

Oficina de Preparación y Coordinación de la Respuesta en Salud Pública
Departamento de Salud de Puerto Rico

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

Organización: _____

Fecha: _____

Contenido

Sección I <i>MEDICAL SURGE</i>	4
Introducción y definición	4
Objetivo.....	4
Situación.....	5
Supuestos de Planificación.....	5
Sección II PLANIFICACIÓN	9
Desarrollo de planes escritos para guiar la respuesta ante incidentes de víctimas en masa	10
Desarrollar y mantener programas de adiestramiento y ejercicios	12
Sección III CONCEPTO DE OPERACIONES.....	13
Comando y manejo.....	13
Activación y Notificación.....	14
Activación de escalones	16
Creando la Capacidad de Expansión Médica	19
Actividades de respuesta inmediata de <i>Expansión médica</i>	20
Implementar los procedimientos de expansión de personal.....	21
Recibo y atención a víctimas	22
Respuesta Inmediata	Error! Bookmark not defined.
Implementar procedimientos para la transferencia de pacientes	24
Des-escalada (desactivación/reducción) y Desmovilización	25
Recuperación.....	26
Alineamiento con el Sistema Nacional de Manejo de Incidentes (<i>NIMS</i>) y el Marco Nacional de Respuesta (<i>NRF</i>)	27
Capabilidades para la Expansión Médica.....	28
Integración con los Planes Estatales	29
Coordinación con Gobiernos Locales y Regionales	29
Coordinación con el Centro de Operaciones de Emergencia Estatal (COE Estatal o <i>SEOC</i>).....	29
Coordinación con Agencias Federales	30
Roles y Responsabilidades Generales.....	31

Desastres Declarados y No-declarados.....	34
Documentación	35
Sección IV DESCRIPCIÓN DE LOS ELEMENTOS DE LA CAPABILIDAD.....	35
Sección V: AUTORIDADES, BASES LEGALES Y REFERENCIAS	37
A. Autoridades y Bases Legales	37
B. Referencias.....	37
Sección VI: ADMINISTRACIÓN Y MANTENIMIENTO	38
A. Mantenimiento del Plan	38
B. Adiestramientos	38
C. Ejercicios y Evaluación	38
APÉNDICE A –Lista de Acrónimos en Inglés.....	39
APÉNDICE B – Definiciones del Sistema HAvBED	41
APÉNDICE C – Ejemplo de Acuerdo de Ayuda Mutua	43
APÉNDICE D – Memorandum of Understanding.....	49
REFERENCIAS.....	53

Sección I **MEDICAL SURGE**

Introducción y definición

Este plan fue desarrollado por la Oficina de Preparación y Coordinación de la Respuesta en Salud Públicas bajo una propuesta al Centro de Control de Enfermedades. De acuerdo al Estatuto Revisado de Nevada #414 (1999), un desastre es definido como un suceso o la amenaza de ocurrir un suceso para el cual, en la determinación del Gobernador, la ayuda del Gobierno Federal es necesaria para suplementar los esfuerzos y capacidades de las agencias estatales para salvar vidas, proteger la propiedad y proteger la salud y seguridad de las personas o para evitar la amenaza de daño a la propiedad, lesiones o la muerte de individuos. De acuerdo al Plan de Operaciones de Emergencia de Alaska (2011), una emergencia es definida como la ocurrencia o la posibilidad que ocurra un evento para el cual, en la determinación del Gobernador, la asistencia de agencias estatales es necesaria para suplementar los esfuerzos y capacidades de las subdivisiones políticas y gobiernos locales para salvar vidas, proteger la propiedad y proteger la salud y seguridad de las personas o para evitar la amenaza de daño a la propiedad, lesiones o la muerte de individuos. Este plan está diseñado para aplicarse a un amplio rango de desastres o emergencias que puedan afectar a Puerto Rico.

La intención al desarrollar este plan es proveer una guía para el desarrollo de un plan de **Medical Surge**: una expansión médica integrada al nivel estatal en caso de un evento que resulte en un aumento de pacientes más allá del flujo de las operaciones normales diarias. Este tipo de evento puede incluir un número abrumador de pacientes o puede involucrar un aumento de pacientes requiriendo un nivel específico de cuidado que las organizaciones locales no puedan acomodar. Estos eventos pueden incluir tanto desastres naturales como aquellos que son resultado de la mano del hombre. Esta guía sirve como base para mejorar la coordinación entre las organizaciones de cuidado de salud y las agencias locales, regionales, estatales y federales para poder proveer una respuesta coordinada a un evento de expansión médica a gran escala. De esta manera el plan generado a partir de esta guía será integrado y estará subordinado al Plan Operacional de Emergencias del Departamento de Salud de Puerto Rico.

Medical surge es también conocido como avalancha de pacientes, sin embargo en este plan se referirá a estos eventos como expansión de la capacidad del sistema de servicios de salud o **expansión médica**.

Objetivo

El objetivo de este documento es ayudar a las organizaciones y facilidades de cuidado de salud a desarrollar planes para la expansión de la capacidad médica. Este documento está pensado para servir de guía y no para sustituir el sentido común o anticipar todas las situaciones o contingencias. Estas guías están dirigidas a optimizar la utilización de recursos médicos y de salud para mantener la continuidad de los servicios de cuidado. La continuidad del cuidado de salud es mantenida para las lesiones o enfermedades no relacionadas al evento mediante la identificación de los recursos y la priorización de las necesidades de atención médica. Serán identificado/as y definido/as los roles y responsabilidades de las agencias federales, estatales, regionales y locales, de los hospitales y otras entidades de cuidado de salud durante un evento, planificado o no esperado.

Situación

El estado Libre Asociado de Puerto Rico es un archipiélago localizado en el noreste del Mar Caribe, al este de la República Dominicana y al oeste de las Islas Vírgenes estadounidenses y británicas. Puerto Rico tiene una población aproximada de 3.667 millones de personas y una densidad poblacional de 424 individuos por milla cuadrada (*U.S. Census Bureau, 2012*). Es un territorio no incorporado de los Estados Unidos de América, sin embargo, para mantener uniformidad en vocabulario concerniente al manejo de emergencias y la estructura de comando de incidentes, se estará utilizando “estado” o “nivel estatal” en lugar de Estado Libre Asociado. Actualmente, Puerto Rico cuenta con 70 hospitales y facilidades de salud sumando unas 11,447 camas licenciadas para atender a los residentes de la isla de Puerto Rico, Vieques y Culebra, este número incluye a las facilidades federales como el hospital de veteranos (*PRHavBed, Diciembre 2013*).

Supuestos de Planificación

Esta es una guía desarrollada para asistir a las organizaciones de cuidado de salud en la redacción de planes para toda amenaza, que les permita responder a cualquier situación que pueda abrumar las capacidades médicas. El plan involucrará colaboradores de respuesta incluyendo a agencias de manejo de emergencias locales y estatales, agencias de salud pública, servicios de emergencias médicas y otras agencias públicas y privadas. Este Plan toma en consideración que al momento de un incidente se pueden presentar varias condiciones ambientales, administrativas/económicas, sociales y comunitarias que influirán en la respuesta al evento, algunos de estos supuestos generales se presentan a continuación.

- El término “local” se refiere al nivel más inmediato de gobierno dentro de una jurisdicción. En muchos casos esto describe a la ciudad, pueblo o municipio.
- Para propósitos de este plan, el término “jurisdicción” se refiere a fronteras políticas y el término “región” se refiere tanto a áreas geográficas como a la agrupación de varias jurisdicciones o municipios.
- La activación de los niveles o escalones de respuesta es dependiente de la extensión y jurisdicción donde ocurre el incidente.
- El plan desarrollado aplica a un evento resultante en un número o tipos de pacientes que abrumen la capacidad diaria de los hospitales.
- Este plan de expansión médica puede requerir el apoyo de múltiples Funciones de Apoyo de Emergencias (*ESF*).
- Los asuntos a considerar previos a la planificación incluyen consideraciones operacionales tales como la capacidad de camas en el hospital, además de capacidades de servicios clínicos, diagnósticos y de apoyo.
- Esta información ayuda al desarrollo de un marco de planificación que incluya aspectos como agencias de respuesta, frecuencia de reuniones, líneas de reporte, etc.
- La manifestación de víctimas en masa por trauma seguramente será aguda y de corta duración (24-48 horas); se espera que la respuesta local será abrumada para el momento en que sean activadas las respuestas regional y estatal.

- Una situación de epidemia/pandemia seguramente será a largo plazo con una agudeza de moderada a alta y una manifestación inicial baja.
- La información epidemiológica, incluyendo la vigilancia de enfermedades, será compartida entre los colaboradores de cuidado de salud y las autoridades de salud locales según sea necesario para planificar y prepararse para las actividades de expansión (ej. Expedientes electrónicos, resultados de laboratorio, sistemas de vigilancia epidemiológica y otras herramientas de información situacional).
- En Puerto Rico, algunos hospitales y facilidades de salud están frecuentemente al límite o cerca del límite de capacidad y manejan ese flujo de pacientes utilizando los recursos de su propia facilidad.
- Una gran proporción de la capacidad de camas en Puerto Rico está localizada en áreas urbanas; por lo tanto, los límites para la expansión médica variarán significativamente de región en región.
- Hay diferencias potencialmente significativas en las políticas y procedimientos entre agencias colaboradoras. Estas diferencias deben ser minimizadas durante un incidente en el que sea necesaria la colaboración interagencial.
- Puede necesitarse asistencia del exterior del área impactada, si está disponible, para atender los pacientes de menor gravedad.
- Previo a la activación de este plan, las organizaciones/agencias han activado sus Planes Operacionales de Emergencia (*EOP*) internos, los acuerdos de ayuda mutua para compartir recursos y los contratos existentes para manejar el evento.
- Todas las agencias de respuesta han incorporado el Sistema de Comando de Incidentes (*ICS*) o el Sistema de Comando de Incidentes para Hospitales (*HICS*), a su estructura de manejo de incidentes.
- El plan de *Medical Surge* se podrá mantener en efecto hasta que se logre la recuperación de las organizaciones a los niveles de funcionamiento previos al evento.
- Situaciones legales pueden suscitarse durante cualquier fase de este plan, por lo que la consulta constante con un consejero legal será necesaria.
- Todo el personal de respuesta continuará cumpliendo con todas las regulaciones de la ley *Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)* a lo largo de la duración del evento, a menos que las regulaciones sean suspendidas por una orden ejecutiva.
- La ejecución de este plan y otros planes de apoyo necesitarán de un acercamiento de comunidad para incluir la integración de poblaciones con necesidades funcionales y de acceso y otras poblaciones vulnerables.
- Se requiere que las facilidades y las organizaciones de cuidado de salud tengan planes internos de expansión médica y respondan de acuerdo con éstos antes de solicitar recursos adicionales de entidades externas.
- Las solicitudes de ayuda están basadas en las capacidades de una agencia/organización para responder. Por ejemplo, mientras las facilidades de salud pueden tener un número específico de camas licenciadas por el estado, ese número puede exceder la habilidad de la facilidad de asignar personal y operar esas camas, de esta forma el número de camas licenciadas puede no ser una representación precisa de la necesidad de apoyo externo.

- El *triage* realizado en el campo tendrá un impacto significativo en la subsecuente capacidad de expansión del sistema de cuidado de salud.
- Este plan aplica a un amplio rango de incidentes y emergencias incluyendo epidemias y pandemias, eventos de bioterrorismo, desastres naturales, eventos nucleares/radiológicos, químicos y por explosivos convencionales.
- Los profesionales a incluirse en el plan poseen las destrezas básicas comparables con su adiestramiento profesional y su experiencia cualificada por licenciamiento profesional o los estándares de la práctica de su profesión.
- Existirán problemas significativos localizando y proveyendo información acerca de familiares desplazados al igual que sobre las víctimas en facilidades de tratamiento.
- Los planes locales, estatales y federales de respuesta a emergencias serán activados.
- Hospitales no-Federales de *NDMS*, así como los Centros de Recibo Primario de Veteranos (*VA Primary Receiving Center*) y las Facilidades de Tratamiento Médico (*MTFs*) adscritas al Departamento de Defensa, dentro de la vecindad local del incidente estarán autorizados a proveer cuidado a las víctimas y afectados por un incidente catastrófico de fatalidades en masa.
- Una declaración de emergencia en salud pública y la ley Stafford serán utilizadas para permitirle al Secretario de Salud a invocar la autoridad de adquirir y controlar mayores recursos adicionales para cuidado de salud.
- Las Facilidades Alternas de Cuidado (*ACFs*) son facilidades médicas con bases en la comunidad tales como centros de cirugía ambulatoria, que pueden ser movilizados rápidamente para la expansión del sistema de salud. Los *ACFs* son típicamente edificios o localidades que sirven algún propósito relacionado a la salud cuando no es requerido su uso para albergar pacientes durante la emergencia.
- Los Centros de Cuidado Ambulatorio (*ACCs*) son localidades de oportunidad que pueden equiparse con recursos y personal para proveer cuidado médico. Estas son facilidades de la comunidad que no proveen necesariamente una función médica fuera de una emergencia, pero que tienen el espacio y el acceso necesario para albergar pacientes (armerías o facilidades militares, auditorios, centros de conferencias o convenciones, estaciones de bomberos, etc.). Las Estaciones Federales de Contingencia Médica (*Federal Medical Contingency Stations o FMCS*) pueden también ser incorporadas en estas estructuras, normalmente son administradas por personal voluntario de los Cuerpos de Reserva Médica o *MRC*.
- La respuesta a la sobrecogedora demanda por servicios requerirá acercamientos no-estándares (*Altered or Crisis Standards of Care*), incluyendo: dar de alta a todos los pacientes excepto los que estén en estado crítico. La expansión de la "capacidad" usando todo el espacio disponible. Condiciones por debajo de los criterios para el cumplimiento de los códigos regulares de uso de camas. Requerimientos más flexibles, según sea apropiado, para criterios de licenciamiento tales como la proporción personal/pacientes. La utilización de refugios de uso general o para poblaciones con necesidades especiales como facilidades temporeras de servicios médicos.
- Infecciones bacterianas secundarias siguiendo a cualquier evento de fatalidades masivo afectará el suministro de antibióticos.

