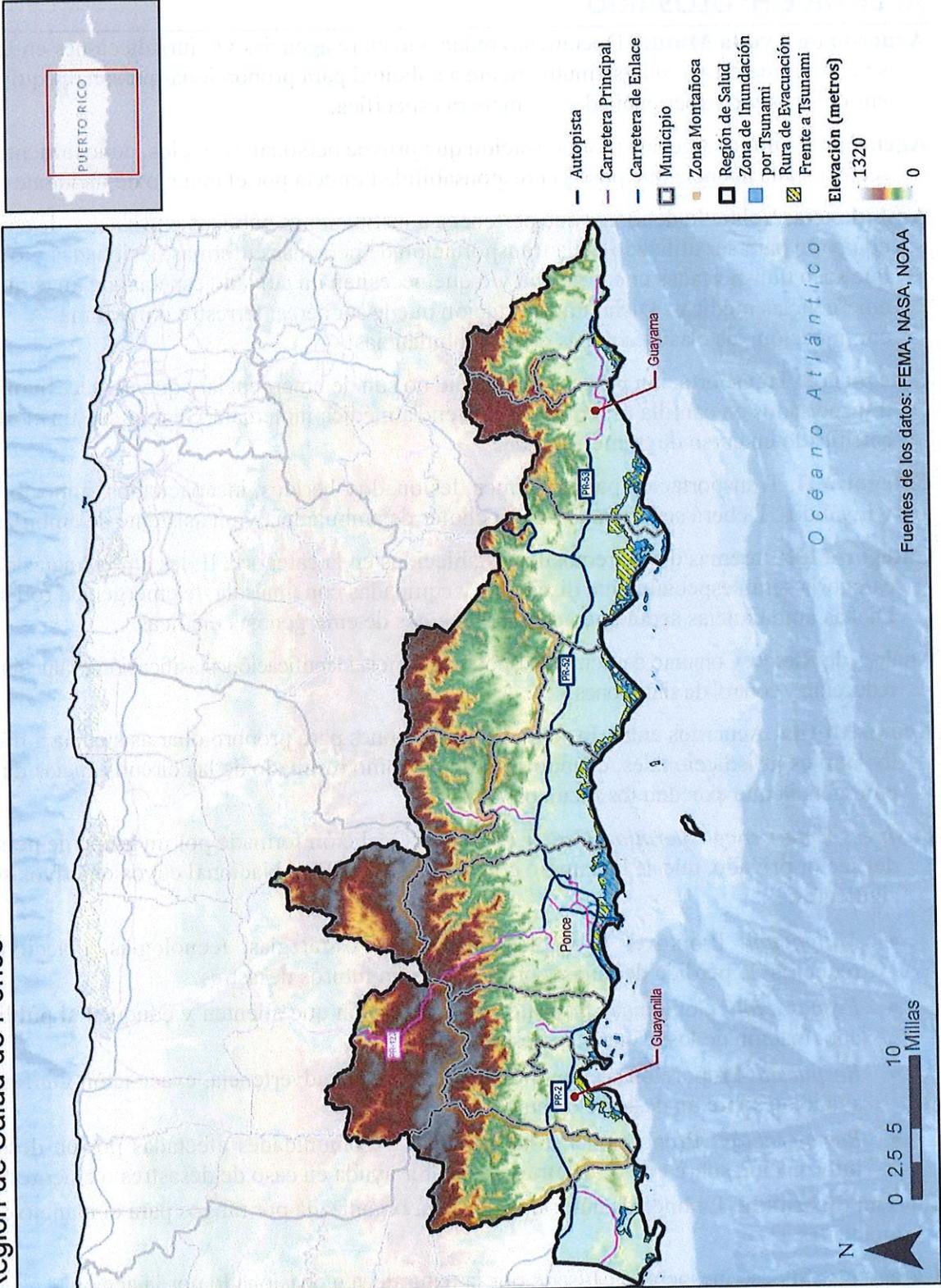
Mapa 28: Zona de desalojo del municipio de Santa Isabel



Mapa 29: Zona de desalojo del municipio de Yauco



Zona de Inundación por Tsunami y Ruta de Evacuación
Región de Salud de Ponce



Mapa 30: Zonas de inundaciones por tsunami y rutas de desalojo—Región de Salud de Ponce

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 desastres o 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.

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 residente, se necesita asistencia federal para complementar los esfuerzos y las capacidades estatales y

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 Center (FQHC)/Centros 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 de reembolso 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 (*Emergency Support Function*, o ESF, por sus siglas en inglés): 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.