- Ocurrirá una escasez crítica de recursos tales como personal, camas de hospital, ventiladores mecánicos, capacidad en las morgues, lugares de almacenamiento temporero con refrigeración para cadáveres, material médico/quirúrgico y otros recursos.
- Las admisiones médicas de rutina por necesidades médicas agudas o por traumas continuarán.
- Los planes para facilidades de cuidado alterno y continuidad de operaciones serán implementados.
- El monitoreo y el tratamiento a víctimas y respondedores puede ser requerido a largo plazo.
- Un gran número de las víctimas pueden presentarse por sí mismas sin pasar por el proceso de *triage*.
- Un gran número de víctimas pueden presentarse por sí mismas requiriendo descontaminación.
- La cadena normal de suplido seguramente se interrumpirá.
- El acervo de recursos logísticos de las organizaciones será agotado en las primeras horas de un evento de gran escala incluyendo alimentos, agua potable, combustible y gases médicos.
- El suplido de sangre se afectará y una escasez regional significativa puede presentarse rápidamente luego de un incidente catastrófico. El banco de sangre, la verificación de enfermedades infecciosas y la distribución de sangre verificada será crítica.
- Aumentará significativamente la demanda por personal de salud y camas especializadas (aislamiento, quemaduras, trauma, pediátricas, intensivo y psiquiátricas) dependiendo del evento específico.
- Los proveedores de cuidado de salud están sujetos a los efectos de los desastres y pueden necesitar descontaminación, tratamiento, profilaxis o inmunización antes de ser capaces de llevar a cabo sus funciones de respuesta.
- La transportación de pacientes desde y hasta puntos de embarque y desembarque aéreo y facilidades de tratamiento médico (*MTFs*) será problemática debido a la congestión excesiva en las carreteras locales y las limitadas alternativas de movimiento de pacientes (p. ej. ambulancias aéreas, *Aeromed*).
- La ansiedad de la comunidad relacionada a un incidente catastrófico requerirá una comunicación de riesgo efectiva y podría requerir además servicios de salud mental y abuso de sustancias.
- Durante un incidente catastrófico, apoyo médico será requerido no solo en las facilidades médicas sino también, en gran cantidad, en puntos de desalojo de víctimas, los centros de cuidado ambulatorio, en refugios y centro de ayuda a las víctimas de desastre, además que serán necesarios para apoyar las operaciones de campo.
- El *National Disaster Medical System (NDMS)* y los recursos del Cuerpo Comisionado del Servicio de Salud Pública (*USPHS*) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (*HHS*) serán los primeros recursos en llegar a la escena de un evento catastrófico, aunque pueden no llegar en absoluto.
- Las Coaliciones de Servicios de Salud en coordinación con las regiones del Departamento de Salud deben ser capaces de proveer y sostener la capacidad de expansión médica en un evento de bioterrorismo o emergencia de salud pública a gran escala. Idealmente, cada Coalición/región posee un hospital de cuidado agudo, un despacho de *EMS* y zonas de la Agencia Estatal

de Manejo de Emergencias que coordinarán con múltiples agencias públicas y privadas, como también grupos con base de Fe con los cuales responderá a un evento a gran escala.

Sección II PLANIFICACIÓN

La meta de la planificación para la expansión médica es asegurar la preparación a nivel de la facilidad y gobierno local, regional y estatal. La planificación efectiva no puede ser “al momento”, requiere de actividades específicas, la primera de las cuales es un inventario estatal actualizado de recursos de expansión. Los planes de las facilidades deben ser escalables al tipo y magnitud del incidente, con “gatillos” apropiados para implementar los componentes de plan. Generalmente, los incidentes y desastres pueden dividirse en tres categorías:

Leve – caracterizado por un impacto local, por ejemplo, un solo evento explosivo en un centro comercial. Puede resultar en varias víctimas pero es manejado principalmente dentro del área local.

Moderado – presenta un impacto más amplio, por ejemplo un terremoto, fuego, inundación o ataque terrorista que afecte la región. Generalmente resultaría en un evento con víctimas en masa, se extiende más allá del ámbito local para involucrar a la región.

Catastrófico – resulta en un impacto de amplio alcance, por ejemplo, un evento como Katrina o una pandemia de influenza. Tiene un impacto a través de varias regiones o estados. Estos eventos pueden tener un impacto inmediato (la mayoría de las víctimas en un intervalo corto de tiempo, un impacto severo a las organizaciones de salud en un corto plazo) o un impacto a largo plazo (un impacto que aumenta gradualmente, un aumento exponencial de víctimas y un efecto severo a través del tiempo en las organizaciones de cuidado de salud).

Los estándares de comparación de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA en inglés) se enfocan en prepararse para incidentes regionales moderados tales como terremotos, fuego, inundaciones o eventos de terrorismo regionales. Es de esperarse que estos estándares resulten inadecuados para responder a eventos catastróficos tales como pandemias de influenza o un evento al nivel de daño del huracán Katrina.

Descripción de los Niveles de Desastres

Severidad del evento	Ejemplos de eventos	Consecuencias Médicas y de salud	Recursos Necesarios
Leve	Colisiones de múltiples vehículos Incidentes en trenes o transportación en masa Accidentes aéreos Ataques terroristas (localizados)	Múltiples víctimas incidentes resultantes en 5-250 víctimas	Locales
Moderados	Terremotos Tsunami (dependiendo del lugar) Fuego Inundación Evento CBRNE	Víctimas en masa incidentes resultantes en 250-10,000 víctimas	Locales Regionales Estatales

Severidad del evento	Ejemplos de eventos	Consecuencias Médicas y de salud	Recursos Necesarios
Catastróficos	<p>Inmediato: evento similar a Katrina</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Impacto Inmediato ▪ La mayoría de las víctimas en un mínimo de tiempo ▪ Impacto severo en la organización en un corto lapso de tiempo <p>Largo plazo: Pandemia de influenza</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Impacto de crecimiento gradual ▪ Aumento exponencial de víctimas ▪ Impacto severo a largo plazo en las organizaciones 	Víctimas en masa se abruma el sistema de servicios de salud	Locales Regionales Estatales Federales

El plan de expansión médica debe integrarse al sistema de respuesta de emergencias de la jurisdicción y del estado. El Plan Operacional de Emergencias del Departamento de Salud (POE DS) incorpora el uso del Sistema de Comando de Incidentes (*ICS* en Inglés), acuerdos de colaboración mutua, acuerdos específicos ya existentes, el concepto de área operacional y la coordinación multi-agencial e inter-agencial. Se les requiere a las agencias de respuesta estatales y a las agencias de gobierno local que utilicen los conceptos de *NIMS/ICS* para ser elegibles para recibir fondos para cubrir ciertos costos relacionados a la respuesta ante un desastre. Los planes de colaboración mutua permiten la progresiva movilización de recursos entre agencias de respuesta a emergencias, gobiernos locales, áreas operacionales, regiones y el estado con la intención de proveerle a las agencias solicitantes con los recursos adecuados.

Generalmente, cuando se exceden las capacidades locales, se provee ayuda mutua, primero de las comunidades cercanas luego de otras regiones y el estado y finalmente de otros estados u otros países.

Desarrollo de planes escritos para guiar la respuesta ante incidentes de víctimas en masa

Las organizaciones de cuidado de salud deben documentar en sus planes:

- Que la respuesta a todos los eventos (reales o simulados) operan de acuerdo a la estructura de comando de incidentes.
- Procedimientos para involucrar a las coaliciones de cuidado de salud.
- El desarrollo de acuerdos de ayuda mutua entre facilidades médicas para obtener recursos y equipo.
- Que los planes de desalojo de las facilidades incluyen la identificación de las facilidades recipientes y los recursos de transportación. Los recursos de transportación deben ser coordinados y planificados con los colaboradores de respuesta.
- Que se identifican recursos de transportación para desalojo y facilidades de recibo adecuadas.
- Planes para mitigar peligros identificados por las facilidades de tratamiento médico.

- El uso de expedientes clínicos electrónicos para documentar tratamiento provisto, quejas y síntomas reportados por los pacientes.
- Planes para identificar el personal, equipo y recursos para operar facilidades de salud alternas.
- Un plan para restringir acceso y asegurar las facilidades.
- La existencia de un sistema local/regional/estatal de manejo farmacéutico que capture el inventario disponible de fuentes estatales y federales; que asegure un suministro suficiente de fármacos para proveer profilaxis para 3 días a personal de primera respuesta y sus familias, otro personal clave de respuesta/manejo de incidente y el público general según sea determinado por las autoridades locales, y rastree la distribución de fármacos durante el incidente.
- Procedimientos para asegurar el acceso al censo de camas jurisdiccional.
- Procesos para definir indicadores para los niveles de estándares de cuidado.
- Procedimientos para las comunicaciones y compartir información con los servicios de emergencias médicas y el Departamento de Salud.

Medidas de preparación

Medidas de preparación	Métricas
El hospital está preparado para completar el <i>triage</i> , tratamiento y estabilizar inicialmente _____ pacientes con síntomas de enfermedades infecciosas agudas-especialmente la viruela, ántrax, plaga, tularemia e influenza.	Si/No
El hospital está preparado para completar el <i>triage</i> , tratamiento y estabilizar inicialmente _____ pacientes con síntomas de intoxicación aguda con botulinum, envenenamiento clínico agudo y exposición a agente nervioso.	Si/No
El hospital está preparado para completar el <i>triage</i> , tratamiento y estabilizar inicialmente _____ pacientes que hayan sufrido trauma o quemaduras.	Si/No
El hospital está preparado para completar el <i>triage</i> , tratamiento y estabilizar inicialmente _____ pacientes manifestando síntomas de daño producido por radiación especialmente la supresión de la médula ósea.	Si/No
Existe un plan, basado en las necesidades de la comunidad, establecido para expandir la capacidad de camas de hospital.	Si/No
La organización es capaz de apoyar el proceso de evaluación inicial y tratamiento de un total de _____ pacientes adultos/_____ pediátricos a la vez en aislamiento con presurización negativa dentro de tres horas de ocurrido el evento.	Si/No
Tiene la organización la capacidad de mantener en aislamiento con presurización negativa, al menos un caso sospechoso de una enfermedad altamente contagiosa o a un paciente febril con una erupción o sarpullido sospechosos o algún otro síntoma de preocupación al desarrollo de alguna enfermedad contagiosa.	Si/No

Medidas de preparación	Métricas
Tiene la organización suficiente suministro de medicamentos están almacenados en la facilidad de salud para proveer profilaxis para 3 días al personal del hospital (médico y de apoyo) y los miembros de sus familias y para los respondedores de emergencias de primera línea y sus familias.	Si/No
Tiene la organización suficiente equipo de protección personal está disponible para el personal actual y el de expansión trabajar de forma segura dentro de los límites definidos por sus procedimientos de operación estándar.	Si/No
Existe un sistema de comunicación segura y redundante, proveyendo conectividad entre las facilidades de salud y las demás disciplinas de respuesta a todos los niveles jurisdiccionales durante un incidente.	Si/No
Se han desarrollado y actualizado planes de expansión médica en conjunto con colaboradores multi-disciplinarios críticos (Salud pública, Coaliciones de Servicios de Salud, Agencias de emergencias médicas y agencias de ley y orden, etc.).	Si/No
Existen planes para garantizar la continuidad de servicios por 96 horas.	Si/No
Planes existen para el montaje, el personal y la operación de facilidades alternas de cuidado.	Si/No
Existe un sistema local/regional/estatal de manejo de fármacos que:	
<ul style="list-style-type: none"> • Captura el inventario actual de los almacenados por las fuentes estatales y federales 	Si/No
<ul style="list-style-type: none"> • Asegura el suministro suficiente de fármacos para ofrecer profilaxis por 3 días a los respondedores y sus familias, y otro personal clave de respuestas/manejo y el público general según sea determinado por las autoridades locales. 	Si/No
<ul style="list-style-type: none"> • Rastrea la distribución y administración de los medicamentos durante el incidente. 	Si/No

Desarrollar y mantener programas de adiestramiento y ejercicios

Otro elemento esencial de la planificación de expansión médica es el contar con recursos humanos capacitados y adiestrados para desempeñarse en un evento de este tipo, el planificar para adiestrar en preparación a una expansión médica incluye:

- Adiestrar al personal de hospital designado en *NIMS*, *NRF* e *ICS (HEICS)*
- Adiestramiento en el uso del censo de camas de la jurisdicción.
- Entender el rol del departamento de salud en el manejo de incidentes (*Cursos ICS/NIMS*)
- Adiestramiento en el desarrollo y administración de voluntarios
- Adiestramiento en cuidado pediátrico.

- Realizar ejercicios para el sistema de cuidado de salud de acuerdo a las guías nacionales, estatales y locales apropiadas.
- Desarrollar o implementar programas de adiestramiento, preparación y ejercicios basados en el estudio de vulnerabilidad a riesgo local y las experiencias adquiridas.
- Adiestrar al personal de hospital designado en el reconocimiento y tratamiento de *CBRNE*
- Realizar ejercicios para evaluar los planes de medical surge.
- Desarrollar y conducir programas de educación y adiestramiento basados en competencias para personal de facilidades pre-hospitalarias, hospitalarias y ambulatorias, pediátricas y para adultos.
- Desarrollar programas para adiestrar personal médico y no-médico.
- Desarrollar programa para adiestrar estudiantes de profesiones relacionadas a la salud.
- Evaluar los planes de manejo de emergencias a través de adiestramiento y múltiples métodos incluyendo simulacros y ejercicios a nivel local/regional/estatal.
- Realizar ejercicios sobre los planes anualmente para demostrar destrezas para responder a bioterrorismo, brotes de enfermedades infecciosas y otras amenazas y emergencias de salud pública.
- Desarrollar programas de adiestramiento para el personal de cuidado de salud para funciones críticas poco familiares y equipo de protección personal (*PPE*) para amenazas específicas.

Medidas de preparación

Medidas de preparación	Métrica
El hospital utiliza educación y programas de adiestramiento basados en competencias para todo el personal respondiendo a un incidente de terrorismo u otra emergencia de salud pública.	Si/No
El hospital cumple con los criterios y estructura de <i>NIMS/ICS</i>	100%
El hospital participa en ejercicios consistentes con los requisitos nacionales y de la <i>JCAHO</i>	Si/No
El hospital tiene un programa de ejercicios de acuerdo a los requisitos de <i>JCAHO, HRSA, CDC, NIMS, y HSEEP.</i>	Si/No
Plan de ejercicios integrado a la coalición de salud	Si/No
Cumplimiento con adiestramientos de <i>life support</i>	Si/No

Sección III CONCEPTO DE OPERACIONES

Comando y Manejo

La Agencia Estatal de Manejo de Emergencia y Administración de Desastres tiene la responsabilidad de coordinar los programas relacionados a emergencias y desastres (mitigación, preparación, respuesta y

recuperación a nivel estatal. En preparación a un evento, AEMEAD coordina con los gobiernos, agencias y organizaciones locales, estatales y federales en la planificación, adiestramiento y realización de ejercicios. Estas funciones son esenciales para desarrollar el conocimiento, destrezas y habilidades para mejorar la respuesta pronta y certera. Durante una respuesta, el Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR) coordina con organizaciones y agencias para proveer apoyo a las organizaciones de cuidado de salud, a respondedores primarios y gobiernos locales. Esto es alcanzado a través de la integración del apoyo de agencias estatales, proveyendo recursos y conocimientos técnicos en apoyo a los esfuerzos que se realizan en la zona de desastre. Además de AEMEAD, durante un evento que requiera expansión médica, el DSPR será la agencia coordinadora líder para la Función de Apoyo de Emergencia (ESF) 8, Salud Pública y Servicios Médicos. Como agencia líder para la ESF 8, DSPR proveerá asistencia suplementaria a las entidades regionales y locales de gobierno para identificar y suplir las necesidades médicas y de salud de las víctimas de una emergencia o desastre. Esto es un esfuerzo cooperativo entre las agencias locales, estatales y federales.

Activación y Notificación

Debido a las diferencias en densidad poblacional a través de las islas de Puerto Rico, se ha determinado que los procesos de activación y notificación serán diferentes dependiendo de la localización y la amplitud del evento. Puerto Rico se divide naturalmente en cinco regiones diferentes (norte sur, este, oeste y central) pero el Departamento de Salud de Puerto Rico tiene 7 regiones con responsabilidades jurisdiccionales: Arecibo, Bayamón, Caguas, Fajardo, Mayagüez, Metro y Ponce. El mapa abajo provee una mirada a las regiones del DS y a los municipios que las conforman.



La involucración regional en el evento es iniciada cuando los recursos locales son abrumados en un incidente de múltiples víctimas o pacientes. Cuando el/los hospital(es) en la jurisdicción local involucrada es/son incapaces de obtener los recursos necesarios (camas, personal, equipo, transportación) localmente, estos deben contactar a otros hospitales de la Coalición/región para

determinar si los recursos necesarios pueden ser obtenidos a través de ellos. Deben contactar a su manejador de emergencias o al Centro de Operaciones de Emergencia (COE) jurisdiccional para informarles que están verificando la disponibilidad de recursos a través de otras agencias u otros hospitales. Si las otras entidades en la Coalición/región no pueden proveer dichos recursos, entonces el hospital debe notificar al COE y solicitar asistencia. Esta es una situación de coordinación multi-agencial (MAC) en la que los miembros de nuestras coaliciones trabajan unidos para manejar la expansión médica antes de buscar asistencia fuera de la región.

Cada Plan de Operaciones de Emergencia Jurisdiccional (POE) tiene coordinadores designados por las diferentes Funciones de Apoyo de Emergencias (ESFs) esbozadas en el POE. Las ESFs incluyen: Función Médica, Incendios, Ley y Orden, Obras Públicas, Salud Pública, Salud Ambiental, etc. Cada plan jurisdiccional es único, pero en su mayor parte describen la coordinación de una emergencia a través de los coordinadores de las ESF. Cada Función de Apoyo tiene uno o más coordinadores asignados para manejar la coordinación de esa área funcional durante una emergencia. Uno de estos coordinadores designados en los planes jurisdiccionales la responsabilidad de coordinar los servicios médicos de emergencia. Como se mencionó anteriormente, cada área o región es diferente, pero en la mayoría de las jurisdicciones esta función es coordinada por un coordinador de salud pública, o un coordinador del Departamento de Bomberos o Emergencias Médicas. La coordinación de ésta función incluye la transportación, la creación y el apertrechamiento (incluyendo personal) de los establecimientos alternos de cuidado y tratamiento, la información pública, el rastreo y contabilidad de pacientes, apoyar a los hospitales locales con las necesidades de recursos y apoyar las solicitudes de recursos de las autoridades de comando en la escena, para nombrar algunas.

Al construir sobre este marco ya establecido, la participación regional para el manejo del *medical surge* es coordinada entre el coordinador de ESF, el Manejador de Emergencia regional y/o el COE de la jurisdicción donde ocurrió el incidente y los coordinadores de emergencia de los hospitales afectados. Los hospitales en la jurisdicción, deben solicitar asistencia unos de otros y según sea necesario de los demás hospitales de la región, usando su Acuerdo de Ayuda Mutua como guía. También deben trabajar con otras agencias, tales como Facilidades de Cuidado, la Cruz Roja y salud en el hogar según se establezcan Memoranda de Entendimiento (MOU).

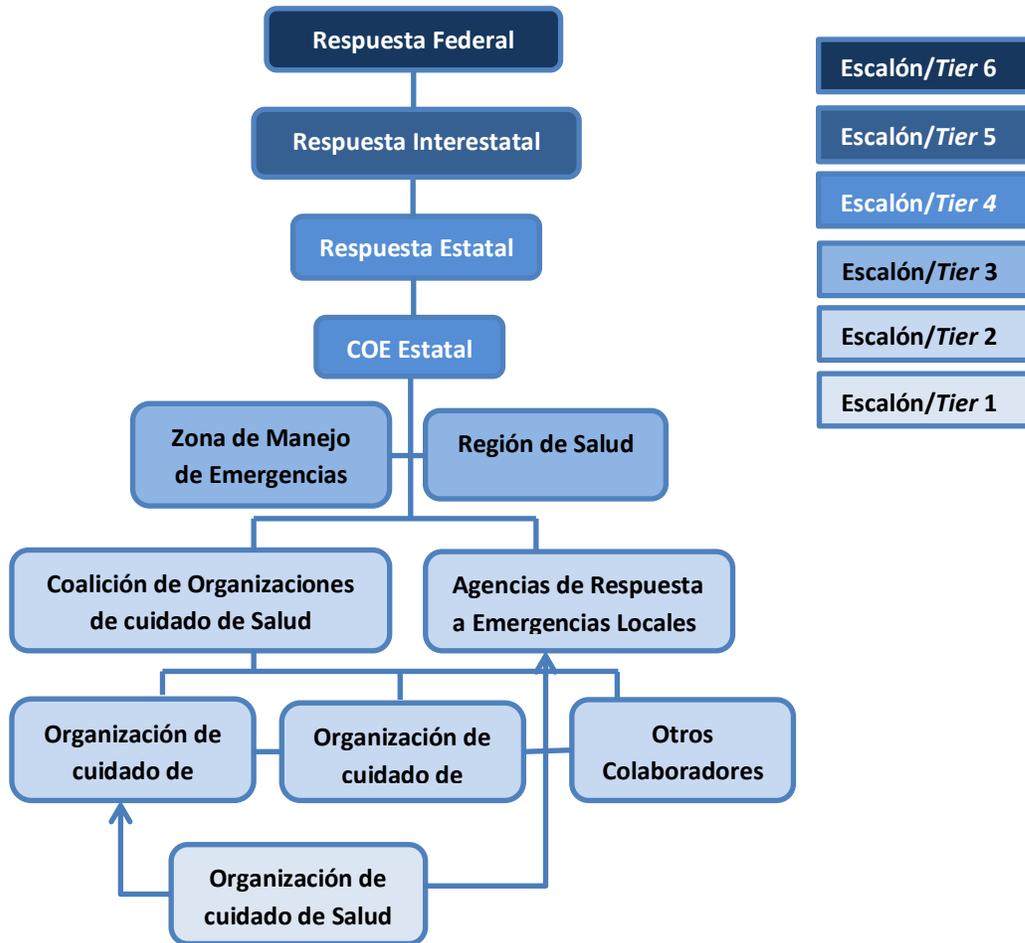
El coordinador de ESF puede apoyar las necesidades de los hospitales coordinando transportación y otros recursos. Si este nivel de comunicación no resulta en la satisfacción de las necesidades (camas, personal, voluntarios, equipo, suplidos, etc.), entonces la Coalición/región contactará al COE estatal para obtener asistencia adicional.

Al inicio del incidente, el hospital debe contactar a la agencia local de manejo de emergencia, al Coordinador de ESF y/o al COE local (si ya está activado u operacional). El Manejador de Emergencias/ Coordinador ESF o el COE tienen la responsabilidad de buscar los recursos necesarios. Éstos colaborarán con el Coordinador de EMS de la jurisdicción para activar y coordinar cualquier recurso adicional. Los coordinadores Jurisdiccionales de ESF contactarán a otros coordinadores de ESF en la región para recursos y apoyo adicionales. El próximo paso en el proceso de coordinación, si la situación no ha sido resuelta, es que la Coalición/región contacte al COE estatal. En éste, el Departamento de Salud es la

entidad coordinadora para la asistencia intraestatal e interestatal, para solicitar la declaración de desastre por el Gobernador y para solicitar asistencia federal.

Activación de escalones

Figura 2. Organigrama del Sistema de Manejo de *Medical Surge*



Escalón 1: Respuesta de un solo Hospital/Facilidad de Salud o Sistema:

Gatillo: Operaciones normales. Los recursos existentes de la facilidad/sistema son suficientes para manejar el incidente.

- Un incidente en el nivel de la facilidad/sistema.
- Los Servicios de Emergencias Médicas (EMS) pueden ser incluidos para proveer cuidado en el campo o escenario del evento, o apoyo a la facilidad en un caso de emergencia.
- El hospital/facilidad de cuidado de salud/sistema aumenta su capacidad operando de acuerdo a su Plan Operacional de Emergencias; procedimientos internos pueden incluir usar todos los recursos y áreas internas disponibles, agilizar los procedimientos de altas y posponer las cirugías electivas.

- El hospital/facilidad de cuidado de salud/sistema expande la capacidad de camas con personal asignado para cubrir las necesidades adicionales.
- Puede resultar necesario para los hospitales/facilidades de cuidado de salud/sistemas activar memoranda de entendimiento (*MOUs*) y acuerdos de ayuda mutua (*MAAs*) para coordinar el cuidado, transporte y manejo de pacientes en anticipación de una repuesta jurisdiccional.

Escalón 2: Respuesta de la Jurisdicción/Coalición:

Gatillo: Los Recursos existentes en la facilidad/sistema resultan inadecuados para responder al incidente; sin embargo la colaboración con la jurisdicción local y regional son suficientes para manejar el incidente.

- Dos o más hospitales/facilidades de cuidado de salud en una jurisdicción combinando sus recursos médicos y de salud para coordinar sus actividades de respuesta.
- En adición a hospitales/facilidades de cuidado de salud, la respuesta jurisdiccional puede incluir salas de cuidado de urgencia, facilidades de cuidado a largo plazo, facilidades de salud mental, centros de cirugía ambulatoria, consultorios de médicos privados, clínicas y cualquier otro recurso que pueda ser utilizado durante una respuesta a un evento mayor envergadura.
- Las capacidades de expansión médica local se aumentan al relocalizar recursos médicos (por ej., personal, facilidades, equipo y suplidos). Esto se logra a través de acuerdos de cooperación y ayuda mutua previamente establecidos.
- Los hospitales/facilidades de cuidado de salud pueden trabajar además con oficiales locales de salud pública, manejadores locales de emergencias y otro personal que resulte necesario para coordinar e integrar los procesos de manejo de recursos e intercambio de información durante un incidente.

Escalón 3: Respuesta Regional:

Gatillo: El incidente excede la capacidad de la jurisdicción para responder y requiere el apoyo de las jurisdicciones vecinas. La coordinación de agencias estatales es requerida de forma limitada.

- El o los Incidentes afectan más de una jurisdicción en Puerto Rico.
- AEMEAD tendrá la responsabilidad como líder y coordinador de las funciones de emergencia (*ESFs*) del Centro de Operaciones de Emergencia Estatal (*SEOC*).
- El evento potencialmente involucra múltiples facilidades de salud cruzando líneas jurisdiccionales para obtener recursos.
- Requiere coordinación e integración de las facilidades con otras disciplinas de respuesta (ej., seguridad pública, manejo de emergencias) para maximizar la capacidad de expansión regional.
- Las disciplinas médica y de salud pública deben moverse de un rol tradicional de apoyo a ser parte de un sistema de comando de incidente unificado.

- Las facilidades de salud, salud pública local y los colaboradores de respuesta a emergencias deben activarse y coordinar con el DSPR y el COE estatal de surgir la necesidad de solicitar asistencia.

Escalón 4: Respuesta estatal:

Gatillo: El incidente alcanza un nivel de complejidad que requiere un nivel significativo de coordinación y apoyo estatal. Las estructuras de coordinación estatales están completamente activadas.

- El COE estatal coordinará con cada jurisdicción y otros colaboradores para identificar las necesidades y los recursos a distribuirse para cubrirlas en las áreas más afectadas.
- La ESF-8, Respuesta médica y de salud pública, será activada dentro del COE estatal.
- El Gobernador puede declarar un estado de emergencia.

Escalón 5: Respuesta Interestatal:

Gatillo: Los Recursos del estado no son suficientes para responder y se solicita la asistencia de otros estados. (Nota: las relaciones entre facilidades u organizaciones en estados aledaños o cercanos pueden existir como parte de las operaciones diarias, y pueden no requerir la activación de un Escalón 5.)