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

Medical Surge: Expansión médica.

Microrred: 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 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.

APÉNDICE I: RESUMEN DEL DESARROLLO DEL PLAN

La creación de este documento está fundamentada en un proceso colaborativo de participación basado en la 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 presentadoras de servicios de salud de PR, desarrollo de los planes regionales, revisión, compromisos de participación y entrega de los planes regionales al Departamento de Salud. En cada etapa se llevaron a cabo diversas actividades de planificación, entre ellas: la recopilación de información, el análisis de datos, las reuniones con 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 identificaron los líderes de respuesta en 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 grupo de planificación para guiar el desarrollo del “Plan de Respuesta Regional ante Desastres 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 prestadoras de 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.

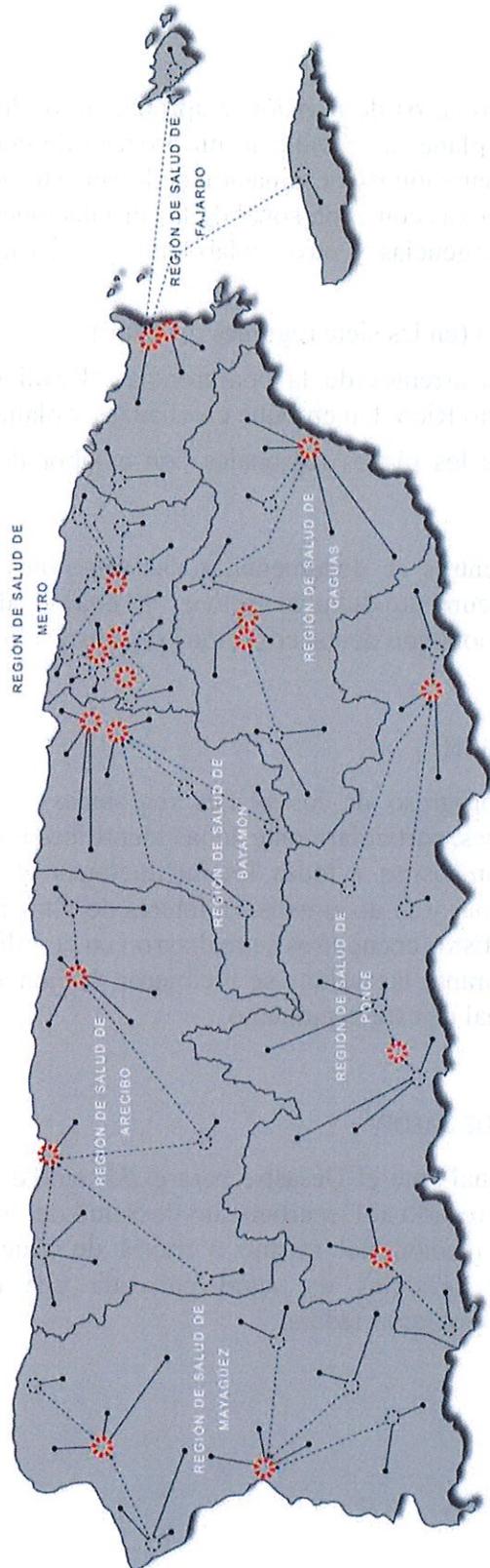
En las reuniones con los representantes a nivel jurisdiccional se obtuvo información sobre su rol actual o potencial en una emergencia y la respuesta a nivel regional y sus percepciones acerca de las barreras y los beneficios en la implementación de una red regional.

PREPARACIÓN DEL DOCUMENTO DE PLANIFICACIÓN

Para redactar el documento de planificación se trabajó con la documentación de los recursos, activos, brechas, 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, 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 *Hub* o *Spoke* 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 instalaciones *Hub* y *Spoke* y redactar la propuesta de la red regional.



Mapa 31: Representación de las redes regionales de todo Puerto Rico, 2019

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 pre-conferencia (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 *Hubs* y *Spokes*. 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 en la versión final de este documento.

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 prestadoras de servicios de salud en cada una de las regiones, acuerdos interagenciales y el apoyo del gobierno federal.