- La coordinación interestatal de recursos para responder a emergencias médicas y de salud.
- AEMEAD solicitará y coordinará la activación de Equipos de Manejo de Incidente (*Incident Management Teams* o *IMT*) basándose en las solicitudes locales de recursos para suplir las necesidades generadas por un evento de emergencia.
- Compartir recursos y ayudarse mutuamente ocurrirá seguramente a través del Acuerdo de Asistencia en Manejo de Emergencia (*Emergency Management Assistance Compact* o *EMAC*).
- El COE estatal puede solicitar y recibir recursos y ayuda de otros estados a través del proceso del EMAC.

Escalón 6: Respuesta Federal:

Gatillo: Recursos o apoyo financiero Federal son requeridos para responder al incidente.

- El Gobernador puede solicitar una declaración federal de emergencia o desastre a través de la Agencia Federal de Manejo de Emergencias FEMA, o en ciertas circunstancias, hacer una solicitud directa al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (*DHHS*) u otras agencias federales para recibir asistencia federal.
- Una respuesta de asistencia federal requiere una Declaración Presidencial de Desastre.
- La integración de los recursos federales médicos y de salud para apoyar las autoridades estatales puede darse durante una situación de Emergencia,

Emergencia Catastrófica de Salud, una Emergencia Federal de Salud Pública o un Incidente de Significancia Nacional.

- Los recursos federales están organizados para la respuesta bajo Funciones de Apoyo de Emergencias (*ESFs*) en el Marco de Respuesta Nacional (*NRF*). El gobierno federal puede implementar, parcial o completamente, el *NRF* en el contexto de una amenaza, anticipación de un evento significativo o en respuesta a un incidente que requiera una respuesta Federal coordinada.

Creando la Capacidad de Expansión Médica

Definición: en respuesta a un incidente con víctimas en masa, activar el *medical surge* a través de la implementación del plan desarrollado a este efecto. La activación del plan incluye el desarrollo de la respuesta al incidente a través de los escalones, incluyendo a las coaliciones en el escalón 2.

Este plan debe incluir los siguientes procesos y protocolos:

- Protocolos para comunicar información del estado de la situación.
- Protocolos para atender las necesidades funcionales de individuos a riesgo.
- Procesos para apoyar la reunificación familiar.
- Procesos para coordinar el inventario y la solicitud de recursos.
- Protocolos para participar en, o coordinar con, la estructura de manejo de emergencias de la jurisdicción.
- Procesos para coordinar los esfuerzos de rastreo de pacientes con *EMS* y el 911.
- Procesos para establecer un sistema de rastreo de pacientes jurisdiccional con *EMS*, organizaciones de cuidado de salud y otros colaboradores.
- Tener acceso a sistemas electrónicos u otro tipo de almacenamiento de datos para el Sistema Conjunto de Evaluación y Rastreo de Pacientes (*Joint Patient Assessment and Tracking System* o *JPATS*).

Tareas críticas

- Activar el sistema de comando de incidente para las facilidades de cuidado de salud.
- Considerar la implementación de los estándares de cuidado alterados.
- Activar los planes, procedimientos y protocolos de *medical surge* para garantizar el tratamiento médico a las poblaciones que requieren asistencia especializada.

Medidas de preparación

Medidas de preparación	Métrica
Los planes para la expansión médica han sido implementados.	Si/No
Existe personal disponible para aumentar la capacidad de tratamiento en las facilidades	Si/No
Tiempo que tomaría, en caso de la activación de un Suplemento a un incidente catastrófico (<i>CIS</i>), a los Centros de Recibo Primarios de la	Dentro de 24 horas de la activación del CIS

Medidas de preparación	Métrica
<p>administración de Veteranos dentro de 500 millas del escenario de un incidente prepararse a terminar los servicios médicos no-críticos y redirigir los recursos disponibles para el recibo de pacientes en las facilidades médicas de VA. Las facilidades del Departamento de Defensa (DOD) responderán bajo NRP y proveerán apoyo bajo la autoridad de respuesta inmediata</p>	<p>A partir de la identificación del Jefe de la Sección de Planificación.</p>

Actividades de respuesta inmediata de *Expansión médica*

Definición: en respuesta a una notificación de un incidente con víctimas en masa, proveer manejo y coordinación de las operaciones de *Expansión médica*.

Tareas críticas

- Implementar comunicaciones de respuesta a incidente dentro del sistema de salud.
- Activar los acuerdos de cooperación mutua.
- Proveer coordinación y apoyo a través del *NIMS* para proveer cuidado médico.
- Coordinar servicios médicos y de salud pública para aquellos individuos que han sido puestos en cuarentena o aislamiento.
- Proveer información médica y de salud pública consistente, certera y relevante a clínicos, personal de respuesta y al público en un tiempo apropiado.
- Coordinar con el personal de *Información de Emergencia Pública* para diseminar información de salud pública y seguridad al público para mejorar la provisión de cuidado de salud en el hogar.
- Implementar procedimientos de credencialización y privilegios durante emergencias.

Medidas de preparación

Medidas de preparación	Métrica
<p>Se han implementado políticas para la seguridad de las facilidades de salud y su perímetro durante un incidente con fatalidades en masa o una emergencia de salud pública a gran escala.</p>	Si/No
<p>El porcentaje de hospitales en la región local del impacto del incidente que apoyarían durante el manejo del incidente.</p>	90%
<p>La información de salud pública es diseminada de forma oportuna para mejorar la provisión of de cuidados de salud en el hogar y las acciones de otro personal, familia y empleadores.</p>	Si/No

Medidas de preparación	Métrica
La activación del Sistema Nacional de Desastres Médicos (<i>NDMS</i>) y otros sistemas de rastreo y reporte de recursos del hospital.	Dentro de 1 hora del incidente
Iniciar los pasos para la movilización del HHS ICRT	Dentro de 4 horas del incidente
El momento de activar el sistema de coordinación médica estatal	Dentro de 2 horas desde la notificación del incidente
El momento de activar los recursos Federales del <i>ESF 8</i>	Dentro de 6 horas desde la notificación del incidente
El momento de Iniciar los pasos para la movilización del <i>Disaster Medical Assistance Teams (DMAT)</i> del <i>NDMS</i>	Dentro de 6 horas del incidente
El momento de activar e iniciar la movilización de los equipos almacenados del <i>NDMS DMAT</i>	Dentro de 24 horas del incidente

Seguridad y Acceso a la Facilidad

Definición: Desarrollar plan para asegurar y limitar el acceso a la facilidad durante un evento de expansión médica.

Tareas Críticas

- Activar medidas de control de tráfico para el acceso a la facilidad (medidas de control de tráfico pre-planificadas, herramientas, etc.).
- Plan para iniciar un cierre de la facilidad o limitar el acceso y la entrada.
- Criterios y protocolos para la entrada y la salida de la facilidad.
- Consideraciones especiales en respuesta a un ataque terrorista/o evento activo de disparos (ej., crear un perímetro seguro, restringir el acceso a las áreas de estacionamiento adyacentes, aumentar la vigilancia, limitar la horas de visita, etc.).
- Plan y acuerdos de ayuda mutua para asistencia con la seguridad del hospital (ej., personal disponible para los roles de seguridad, Agencias de ley y orden locales, otras agencias, etc.).

Implementar los procedimientos de expansión de personal

Definición: Maximizar los niveles de personal de acuerdo a los planes de *medical surge*.

- Documentar el personal asignado para ocupar los roles de manejo ante un evento dado.
- Documentación de los procesos para acceder y coordinar los recursos voluntarios.
- Procesos para conectar a las organizaciones y los proveedores con recursos voluntarios adicionales.
- Procesos para apoyar la integración del *Medical Reserve Corps (MRC)* con la infraestructura local, regional y estatal.

- Colaboración formal o informal con las fuentes de voluntarios jurisdiccionales (*MOA, MOU o LOA* con agencias colaboradoras).
- Procesos para diseminar los recursos voluntarios a las organizaciones y coaliciones para el establecimiento de centros de llamadas.
- Coordinar para apoyar los servicios médicos o de salud mental post movilización para los voluntarios y otro personal.
- Procesos para liberar voluntarios y otro personal cuando el Departamento de Salud tiene el liderato de la coordinación de voluntarios.

Tareas críticas

- Activar los sistemas de llamadas y activación de personal y voluntarios.
- Apoyar la expansión de las capacidades utilizando recursos voluntarios.
- Movilizar personal médico específico al incidente para poblaciones pediátricas y adultas.
- Movilizar personal de apoyo no-médico.
- Evaluar las necesidades iniciales y continuas de médicos especialistas.
- Proveer adiestramiento para personal realizando tareas fuera de su descripción de labores diarias.
- Coordinar la transportación y el montaje de recursos y personal a través de los COE local y estatal.
- Coordinar los recursos de personal de respuesta con *MRC, MMRS*, los recursos federales e interestatales, ONG y grupos de base de fe.

Medidas de preparación

Medidas de preparación	Métrica
Implementar procedimientos de llamadas para activar personal.	Si/No
Materiales e instrucciones para “en el momento” están disponibles	Si/No
El Estado participa en el programa del Sistema de Registro Adelantado de Profesionales de Salud Voluntarios en Emergencias(ESAR-VHP)	Si/No

Recibo y atención a víctimas

Definición: Recibir víctimas en masa y proveer el cuidado clínico apropiado.

Tareas críticas

- Realizar *triage* de las víctimas para asignar las áreas y recursos a utilizar
- Proveer el tratamiento apropiado según la naturaleza del incidente y el número de heridos o afectados.
- Asegurar la disponibilidad de los equipos y suplidos médicos adecuados para apoyar la respuesta médica inmediata y para apertrechar los recursos solicitados.

- Coordinar e integrarse con las autoridades locales, Federales y las agencias participantes del ESF 8 estatal.

Medidas de preparación

Medidas de preparación	Métrica
Sistema establecido para acrecentar los suplidos, fármacos, y el equipo disponible para apoyar las capacidades de expansión de la facilidad	Si/No
Se confirma que el paciente ha sido descontaminado antes de permitirle el acceso a la facilidad	Si/No
Se identifican, se tamizan y se monitorean a los pacientes y respondedores después de un evento.	Si/No
Porcentaje de pacientes rastreados desde la llegada al sistema de salud y durante la duración del cuidado y tratamiento médico	100%

Triage: activar y operar área(s) adicionales/alternas de triage durante un evento de Expansión Médica. Definir los detonantes de activación para establecer áreas alternas/adicionales de triage.

Tareas críticas

- Identifique áreas primarias y alternas para triage (ej., considere áreas externas para triage, tipo de evento y daños a las facilidades).
- Designar personal a las áreas alternas de triage. Definir las responsabilidades y los procesos para establecer y operar las áreas de triage.
- Asegurar los suplidos y equipo para el área de triage considerando la amplitud y el tipo de evento, basado en el análisis de vulnerabilidad de la facilidad.
- Desarrollar protocolos de triage para la disposición interna y externa de pacientes (ej., cuidado menor, cuidado demorado, facilidades de cuidado alternativo del hospital o del gobierno local, etc.).

Descontaminación: Planear para activar y llevar a cabo descontaminación, según sea necesario.

Tareas Críticas

- Desarrollar procedimientos para el establecimiento y la operación del área.
- Desarrollar protocolos para la segregación y priorización de los individuos para descontaminación.
- Asegure la disposición y los procedimientos de activación de personal para el área. Asegure los Equipos y suplidos necesarios.

Áreas de Tratamiento: Planear para la activación y operación de áreas de tratamiento adicionales.

Tareas Críticas

- Identificación de las áreas, letreros/señales, capacidad, responsabilidad, comunicaciones, personal, equipo y suplidos, rastreo/expedientes médicos de pacientes.

Implementar procedimientos para la transferencia de pacientes

Definición: Transición de la utilización de camas pre-evento para expandir la capacidad de tratamiento.

- Documentación de los procesos para involucrar a la coalición y otros colaboradores de respuesta en la activación de los sistemas de cuidado alterno.
- Acceso al sistema de censo de camas jurisdiccional que cumpla los estándares de HPP.
- Recolectar, redactar reporte y transferir data automáticamente al servidor electrónico de HAVBED usando HAVBED EDXL.

Tareas críticas

- Activar los espacios de cuidado alternos y las facilidades de sobre-flujo médico de emergencia para manejar la capacidad de expansión del hospital
- Proveer información acerca de destinos viables para el rastreo y el movimiento masivo de pacientes, asegurando que los pacientes sean pareados con los recursos de transportación y la facilidad recipiente que pueda proveer la atención médica adecuada.

Medidas de Preparación

Medidas de Preparación	Métrica
Existen sistemas establecidos para identificar pacientes capaces de ser transferidos.	Si/No
El momento para identificar los pacientes a ser dados de alta.	Dentro de 6 horas de la notificación de la necesidad de mover pacientes
Hay recursos disponibles para proveer rastreo y movimiento en masa de pacientes.	Si/No
Existe un sistema para coordinar la transferencia de pacientes con el COE local o estatal.	Si/No
El momento de activar los vehículos tradicionales y no-tradicionales para el transporte en emergencias.	Dentro de 3 horas de la notificación
El nivel de coordinación con el sistema de rastreo de pacientes.	100%

Manejo de Fatalidades en Masa

Se han establecido planes para el manejo y disposición de los pacientes fallecidos.

Tareas Críticas

- Desarrollar estimados de fatalidades según el tipo de evento y la capacidad del hospital para almacenarlas.
- Calcular y asegurar los suplidos necesarios.
- Desarrollar estrategias para expandir la capacidad de almacenamiento de cadáveres, incluyendo áreas alternas del hospital.
- Establecer acuerdos con agencias externas para almacenamiento adicional, consistentes con planes locales que incluyan contactos y capacidad.

Des-escalada (desactivación/reducción) y Desmovilización

Definición: Prepararse para retornar el sistema de cuidado de salud a sus operaciones normales.

Una vez se vaya atendiendo la avalancha de pacientes y se considere que la mayoría de las víctimas ya ha sido evaluada, transportada, atendida y estabilizada pueden comenzarse a realizar las medidas para regresar al nivel de funcionamiento pre evento. Esto incluye la desactivación de los recursos de expansión, ya sea equipo, suplidos o personal.

El proceso de des-escalar se refiere a la disminución de los niveles de activación de operaciones de respuesta que ocurren durante un incidente de expansión médica. La desmovilización se refiere a la coordinación del retorno de las capacidades del sistema de salud a las operaciones pre-incidente. Esto ocurre al disminuir paulatinamente la cantidad de personal activo, las necesidades de equipo, las facilidades alternas de cuidado y otros sistemas así como la transición de los pacientes de servicios de cuidado agudo a un ambiente de servicios pre-incidente o a servicios médicos ambulatorios o en el hogar con otros colaboradores jurisdiccionales.

La duración un evento de expansión médica puede variar según el tipo de desastre. Según un evento se desarrolla, las capacidades de respuesta de la comunidad local pueden ser abrumadas requiriendo solicitudes para apoyo adicional de diferentes agencias en diferentes niveles del gobierno. Según el evento retrocede o regresa a la situación normal, las capacidades de respuesta de la comunidad local aumentarán permitiendo la desmovilización de recursos de respuesta provistos por agencias fuera de su jurisdicción. La decisión de des-escalar el nivel de operaciones de respuesta se toma a nivel local y debe ser comunicada a todas las agencias respondientes. Las jurisdicciones locales deben identificar, durante la planificación de emergencia y las operaciones, los umbrales de des-escalada que indican el momento más pronto y oportuno de comenzar la desmovilización. Esta información debe ser transmitida a través del COE local al estatal. Una vez recibida la notificación de la decisión de des-escalar, todas las agencias respondientes deben trabajar juntas para asegurar una operación de recuperación coordinada. Esto incluye la notificación y la coordinación de la desmovilización tanto de las organizaciones de cuidado de salud como de otro tipo de servicios obtenidos a través de mecanismos de ayuda mutua, EMAC y/o asistencia federal.

Durante la fase de des-escalada, las organizaciones de cuidado de salud locales coordinarán con todas las entidades que respondieron al incidente de expansión médica para devolver los recursos a su lugar de origen según sea necesario. Las agencias respondientes pueden incluir a facilidades médicas; EMS, agencias de salud locales, estatales y federales; asociaciones de hospitales; servicios sociales; y organizaciones no-gubernamentales participantes.

La desmovilización es el proceso por el que una jurisdicción local coordina con otras agencias/organizaciones para retornar recursos usados en el incidente a su lugar de origen. La Unidad de Desmovilización dentro del ICS activado desarrolla los Planes de Desmovilización que incluyen instrucciones específicas para todo el personal y recursos que necesiten desmovilización. Estos planes escritos deben incluir procesos para desmovilizar personal de expansión estatal y recursos médicos federales y debe incluir la identificación de los disparadores para desmovilización. Nótese que muchos de los recursos provistos por la región son locales y como tal no requieren instrucciones o planes específicos de desmovilización. Una vez que el Plan de Desmovilización ha sido aprobado, la Unidad de Desmovilización se asegura sea distribuido tanto en el área del incidente como dondequiera que sea necesario.

Cinco funciones principales son necesarias para realizar el retorno del sistema de salud a sus operaciones normales: desmovilizar los recursos de transportación, la transición de operaciones de expansión a operaciones regulares, implementar un plan para la reconstitución de las capacidades de la facilidad, realizar una revisión y evaluación post- acción y preparar el reporte.

Tareas críticas

- Procesos para desmovilizar los recursos de transportación.
- Procesos para desmovilizar al personal de expansión, e incluir gatillos para iniciar la desmovilización.
- Procesos para facilitar o coordinar la transportación para los pacientes.
- Procesos para comunicarse con las organizaciones de cuidado de salud y mantener una lista de servicios de cuidado de salud para proveerles a los pacientes.
- Procesos para coordinar la asistencia en la transición a un ambiente de cuidado médico pre-incidente.
- Procesos para comunicarse con y atender las necesidades funcionales de los pacientes.
- Procesos para coordinar el apoyo de servicios médicos y de salud mental para los voluntarios y otro personal post activación.
- Procesos para liberar a los voluntarios y a otro personal cuando el Departamento de Salud tiene el liderato en la coordinación de los voluntarios.
- Protocolo para conducir tamizado de salida.

Recuperación

Cuando un desastre o emergencia ocurre que abruma las capacidades de un gobierno local para recuperarse efectivamente, la asistencia del estado puede ser necesaria para que el gobierno local provea un esfuerzo de recuperación oportuno y efectivo. Esto requerirá planes a corto y largo plazo que permitan un esfuerzo de recuperación eficiente y coordinado para desastres de cualquier tamaño,

incluyendo una declaración federal de desastre. Para recuperarse de un evento de expansión médica, acciones y recursos deben ser comprometidos a asistir en retornar la situación a la normalidad o tan cerca de la condición pre-desastre como sea posible.

Una vez se haya comenzado el proceso de desmovilización, la organización comenzará a realizar las evaluaciones funcionales, estructurales y de necesidad de personal para restablecer el nivel de funcionamiento pre-evento de las facilidades.

Tareas críticas

- Implementar estrategias comprehensivas de manejo de estrés para todo el personal de respuesta y otros trabajadores de manejo de emergencia.
- Proveer servicios de salud mental y contra el abuso de sustancias a corto plazo a la comunidad.
- Transición de las operaciones expandidas a las operaciones normales.
- Implementar plan para la reconstitución de las capacidades del sistema de salud.
- Conducir las revisiones y evaluaciones posteriores a la activación y preparar el reporte.

Medidas de preparación

Medidas de preparación	Métrica
Por ciento del sistema de cuidado de salud conduciendo una Revisión Post-Acción	100%

Alineamiento con el Sistema Nacional de Manejo de Incidentes (NIMS) y el Marco Nacional de Respuesta (NRF)

El Sistema Nacional de Manejo de Incidentes (NIMS) provee una estructura consistente para el manejo de incidentes en todos los niveles jurisdiccionales, independientemente de la causa, tamaño o complejidad del incidente. Construido sobre los principios del sistema de comando de incidentes (ICS), el NIMS le provee a los respondedores y autoridades de manejo con las mismas bases de manejo de incidente para ataques terroristas, desastres naturales y cualquier otra emergencia. El NIMS requiere la institucionalización del ICS y su uso para manejar todos los incidentes domésticos. De acuerdo con el Centro Nacional de Integración (NIC), "institucionalizar el uso del ICS" significa que oficiales gubernamentales, manejadores de incidentes y organizaciones de respuesta a emergencias en todos los niveles jurisdiccionales adopten el ICS.

El Marco Nacional de Respuesta (NRF) es una guía sobre como la nación conduce la respuesta a incidentes de todas las amenazas. Utiliza estructuras de coordinación flexibles, escalable y adaptables para alinear roles y responsabilidades claves a través de la nación. El Marco captura autoridades específicas y prácticas óptimas para el manejo de incidentes que se extienden desde los serios pero puramente locales a ataques terroristas de gran escala o desastres naturales catastróficos y se asienta sobre el NIMS, el cual provee un molde nacional consistente para manejar incidentes.

Capabilidades para la Expansión Médica

Capabilidades Meta del Departamento de Seguridad Patria

La lista de capacidades meta (*Target Capabilities List* o *TCL*) del Departamento de Seguridad Patria (*Department of Homeland Security* o *DHS*) es un modelo genérico a nivel nacional de capacidades operacionales que definen la preparación ante todas las amenazas. La lista fue creada para evaluar capacidades, identificar necesidades e informar planes y estrategias, tomando sus riesgos en cuenta. La TCL específicamente identifica el *medical surge* como un área que debe ser fortalecida por respondedores locales, estatales y federales. Al desarrollar su plan de expansión médica las organizaciones están ayudando a que Puerto Rico simultáneamente mejore su capacidad de profilaxis masiva, su manejo de incidentes localizados y la preparación y participación de las comunidades en el manejo de incidentes. Completar las tareas asociadas con las capacidades ya mencionadas también le permiten a la isla a asistir a la nación a alcanzar sus prioridades de preparación al expandir la colaboración regional y fortalecer el colaborar y compartir información. También implementa el *NIMS*, el Plan Nacional de Protección de Infraestructura (*NIPP*) y el *NRF*.

La capacidad meta primaria que este plan atiende es la expansión médica. De acuerdo con la Lista de Capabilidades Meta (TCL):

En adición, este plan incluye componentes de las siguientes capacidades meta:

- Preparación y Participación Comunitaria.
- Recursos Críticos y Distribución Logística.
- Información Pública y Avisos de Emergencia.
- Seguridad Pública de Emergencias y Respuesta de Seguridad.
- Manejo del Centro de Operaciones de Emergencia.
- Triage y Tratamiento Pre-Hospitalario de Emergencia.
- Cuidado en Masa.
- Manejo y Distribución de Suplidos Médicos.
- Manejo de Voluntarios y Donaciones.

Capabilidades de Preparación en Salud Pública de los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades

Las Capabilidades de Preparación en Salud Pública de los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades, proveen guías acerca de actividades de planificación estratégica de preparación en salud pública a nivel local y estatal. La guía provee funciones, tareas y consideraciones de recursos para una variedad de actividades de salud pública.

La capacidad primaria de este plan es la expansión médica. De acuerdo a las capacidades de salud pública:

Medical surge es la habilidad de proveer la evaluación y el cuidado médico adecuado durante eventos que excedan los límites de la infraestructura médica de una comunidad afectada. Involucra la habilidad del sistema de cuidado de salud para sobrevivir el impacto de una amenaza y mantener o recuperar rápidamente las operaciones que fueron afectadas.

Adicionalmente, este plan maneja componentes de las siguientes capacidades de preparación en salud pública:

- Coordinación de Operaciones de Emergencia.
- Información Pública y Avisos de Emergencia.
- Manejo de Fatalidades.
- Compartir Información.
- Manejo y Distribución de Material Médico.
- Manejo de Voluntarios.

Integración con los Planes Estatales

Puerto Rico tiene la autoridad bajo varios poderes de emergencia (ver Sección III para una lista completa de autoridades) para proveer asistencia en un evento de expansión médica como también de modificar regulaciones y autoridades en un evento severo. El plan desarrollado se alinearán con los planes y la estructura existente de manejo de emergencias que coordina recursos de respuesta y puede asistir en la solicitud de recursos y asistencia federal.

La estructura de manejo de emergencias de Puerto Rico incluye el Acuerdo de Asistencia en Manejo de Emergencia (EMAC). EL EMAC es un pacto diseñado para proveer ayuda mutua a aquellas jurisdicciones locales dentro del estado que firman el acuerdo. El EMAC permite a una región específica solicitar ayuda a una región adyacente ante un evento específico. El acuerdo atiende aquellas áreas relacionadas a pagos, responsabilidades legales y requisitos para licenciamiento además de otras áreas de importancia para gobiernos locales.

Coordinación con Gobiernos Locales y Regionales

Cada jurisdicción tiene la responsabilidad de asegurar que los planes de preparación y respuesta de emergencias existen y son actualizados regularmente. Estos planes deben incorporar leyes locales, autoridades, recursos y procedimientos de respuesta. Adicionalmente, los planes operacionales de emergencia para cada jurisdicción deben definir claramente como las varias agencias gubernamentales o colaboradoras coordinarían con las Oficinas Municipales de Manejo de Emergencias para solicitar asistencia. Además de solicitar asistencia primariamente a través de los manejadores de emergencia de las regiones o los centros de operaciones regionales, los planes de las agencias pueden identificar procesos secundarios para notificar a las autoridades de salud regionales que una solicitud se hizo a la región. Jurisdicciones vecinas deben colaborar para asegurar que los acuerdos de ayuda mutua, los memorandos de entendimiento y los pactos inter-jurisdiccionales existen para cubrir cualquier brecha existente.

Coordinación con el Centro de Operaciones de Emergencia Estatal (COE Estatal o SEOC)

El Centro de Operaciones de Emergencia Estatal es administrado por AEMEAD en San Juan, con la función primaria de coordinar recursos a una jurisdicción que requiera asistencia estatal bajo este plan. El COE estatal está compuesto por personal de la AEMEAD y por representantes designados por las 17 *ESF* primarias y agencias gubernamentales según sean requeridas. Sirve como el punto de contacto inicial con los gobiernos locales afectados, las agencias de respuesta estatales, el Equipo Nacional de

Apoyo de Emergencia (*National Emergency Support Team*) y otras agencias de respuesta federal. Las actividades del COE Estatal están cubiertas en el Módulo de Operaciones del Plan de Manejo de Emergencias Estatal.

Coordinación con Agencias Federales

Esta guía está desarrollada para alinearse con el Marco de Respuesta Nacional y el Sistema Nacional de Manejo de Incidentes (NRF and NIMS, por favor véase arriba) como también con el Plan de Concepto de Operaciones Catastróficas ante Toda Amenaza (**All-Hazards Catastrophic Concept of Operations Plan**). De acuerdo con el NRF, los ESFs fueron creados para coordinar mejor las respuestas inter-agenciales a situaciones de desastres. La Función líder para expansión médica es la *ESF-8*, Salud Pública y Servicios Médicos. Los servicios, la preparación y la respuesta de la *ESF-8* son coordinados a través de las oficinas regionales del Departamento de Salud y Servicios Humanos (*DHHS*). Puerto Rico se agrupa bajo la Región 2 del *DHHS* y generalmente coordinará con los cuarteles generales de la Región 2 en Nueva York.

La coordinación primaria con las autoridades federales se realizarán a través de la Oficina del Gobernador y serán facilitadas por el Representante Asignado por el Gobernador (*GAR*). Las agencias y organizaciones estatales que tienen relaciones normales diarias con agencias federales podrían retener esta integración durante una emergencia (por ej., coordinación entre del DSPR y el CDC para actividades de control de enfermedades).

El gobierno federal también provee guías y prioriza las actividades de preparación a través de fondos provistos a los estados. A partir de una solicitud del estado, el gobierno federal puede dirigir recursos nacionales a apoyar operaciones de respuesta (por ej., Equipos de Asistencia Médica en Desastres (*Disaster Medical Assistance Teams o DMAT*), los recursos del Departamento de Defensa (*DOD*), FEMA, etc.), así como proveer asistencia financiera a través de la ley Stafford u otra fuente de fondos de emergencia.