APÉNDICE J: ACTIVIDADES DE PLANIFICACIÓN

Fuente de datos		Período
1	<i>Healthcare Critical Facility Visits & Survey</i>	1 de enero al 29 de mayo de 2018
2	<i>Capacity and Capability Tool for Hospitals</i>	11 de mayo al 25 de mayo de 2018
3	<i>Capacity and Capability Tool for CDTs</i>	29 de junio al 31 de julio de 2018
4	<i>Capacity and Capability Tool for FQHCs</i>	5 de julio al 25 de septiembre de 2018
5	<i>Hospital Data Validation Visits</i>	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 <i>Home Care</i>	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 <i>Hub</i> (instalación principal) (11 reuniones)	4 al 13 de diciembre de 2018

Tabla 14: 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
- ◆ José Sala-Santos, MD - Regional Planner
- ◆ Beatriz Quiñones Vallejo, EdD – Editor/Revisor
- ◆ Héctor I. García, MPH - Editor/Revisor
- ◆ HHS Supporting Staff
 - Idania Rodríguez Ayuso, PhD
 - Maya Méndez
 - Delany Torre Salazar, PhD
 - Dra. Gabriela González
 - Pedro Cruz, MPH
 - Bárbara Rexach
 - Leslie Whiting, MPH
 - Michael Karfunkle
 - Priscilla Báez
 - Diego Olivares
 - Scott Kaiser
 - Dheeraj Agarwal
 - Abraham Roberts
 - Frank Vázquez
 - Emily Topalanchik

Departamento de Salud de Puerto Rico

- ◆ Sally del Toro Segarra, Director Regional
- ◆ Juan R. Santiago, Coordinador interagencial Zona Ponce
- ◆ María V. Ramos, Epidemióloga Departamento de Salud de P.R., Región Ponce

Oficina de Preparación y Respuesta en Emergencias Bioseguridad

- ◆ Jessica Cabrera, Directora
- ◆ Lisa Millán
- ◆ Edna Quiñones
- ◆ Julia Lisa Meléndez
- ◆ Mari A. Lago Barnecett, Especialista de la Coalición

Otro personal de apoyo

- ◆ Abraham González - Corp. Servicios de Salud Adjuntas Hospicio
- ◆ Aida E. Serrano - Atlantis
- ◆ Albert Irizarry - Fresenius
- ◆ Andrés Vázquez - Amateur Radio KP4
- ◆ Antonia Rosario - San Lucas Hospital
- ◆ Blangie Torres - Fresenius
- ◆ Carmen S Rivera – CSPS Santa Isabel
- ◆ Carmen Portalatín - Med-Centro
- ◆ Carmen Y. Álvarez Nazario - Sur-Med Medical Center CDT Salinas
- ◆ Col. Peter Polanco - 900th Medical Command
- ◆ David Colberg – Coalición de Servicios de Salud Ponce (HCC-Ponce)
- ◆ Delis Benítez - TransCita
- ◆ Diana Quiñones, - Fresenius
- ◆ Dora M. Álvarez – Med-Centro
- ◆ Dr. Luis Delgado - Emergency Management
- ◆ Frances L. Caraballo - 900th Medical Command
- ◆ Gloribel Flores - Hospital San Cristóbal Santa. Isabel
- ◆ Ing. Carlos Mariani - Centro Salud Familiar, Dr. Julio Palmeri Ferri
- ◆ Ivonne Vega - Humana
- ◆ Jaime L. Pérez - Hospital Menonita Guayama
- ◆ José A. Alcover – Hospital San Cristóbal
- ◆ José Colón - Hospital Damas
- ◆ Jossie Fiol Bruno - Hospicio San Judas
- ◆ Juan Lugo - CDT centro de Servicios de Salud Juan M Santiago, Guánica
- ◆ Lcda. Diana Torres - Centro San Cristóbal
- ◆ Lcda. María M Torres - Hospital Damas
- ◆ Lillian Ramírez, - Hospital Menonita Guayama
- ◆ Loraine Morales-Morales - Fresenius Medical Care
- ◆ Luis Torres – NMEAD Ponce
- ◆ Manuel Flores - Menonita Coamo
- ◆ María de los A. Torres - Hospital Metro Pavía, Dr. Pila
- ◆ Marilexis Burgos - TransCita
- ◆ Mario Caminero – Negociado del Cuerpo de Emergencias Médicas
- ◆ Marisol Barceló - Betances Pharmacy
- ◆ Olga Ortiz Aponte - Atlantis
- ◆ Raquel Rivera Román - Clínica de Castañer Adjuntas

- ◆ Rosa Hernández - MC-21 Pharmacy Benefit Management Co.
 - ◆ Samuel Borgos Torres - Corporación del Fondo del Seguro del Estado
 - ◆ Waleska Olavarría - Fresenius
 - ◆ Yolanda Álvarez - Sur-Med-Salinas
-