El estado colabora activamente con las agencias federales en la planificación de la preparación para una variedad de recursos federales. Durante una respuesta el estado generalmente solicitará una capacidad o misión a ser apoyada por recursos federales en lugar de recursos específicos para poder asegurar que los colaboradores federales tienen la flexibilidad de determinar el recurso más disponible y apropiado para apoyar la respuesta.

Algunas de las capacidades que el gobierno federal puede ser llamado a proveer pueden incluir pero no limitarse a:

- Equipo Médico Portátil para Desastres.
- Asistencia Financiera.
- Apoyo en el Manejo de Incidentes.
- Fatalidades en Masa.
- Desalojo y Traslado de Pacientes(a facilidades fuera de la jurisdicción).
- Personal Médico.
- Salud Mental.
- Suplido Farmacéutico.
- Salud Pública.

- Recursos de Transportación.
- Transportación de suplidos Médicos y No-médicos.
- Relevos Temporeros de Regulaciones (por ej., relevo de la sección 1135.
- Autorizaciones para Usos de Emergencia.

Roles y Responsabilidades Generales

Las siguientes secciones presentan las responsabilidades de cada una de las agencias o departamentos claves y establecen la organización de emergencias a utilizarse para responder o apoyar el Plan Estatal de Expansión Médica.

Nivel estatal

a. Oficina del Gobernador

- Ejecuta la autoridad para el manejo de emergencias de acuerdo al Estatuto Revisado de Nevada (*NRS*) capítulo 414, a través del Jefe de AEMEAD y la Oficina de Coordinación Estatal (*State Coordinating Office o SCO*) designada. El SCO coordinará con sus contrapartes federales y alcanzará objetivos de incidente conjuntos.

b. Agencia Estatal para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres (AEMEAD)

- AEMEAD tiene la responsabilidad de coordinar los programas relacionados a emergencias/desastres (mitigación, preparación, respuesta y recuperación). Al hacer esto, la agencia coordina con el gobierno federal, estatal y local, agencias y organizaciones en la planificación, adiestramientos y ejercicios de práctica.

c. Departamento de Salud de Puerto Rico

- Evalúa un evento y determina la necesidad de solicitar declaraciones de la Oficina del Gobernador, o recomienda declaraciones de las jurisdicciones con autoridad.
- Apoya los recursos de salud y las necesidades médicas durante o después de una emergencia o desastre mayor mediante el recogido y comunicación de información y la coordinación de los esfuerzos de respuesta.
- **Health Care Quality and Compliance (HCQC)** trabaja con las organizaciones de cuidado de salud para expandir el Ámbito de Práctica para cubrir las necesidades de expansión médica.
- Mantiene el registro estatal de las credenciales de los profesionales médicos y otros voluntarios.
- Mantiene el sistema de censo de camas *HAVBED* para todo el estado.
- Mantiene la Red de Alertas de Salud (*Health Alert Network o HAN*) para todo el estado.

d. División de Salud Mental

- Usando Consejeros en crisis voluntarios adiestrados, propios o de la comunidad, provee intervención de primeros auxilios psicológicos y servicios a la comunidad afectada por un desastre, incluyendo víctimas, sus familias y respondedores primarios.
- Provee personal y mantiene apoyo en el COE estatal durante desastres.

e. Guardia Nacional de Puerto Rico

- La Guardia Nacional de Puerto Rico (*PRNG*), bajo la dirección del Gobernador y el General Estatal Adjunto (*SAG*) tiene la capacidad de proveer apoyo para recursos, personal, comunicaciones, seguridad y transportación.

f. Departamento de Transportación y Obras Públicas

- Provee seguridad para transportación, reconstrucción/recuperación de la infraestructura de transportación, restricciones al movimiento y flujo, alivio de regulaciones y la evaluación de impacto y daños al sistema de transportación. Todas las solicitudes para transportación son coordinadas a través de la sección de Logística y/o el proceso de las *ESF*.

Nivel Local/Jurisdiccional

g. Organizaciones de Cuidado de Salud

- Las Organizaciones de Cuidado de Salud pueden ser el foco la expansión médica y deben planificar para recibir pacientes agudos o funcionar como recurso de apoyo las facilidades que enfrentan el grueso del evento con pacientes agudos. En la función de apoyo las organizaciones pueden tener que proveer personal y/o equipo (médico y no-médico) para apoyar las operaciones de expansión de otras facilidades en lugar de la propia.

Las Organizaciones de Cuidado de Salud incluyen instituciones como, pero no se limitan a:

- Hospitales de Cuidado Agudo.
- Centros de Cirugía Ambulatoria.
- Hospitales de Acceso Crítico.
- Hospitales para Rehabilitación.
- Cuidado Agudo a Largo Plazo (*LTACs*).
- Cuidado Prolongado.
- Hospitales Psiquiátricos.
- Centros de Cuidado de Emergencia.
- Centros de Salud Cualificados Federalmente (*FQHCs*).
- Cuidado Primario.

h. Oficina Municipal de Manejo de Emergencias (OMME)

Las Oficinas Municipales de Manejo de Emergencias (*OMME*) asistirán a los hospitales y a las autoridades de salud locales con las solicitudes de recursos según se describe en los **Procedimientos para Solicitud de Recursos para Hospitales** de Puerto Rico. Las *OMME* también colaborarán con las oficinas regionales del *DS* para establecer un centro de información conjunto que provea mensajes coordinados al público.

i. Oficinas Regionales del DSPR

- Las Oficinas Regionales del DSPR se comunican y coordinan con las comunidades médicas y de salud durante las operaciones médicas normales.
- Durante una emergencia y ante un evento de *medical surge* pueden apoyar y asistir a las agencias locales de manejo de emergencias en la coordinación de las operaciones y recursos médicos y de salud según sean requeridos.
- Las Oficinas Regionales del DSPR también trabajan en colaboración con los hospitales y las agencias de manejo de emergencias jurisdiccionales para proveer mensajes coordinados al público.

j. Servicios de Emergencias Médicas (EMS)

- Muchas de las agencias de Emergencias Médicas en el estado son propiedad de compañías privadas, y durante un evento de expansión médica pueden asistir a los hospitales con el *triage* y la transportación de pacientes gracias a contratos, Memorandos de entendimiento (MOU) y acuerdos de colaboración mutua (MAA) existentes

k. Departamentos de Bomberos

- Los departamentos de Bomberos proveen operaciones de descontaminación y mitigación de amenazas y en un evento de *medical surge*, pueden proveer apoyo a las organizaciones de salud asistiendo en la transportación de pacientes, si tienen la licencia para hacerlo y coordinando el movimiento de pacientes a través de los centros de despacho.

l. Agencias de Ley y Orden

- Las Agencias de Ley y Orden Locales/Regionales proveen coordinación de la seguridad de la escena y conducen investigaciones dentro de su ámbito normal de operaciones. Si los recursos de las agencias Locales/Regionales se agotan MOUs y MAAs, recursos adicionales pueden ser solicitados a través de la estructura Local/Regional de manejo de emergencia. Las operaciones de seguridad/investigación se mantienen bajo el control de las agencias Locales/Regionales o según sea estipulado por las leyes locales, estatales y federales (por ej., el Buró Federal de Investigaciones (FBI) es la agencia líder para investigar supuestos actos de terrorismo).

m. Asesoría Legal

- Todo evento presenta una variedad de asuntos legales que deben ser atendidos por los abogados de las agencias respondientes. La asesoría legal para todas las agencias respondiendo a un evento de expansión médica estará integrada en la estructura apropiada de ICS.

n. Sector Privado

- El sector privado, tales como hoteles, suplidores, transportación (terrestre/aérea) y otros negocios pueden tener recursos que están directamente integrados a los esfuerzos de respuesta. Se les anima a las agencias locales a tratar de establecer acuerdos, previo a un evento. El sector privado generalmente se involucrará en el proceso de planificación a través de la identificación de recursos y el desarrollo de *MOUs* y *MAAs* que reflejen el tipo de apoyo que puede solicitarse y los mecanismos para la compensación por recursos privados.

o. Agencias No-gubernamentales

- ***Cruz Roja Americana***

La Cruz Roja Americana ofrece alivio, refugio y otros servicios humanitarios. Durante un evento de expansión médica el gobierno estatal puede solicitarle a la Cruz Roja asistencia para proveer sangre, refugios y otros recursos no-médicos.

- **El Ejército de Salvación**

El Ejército de Salvación provee servicios para atender las necesidades específicas de individuos y comunidades después de un desastre. Durante un evento de expansión médica el gobierno estatal puede solicitarle al Ejército de Salvación asistencia para proveer apoyo a salud mental y apoyo a los centros de asistencia familiar.

Desastres Declarados y No-declarados

Desastres Declarados

El proceso de declaración es iniciado por el gobierno local cuando es evidente que sus recursos se han agotado o se anticipa se agotaran pronto. Se hace entonces una petición al estado por el oficial electo de mayor autoridad solicitando asistencia del nivel estatal. Esta solicitud llega al Representante Autorizado por el Gobernador (GAR), donde se declarará la situación de desastre para la Isla. El estado apoyará al gobierno local con sus recursos hasta el momento que sea evidente que sus recursos se han agotado o se anticipa se agotaran pronto. En ese momento el Gobernador le solicitará asistencia al Presidente de los Estados Unidos a través del Director Regional de FEMA. El gobierno federal apoyará al estado con sus recursos hasta que la recuperación del evento sea alcanzada.

Si hay una Declaración Presidencial de Desastre, el Acta de Alivio ante Desastres y Asistencia en Emergencias Robert T. Stafford, Ley Pública 93288, Título VI establece medios ordenados y continuos de asistencia por el gobierno federal a los gobiernos estatales y locales en el desempeño de sus responsabilidades para aliviar el sufrimiento y el daño que resulta de los desastres. Después que se hace la declaración Presidencial, los fondos y otras formas de asistencia son provistas a través de FEMA.

La única excepción a la Acta Stafford se presenta por el Acta de Autorización de Defensa Nacional John Warner. Esta acta autoriza al Presidente a enviar tropas federales a una emergencia doméstica sin el consentimiento del estado. Para que esto ocurra, un evento catastrófico debe abrumar a los gobiernos estatales y locales.

La declaración de una emergencia de salud pública por un gobierno federal, estatal o local puede proveerá los profesionales de salud voluntarios con protecciones ante acciones legales y demandas.

Desastres No-declarados

Durante un evento de emergencia que es considerado un desastre no-declarado, el DSPR coordinará con el estado y las agencias no-gubernamentales para proveer asistencia a las áreas afectadas mientras la asistencia se mantenga dentro de los procedimientos y el presupuesto operacional normal. Un evento de expansión médica puede causar que los hospitales agoten sus recursos rápidamente. Si un desastre no es declarado y el inventario de recursos de los hospitales disminuye a un 50% de su capacidad normal, éstos pueden solicitar recursos adicionales usando los Procedimientos de Solicitud de Recursos para Hospitales de Puerto Rico (**Puerto Rico Resource Requesting Procedures for Hospitals**).

Documentación

Los costos/gastos incurridos durante un evento pueden no ser recuperables. Sin embargo, en caso que un reembolso estatal y/o federal sea posible, la documentación precisa de costos es esencia. Esta documentación será requerida como evidencia de apoyo para los reembolsos y deben incluir, pero no se limitan a, registros de nómina, reclamaciones de viaje, recibos aplicables de viaje (por ej., itinerario de aerolínea, transportación terrestre, etc.) y la enumeración específica de costos por recursos físicos agotados (por ej., suplidos, equipo, etc.).

Sección IV DESCRIPCIÓN DE LOS ELEMENTOS DE LA CAPABILIDAD

Elementos de Capabilidad	Componentes y Descripción
Capacidad expandida de camas para tratamiento de enfermedades infecciosas	Cantidad de camas por encima de la capacidad diaria para tratamiento y estabilización inicial de pacientes que requieran hospitalización ante síntomas de enfermedades infecciosas agudas
Capacidad expandida de otras camas	Cantidad de camas por encima de la capacidad diaria para tratamiento y estabilización inicial de pacientes que requieran hospitalización por: (1) síntomas de intoxicación aguda con botulinum u otro envenenamiento químico agudo; (2) quemaduras o trauma o (3) síntomas de daño inducido por radiación— especialmente la supresión de médula ósea.
Unidad de Personal de Cuidado de Salud para Expansión	Para establecer un centro de cuidado agudo, el personal debe incluir: 1 médico, 6 enfermeras profesionales o una mezcla de enfermeras profesionales y enfermeras prácticas, 4 asistentes de enfermería/técnicos de apoyo de enfermería, 2 oficinistas, 1 Técnicos de radiología, 1 manejador de casos, 1 trabajador social, 1 ama de llaves, y 1 escolta. Este es el nivel mínimo de personal recomendado. Los niveles de personal varían de acuerdo al tipo de incidente. La designación del personal y los recursos será más

Elementos de Capabilidad	Componentes y Descripción
Capacidad de aislamiento (1-persona)	<p>eficiente si se atiende a pacientes similares en facilidades individuales.</p> <p>La capacidad de mantener en aislamiento con presurización negativa, al menos un caso sospechoso de una enfermedad altamente contagiosa o a un paciente febril con una erupción o sarpullido sospechosos o algún otro síntoma de preocupación al desarrollo de alguna enfermedad contagiosa.</p>
Capacidad de aislamiento (10-personas)	<p>La capacidad de apoyar el proceso de evaluación inicial y tratamiento de al menos un total de 10 pacientes adultos/pediátricos a la vez en aislamiento con presurización negativa.</p>
Sistema de Almacenamiento Regional de fármacos	<p>Desarrollar un sistema local/regional/estatal de manejo de fármacos que: Capture el inventario actual de los almacenados. Asegure el suministro suficiente de fármacos para ofrecer profilaxis por 3 días a los respondedores y sus familias, y otro personal clave de respuestas/manejo y el público general según sea determinado por las autoridades locales. Rastree la distribución y administración de los medicamentos durante el incidente.</p>
Equipo de Protección Personal (PPE)	<p>Suficiente equipo de protección personal está disponible para el personal actual y el de expansión. La cantidad y el tipo de equipo de protección será establecido basándose en un análisis de vulnerabilidad de salud y el nivel de descontaminación que sea diseñado.</p>
Sistema de comunicaciones seguro y redundante	<p>Existe un sistema de comunicación segura y redundante, proveyendo conectividad entre las facilidades de salud y las demás disciplinas de respuesta (tales como Departamento de Salud y sus regiones, EMS, Agencias de manejo de emergencias, agencias de seguridad pública, jurisdicciones vecinas, y elementos Federales de ESF#8) a todos los niveles jurisdiccionales durante un incidente de significancia nacional.</p>

Sección V: AUTORIDADES, BASES LEGALES Y REFERENCIAS

A. Autoridades y Bases Legales

Estatutos Federales

- Ley para Alivio en Desastres y Asistencia de Emergencia Robert T. Stafford Public Law 93-288
- Ley de Autorización para Defensa Nacional John Warner
- Directiva Presidencial para Seguridad Patria 5
- Directiva Presidencial para Seguridad Patria 8
- Directiva Presidencial para Seguridad Patria 21
- Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act)
- Acta del Tratamiento Médico de Emergencias y de Trabajo Federal (Emergency Medical Treatment and Labor Act o EMTALA)
- Ley de Emergencia Nacional (50 U.S.C. 1601)

B. Referencias

Documentos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico

- Ley Orgánica del Departamento de Salud: Ley Núm. 81 del 14 de mayo de 1912.
- Ley de la Agencia Estatal de Manejo de Emergencias y Administración de Desastres: Ley 211 del 2 de agosto de 1999.

Planes Locales/Regionales

- Plan Operacional de Manejo de Emergencias Multi-Riesgo del Departamento de Salud 2013-2014.

Documentos Federales

- Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS)
 - Concepto de Operaciones para el Sistema Nacional de Camas de Hospital Disponibles Para Emergencias y Desastres (HAVBED). U.S. Department of Health and Human Services, 2009.
- Departamento de Seguridad Patría (DHS)/Agencia Federal de Manejo de Emergencias (FEMA)
 - Desarrollo y Mantenimiento de los Planes de Emergencia de Gobiernos Estatales, Territoriales, Tribales, y Locales, CPG 101 Noviembre 2010.
 - Lista de Capabilidades Meta, Un acompañante a las Guías de Preparación Nacional, Septiembre 2007.

Sección VI: ADMINISTRACIÓN Y MANTENIMIENTO

A. Mantenimiento del Plan

The Statewide Medical Surge Working Group (SMSWG), en colaboración con otros colaboradores, revisará y hará las recomendaciones y actualizaciones necesarias a este plan.

- Como mínimo, el plan será revisado anualmente y actualizado según sea necesario.
- The SMSWG proveerá insumo y apoyo continuo al plan, incorporando lecciones aprendidas y las mejores prácticas emergentes.
- Este plan será actualizado en respuesta a deficiencias identificadas durante situaciones de emergencias reales y cuando ocurran cambios en la manifestación de amenazas, la disponibilidad de recursos o en infraestructura.
- Este documento también será actualizado a raíz de nuevas guías, requerimientos o información además de por lecciones aprendidas a través de adiestramientos y ejercicios realizados.

B. Adiestramientos

Las agencias y las organizaciones son responsables de: 1) asegurar que el personal posee el nivel de adiestramiento, experiencia, credenciales o capacidad apropiado para cualquier posición que se le asigne ocupar, 2) incluir adiestramiento adicional según sea necesario para asegurar el Cumplimiento con los criterios de NIMS y ICS (o HICS).

C. Ejercicios y Evaluación

Los simulacros locales y estatales, ejercicios de mesa, ejercicios funcionales y ejercicios *full-scale* deben utilizarse periódicamente para ejercitar componentes de este plan. Cualquier agencia que conduzca un ejercicio de este plan, incluyendo una respuesta a un evento real, es responsable de organizar y realizar una evaluación y redactar un Reporte Post-Acción (*After Action Report o AAR*) al concluir el evento o ejercicio.

Un AAR se compone de insumo tanto escrito como verbal de todos los participantes apropiados luego de un evento. Un Plan de Mejoras será desarrollado a base de las deficiencias identificadas, un individuo, departamento, o agencia serán asignados con la asignación de la responsabilidad de corregir la deficiencia y una fecha meta se establecerá para completar esa acción. Copias de esos AAR deben ser sometidas al Statewide Medical Surge Group, con una copia enviada al DSPR y mantenida en línea en la biblioteca de HAvBED.

APÉNDICE A –Lista de Acrónimos en Inglés

AAR	After Action Report
ALS/BLS	Advanced Life Support/Basic Life Support
CBRNE	Chemical, Biological, Radiological, Nuclear and Explosive
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CERT	Community Emergency Response Teams
CERFP	CBRNE Enhance Response Force Packages
PREMA	Puerto Rico Emergency Management Agency
DHHS	Department of Health and Human Services
DHS	Department of Homeland Security
DMAT	Disaster Medical Assistance Teams
DMF	Disaster Medical Facility
DMORT	Disaster Mortuary Operations Response Team
DOD	Department of Defense
DPMU	Disaster Portable Mortuary Units
EMAC	Emergency Management Assistance Compact
EMS	Emergency Medical Services
EMT	Emergency Medical Technicians
EOC	Emergency Operations Center
EOP	Emergency Operations Plans
ESAR-VHP	Emergency System for Advance Registration of Volunteer Health Professionals
ESF	Emergency Support Function
FAQs	Frequently Asked Questions
FBI	Federal Bureau of Investigation
FEMA	Federal Emergency Management Agency
FSAO	Fire Service Alarm Office
GAR	Governor's Authorized Representative
GDOC	Governor's Director of Communications
HAvBED	National Hospital Available Beds for Emergencies and Disasters System

HCQC	Health Compliance & Quality Control
HICS	Hospital Incident Command System
HIPAA	Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996
ICS	Incident Command Systems
IMT	Incident Management Team
JIC	Joint Information Center
OMME	Municipal Emergency Management Office (Oficina Municipal de Manejo de Emergencias)
PRDOHRO	Puerto Rico Department of Health Regional Offices
LTCFs	Long-term Care Facilities
MAA	Mutual Aid Agreement
MDC	Medical Dispatch Center
MOU	Memorandum of Understanding
MRC	Medical Reserve Corps
NDMS	National Disaster Medical System
NIC	National Integration Center
NIMS	National Incident Management System
NIPP	National Infrastructure Protection Plan
NRF	National Response Framework
PRDOH	Puerto Rico Department of Health
NTSB	National Transportation Safety Board
PHEP	Public Health Emergency Preparedness
PIO	Public Information Officer
RAILS	Radio, Internet, Landline Telephone and Fax Satellite Method
SAG	State Adjutant General
SCO	State Coordinating Office
SEOC	State Emergency Operations Center
VSMS	Volunteer and Staff Management System

APÉNDICE B – Definiciones del Sistema HAvBED

El sistema HAvBED está siendo implementado y es apoyado a nivel nacional por el DHHS ya que permite a sus usuarios acceder esta data mundialmente a través del *internet*.¹ Esta herramienta de manejo de información situacional es usada a nivel nacional, regional y local para proveer datos sobre disponibilidad de camas para ayudar a determinar el estrés y las demandas a las organizaciones de cuidado de salud en caso de un evento de expansión médica o una emergencia de salud pública. Cuando les es solicitado, cada estado puede y reporta la información de hospitales individuales al *DHHS*.

En Puerto Rico, el sistema HAvBED es manejado por el DSPR. Este sistema de alerta, rastreo y disponibilidad de camas está disponible a través de toda la isla. Todos los hospitales participan en este sistema protegido por palabra clave y el DSPR también le ha dado acceso a agencias de protección de infraestructura crítica, para incluir agencias de ley y orden y otros colaboradores de respuesta. Esto ha mejorado significativamente el sistema para no solo rastrear la disponibilidad de camas, sino también transmitir información crítica de cuidado de salud durante una emergencia.

El Departamento de Salud provee una variedad de información y rastrea el estatus de recursos críticos a través de una robusta biblioteca dentro del sistema que también provee acceso a información, documentos vitales para la preparación en salud pública, y recursos a incluir en el Plan de Comunicaciones e Información Pública del departamento.

Elementos de Disponibilidad de Camas del HAvBED

Categorías de Camas

- Total de camas con personal
- Camas disponibles actualmente
- Proyección de camas disponibles en 24 horas
- Proyección de camas disponibles en 72 horas

Tipos de Camas

- Unidad de Cuidado Intensivo (ICU)
- Médicas/Quirúrgicas
- Cuidado de Quemaduras
- Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico (PICU)
- Pediátricas
- Psiquiátricas
- Aislamiento de infecciones por vía aérea

¹ *Concept of Operations for the National Hospital Available Beds for Emergencies and Disasters System (HAvBED)*. U.S. Department of Health and Human Services, 2009.

Elementos Clínicos Adicionales

- Salas de Operaciones
- Estatus del Departamento de Emergencias
- Estatus de Descontaminación Masiva
- Disponibilidad de ventilador
- Estatus de la demanda por servicios de cuidado de pacientes dentro de la facilidad
- Estatus de la implementación de la estrategia de expansión
- Anticipación de:
 - Disminución de personal
 - Escasez de suplidos médicos /fármacos
- Estatus de desalojo
- Estatus de utilidades

Definiciones del HAVBED

Facilidad – Es una institución individual que es usada en la mayoría de los casos como una facilidad médica. Esta puede ser una facilidad permanente o temporera. Los tipos de facilidades incluyen: hospitales, sitios de cuidado alternativo básicos, sitios de cuidado alternativo avanzados, clínicas, estaciones médicas federales, *nursing home*/Cuidado extendido, facilidades del Departamento de Defensa, Barcos hospitales, estaciones de cuarentena, refugios e instituciones de salud mental.

Hospitales – Facilidades civiles que rutinariamente proveen cuidado médico con pacientes admitidos.

Camas con personal – Estas son camas que están licenciadas y físicamente disponibles, para las cuales hay un personal disponible para atender al paciente que ocupe la cama. Las camas con personal se contabilizan tanto ocupadas como vacantes.

Disponibles actualmente – Estas son camas que están vacantes y a las cuales pueden asignarse pacientes inmediatamente. Deben incluir espacio de apoyo, equipo, material médico, servicios de apoyo y auxiliares y el personal para operar en circunstancias normales. Estas camas están licenciadas, físicamente disponibles y tienen personal disponible para atender al paciente que la ocupe.

Camas disponibles en 24 horas – Este valor representa un estimado de cuantas camas vacantes (con personal/desocupadas) estarán disponibles en cada categoría para aceptar pacientes en las próximas 24 horas, en adición a las que están listadas como disponibles en el momento.

Camas disponibles en 72 horas – Este valor representa un estimado de cuantas camas vacantes (con personal/desocupadas) estarán disponibles en cada categoría para aceptar pacientes en las próximas 72 horas, en adición a las que están listadas como disponibles en el momento.

APÉNDICE C – Ejemplo de Acuerdo de Ayuda Mutua

(Este documento es un marco de ejemplo para usarse como guía en el desarrollo de y no se intenta que represente un formato mandatorio o que incluya todas las cláusulas potenciales. Este documento está dirigido a meramente servir como guía y debe ser ajustado a las circunstancias y necesidades de las organizaciones).

ACUERDO DE AYUDA Y ASISTENCIA MUTUA INTRAESTATAL PARA DESASTRES Y OTRAS EMERGENCIAS RELACIONADAS

CONSIDERANDO que, la seguridad de los ciudadanos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico es de la mayor importancia para todos los niveles de gobierno estatal y local;

CONSIDERANDO que, _____ y _____ interesan entrar en un Acuerdo de Ayuda y Asistencia Mutua para ser capaces de proveer para compartir recursos, personal, y equipo durante un desastre local u otra emergencia;

CONSIDERANDO que, el estado de Puerto Rico y la Agencia Federal de Manejo de Emergencias han reconocido la importancia del concepto de acuerdos de ayuda mutua por escrito entre todos los niveles de gobierno para facilitar el reembolso de gastos; y

CONSIDERANDO que, de acuerdo a la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, a los municipios se les permite entrar en acuerdos de ayuda mutua, los cuáles pueden incluir provisiones para la adquisición e intercambio de suplidos, equipos, facilidades, personal, y servicios durante un desastre natural o de origen humano y/o cualquier otra emergencia; ahora

POR LO TANTO, las partes concuerdan con lo siguiente:

SECCIÓN I.

DEFINICIONES

- A. “Acuerdo” significará en este documento, el “Acuerdo de Ayuda y Asistencia Mutua Intraestatal para Desastres y Otras Emergencias.”
- B. “Ayuda y Asistencia” incluirá, pero no se limitará a, personal, equipo, facilidades, servicios, suplidos, y otros recursos.
- C. “Representante Autorizado” significará un oficial de una de las partes de este acuerdo que ha sido autorizado por escrito de acuerdo a los términos de este Acuerdo, para solicitar, ofrecer, o proveer asistencia bajo los términos de este Acuerdo.
- D. “Desastre u otra emergencia” significará la ocurrencia o la amenaza inminente de daño amplio o severo, lesiones, pérdida de vida o propiedad resultante de la liberación intencional, accidental o no intencionada de cualquier sustancia o material en cualquier forma o cantidad que represente un

riesgo a la salud, seguridad y la propiedad, incidentes naturales, explosiones, fuegos, colapsos, o cualquier otro incidente que directamente afecte la seguridad pública.

- E. “Proveedores” se refiere a una de las partes de este acuerdo que ha recibido una solicitud para prestar ayuda y asistencia a la parte en necesidad (“Recipiente”).
- F. “Recipiente” se refiere a una de las partes de este acuerdo recibiendo ayuda o asistencia de la otra parte.

SECCIÓN II.

OBLIGACIONES DE LAS PARTES

- A. Provisión de Ayuda y Asistencia – en conformidad con los términos y condiciones establecidas en este Acuerdo, las partes se proveerán la una a la otra con ayuda y asistencia ante la eventualidad de un desastre o emergencia local. Es entendido por ambas partes que la responsabilidad principal de cada parte se debe a sus propios ciudadanos. Este Acuerdo no constituirá la imposición de una obligación absoluta de ninguna de las partes a este acuerdo de proveer ayuda y asistencia tras una solicitud de otra parte. De acuerdo con esto, cuando se haya solicitado ayuda y asistencia, una de las partes puede encontrarse incapaz de responder y por lo tanto deberá informar la situación a la parte solicitante.
- B. Procedimientos para Solicitar Asistencia – Las solicitudes de asistencia deben ser hechas por el Representante Autorizado de una parte al Representante Autorizado de la otra parte. Estas solicitudes deben indicar que se hacen siguiendo lo estipulado en este Acuerdo. Estas solicitudes pueden hacerse por teléfono, pero formalizándose tan pronto sea posible con una confirmación escrita de solicitud.
- C. Designación de Representante Autorizado – Cada parte en este Acuerdo debe designar un Representante Autorizado. Esta designación debe ser comunicada, por escrito, al Oficial Ejecutivo en Jefe (Chief Executive Officer) de la otra parte al momento de ejecutar este Acuerdo. Esta designación puede ser enmendada en cualquier momento por el Oficial Ejecutivo en Jefe (CEO) luego de una notificación oportuna.
- D. Empleados que Viajan – A menos que se especifique de otra manera por el Recipiente o sea acordado entre las partes por escrito, se entiende por ambas partes que el recipiente proveerá la satisfacción de las necesidades de los empleados del Proveedor que necesiten viajar. El Recipiente pagará por todos los gastos razonables del personal del Proveedor, incluyendo, sin limitarse a, gastos de transportación a y desde el área del desastre, comida, y de ser necesario, hospedaje. Si el Recipiente no puede proveer para hospedaje y alimentación en o cerca del área de desastre, deberá informarlo al Proveedor y especificar en su solicitud de asistencia que solo se solicita aquel personal que pueda hacerse cargo de sus propias necesidades.
- E. Supervisión y Control – El Proveedor designará personal supervisor entre sus empleados enviados a prestar ayuda y asistencia al Recipiente. El Recipiente proveerá las credenciales necesarias al

personal del Proveedor autorizándolos a operar en representación del Recipiente. El Recipiente asignará tareas de trabajo al personal de supervisión del Proveedor, y el Recipiente, a menos que se hayan dado instrucciones específicas diferentes, tendrá la responsabilidad de la coordinación con este personal de supervisión. Basándose en estas asignaciones de tareas establecidas por el Recipiente, el personal de supervisión del Proveedor tendrá la autoridad para:

1. Asignar trabajo y establecer itinerarios de trabajo para el personal del Proveedor;
 2. Mantener el registro diario del horario del personal, el inventario de materiales y el registro de tiempo de uso del equipo;
 3. Reportar el progreso del trabajo al Recipiente en intervalos regulares según es especificado por el Recipiente.
- F. Periodo de Servicio; Renovación; Retirada – A menos que sea acordado de otra forma, la duración de la asistencia del Proveedor será por un período inicial de veinticuatro (24) horas, comenzando desde el momento de llegada. De ahí en adelante, la asistencia podrá ser extendida en incrementos acordados por los Representantes Autorizados del Proveedor y el Recipiente. El personal, equipo, y otros recursos del Proveedor quedarán sujetos a ser retirados por el Proveedor para asistir a sus propios ciudadanos si las circunstancias así lo ameritan. El Proveedor debe realizar un esfuerzo de Buena fe para proveer notificación de la intención de terminar la asistencia con al menos ocho (8) horas de anticipación, a menos que dicha notificación no sea posible, en cuyo caso el mayor tiempo de anticipación posible es el esperado.

SECCIÓN III.

REEMBOLSO

- A. Excepto según se describe abajo, se entiende que el Recipiente reembolsará al Proveedor por los siguientes costos y gastos documentados incurridos por el Proveedor como resultado de la prestación de ayuda y asistencia al Recipiente.
1. Personal – Durante el periodo de asistencia, el Proveedor continuará pagándole a sus empleados acorde a las ordenanzas, reglas, regulaciones y acuerdos prevalentes.
 2. Equipo – El Proveedor será reembolsado por el Recipiente por el uso de su equipo durante el periodo de asistencia de acuerdo a las tarifas establecidas por FEMA.
 3. Materiales y Suplidos – El Proveedor será reembolsado por todos los materiales y suplidos provistos por ellos, usados o dañados durante el periodo de asistencia. El Recipiente no será responsable de reembolsar al Proveedor por los costos de daños causados por negligencia crasa, mal uso intencional o mala conducta deliberada, imprudente o temeraria del personal del Proveedor. El personal del Proveedor mostrará cuidado razonable en todo momento en el uso y control de todos los materiales y suplidos usados por ellos durante el periodo de asistencia. Las medidas para el reembolso por materiales y suplidos sera determinado de

acuerdo con las políticas de FEMA y el Estado Libre Asociado de Puerto Rico. De forma alterna las partes pueden acordar por escrito que el Recipiente reemplace los materiales y suplidos usados o dañados, con materiales y suplidos del mismo tipo y calidad.

- B. Documentación – El Recipiente proveerá información, direcciones y asistencia para la documentación del personal del Proveedor; el Proveedor mantendrá comprobantes y facturas para el reembolso.
- C. Facturación y Pago – El Proveedor enviará una facture por los costos reembolsables y los gastos, junto a la documentación apropiada según sea requerido por el Recipiente, tan pronto sea practico luego de incurrir en los gastos pero no más tarde de 45 días después de pasado el periodo de asistencia. El Recipiente pagará la factura, o informará de cualquier desacuerdo con el contenido de la misma antes de 45 días a partir de la fecha de la factura.
- D. Inspección de la Documentación – El Proveedor accede a mantener disponible para auditoria e inspección toda su documentación concerniente a costos y gastos relacionados a la asistencia prestada bajo este Acuerdo según sea solicitada por el Recipiente, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y el gobierno federal, y mantendrá estos registros por al menos siete (7) años después de la fecha final de pago bajo este Acuerdo.

SECCIÓN IV.

EMPLEADOS DEL PROVEEDOR

- A. Derechos y Privilegios – Mientras los empleados del proveedor estén prestando ayuda y asistencia bajo este Acuerdo, estos empleados continuarán siendo responsabilidad del Proveedor and conservarán los mismos poderes, deberes, inmunidades y privilegios que ordinariamente poseerían al desempeñar sus deberes dentro de los límites geográficos del Proveedor.
- B. Compensación de Trabajadores – El Recipiente no será responsable de reembolsar ninguna cantidad pagada o debida como beneficio a los empleados del Proveedor por causa de lesión personal o muerte ocurrida durante el periodo de tiempo que estos empleados dedicaron a la prestación de ayuda y asistencia bajo este Acuerdo. Es de comprensión mutua que el Recipiente y el Proveedor serán responsables por el pago de estos tipos de beneficios de compensación solo a sus propios empleados respectivamente.

SECCIÓN V.

NO DISCRIMINACIÓN

De acuerdo con el Artículo 15 de la Ley Ejecutiva (Ley de los Derechos Humanos) y todas las otras provisiones constitucionales, estatutorias y administrativas locales, Estatales y Federales no discriminatorias, las partes bajo este Acuerdo no discriminarán contra ningún empleado o región para empleo por razón de raza, credo, color, sexo, origen nacional, incapacidad, estatus como Veterano de la Era de Vietnam, o estado civil.

SECCIÓN VI.

HOLD HARMLESS

Según le es permitido por ley, cada parte (como Indemnizador) se compromete a proteger, defender, indemnificar y reconocer a la otra parte como indemnificada, y sus oficinas, empleados y agentes libres de cualquier y toda pérdida, penalidad, daño, evaluación, costos, cargos tarifas profesionales y otros gastos o responsabilidades de cualquier tipo y naturaleza que surjan o se relacionen con reclamaciones, demandas, obligaciones, acciones procedimientos o causas de litigio de todo tipo en conexión con actos, errores, omisiones o negligencia del Indemnizador. Por cuanto la inmunidad no aplica, las partes deben aceptar los riesgos de sus propias acciones, así como las operaciones del día a día y determinar por si mismos que tipo de seguros y por cuanta cantidad debe adquirir. Cada parte entiende y acuerda que cualquier protección obtenida no limitará de ninguna manera la responsabilidad de indemnificar, cuidar y mantener sin daño a las otras partes de este Acuerdo.

SECCIÓN VII.

ENMIENDAS

Este acuerdo puede ser modificado en cualquier momento bajo el consentimiento mutuo y por escrito de las partes. Entidades adicionales pueden convertirse en partes de este Acuerdo ante la aceptación y ejecución de este Acuerdo.

SECCIÓN VIII.

DURACIÓN DEL ACUERDO

- A. Término – Este acuerdo tendrá un término de cinco (5) años desde la fecha de ejecución por las partes, a menos que el Acuerdo sea renovado o terminado según se establece en esta sección.
- B. Renovación – Este Acuerdo puede ser extendido por unos cinco (5) años adicionales según sea acordado por las partes por escrito.
- C. Terminación – Cualquiera de las partes puede dar por terminado este acuerdo luego de treinta (30) días de notificarlo por escrito. La terminación de este Acuerdo no afectará la obligación de cualquiera de las partes de reembolsar a la otra por los costos y gastos por prestar asistencia, incurridos previo a la fecha efectiva de terminación.

SECCIÓN IX.

ENCABEZADOS

Los encabezados de varias secciones y subsecciones de este Acuerdo han sido insertados para referencia conveniente solamente y no se debe entender que modifican, enmiendan, o afectan en forma alguna los términos y provisiones de este Acuerdo.

SECCIÓN X.

SEPARABILIDAD

En caso que cualquier clausula, oración, provisión, párrafo, u otra parte de este Acuerdo sea juzgada por una corte de jurisdicción competente como invalida, ese juicio no afectará, impedirá o invalidará el resto de este Acuerdo. En el evento que las partes de este Acuerdo hayan entrado en otros acuerdos de ayuda y/o asistencia, esas partes aceptan que, mientras una solicitud de ayuda y asistencia se realice bajo los términos de este Acuerdo, esos otros acuerdos de ayuda y asistencia serán secundarios a este Acuerdo.

SECCIÓN XI.

FECHA EFECTIVA

Este acuerdo entrará en efecto por la ejecución de ambas partes.

SECCIÓN XII.

FIRMAS

APÉNDICE D – Memorando de Entendimiento

(Use este modelo como base para formalizar una relación de cooperación con cualquier agencia institución o grupo de servicios ante desastres, y para describir como las organizaciones trabajarán juntas.)

MEMORANDO DE ENTENDIMIENTO

ENTRE

Y

I. PROPÓSITO

Describa las razones para este acuerdo entre las dos partes. *Ejemplo: El propósito de este Memorando de Entendimiento es definir la relación colaborativa entre la Agencia X y la Agencia Y. Este acuerdo clarificará los roles y las responsabilidades colaborativas de las dos agencias con respecto a la respuesta ante desastres.*

II. AUTORIDAD O ESTATUS LEGAL

Provea una cita de la autoridad legal bajo la cual operan las dos agencias y provea las referencias a los documentos según sea apropiado. *Ejemplo: La Agencia X está obligada bajo los estatutos estatales x, w y z a coordinar todos los servicios de desastres que no estén relacionados a la aviación.*

III. ROLES Y RESPONSABILIDADES

Describa en detalle todos los roles y responsabilidades que definen la relación de trabajo entre las dos partes. Esto incluirá cualquier adiestramiento o planificación coordinada relacionada a la preparación ante desastres así como la relación durante un evento.

IV. TERMINOS Y CONDICIONES GENERALES

Esta sección contiene los aspectos del acuerdo relacionados a la ejecución del acuerdo entre las dos partes. Esto puede incluir:

- Avenidas para la revisión periódica,
- Procesos para la cancelación del acuerdo por cualquiera de las partes,
- Procedure for Amendments to the agreement (if any),
- Aseveraciones acerca de responsabilidad legal o jurídica,
- Terminos del acuerdo.

V. FIRMAS

Incluya espacios para firmas y fechas para todas las firmas requeridas por Agencia X y Agencia Y.

APÉNDICE E – Protocolos de Servicios de Emergencias Médicas

Activación de Ambulancia

Cuando un ciudadano sufre una emergencia este activa al sistema de emergencias 9-1-1. Este sistema ofrece sus servicios a toda aquella persona que se encuentre en una situación de riesgo que requiera atención inmediata ya sea de emergencias médicas, policía, bomberos, entre otros. Una vez la llamada de emergencia se registra a través del Sistema de Emergencias 9-1-1 un operador le hará las siguientes preguntas:

- ✓ ¿Cuál es su emergencia?
- ✓ ¿Cuál es la dirección de la emergencia?
- ✓ ¿Cuál es el número de teléfono?
- ✓ ¿Cuál es el nombre del informante.
- ✓ Entre quizás otra serie de preguntas.

Luego esta llamada será dirigida de acuerdo a su localización a los diferentes despachos del CEMPR en sus respectivas zonas. Una vez tomada esta información se despachara la ambulancia más cercana a un radio de 10 minutos. Esta ambulancia puede pertenecer al:

- ✓ Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico (CEMPR)
- ✓ Ambulancia Privada contratada por el CEMPR
- ✓ Respuesta Rápida del CEMPR

Si la ambulancia que llega al lugar de la emergencia (escena) pertenece al Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico o es una Ambulancia Privada contratada por el CEMPR está procederá a:

- ✓ Notificar al despacho su llegada
- ✓ Informar detalles de la condición del paciente y los recursos necesarios si alguno
- ✓ Transportara a la facilidad más cercana

En el caso de que al lugar de la emergencia (escena) llegue una Respuesta Rápida del CEMPR la misma:

- ✓ Evaluará al paciente
- ✓ Referirá el mismo a la ambulancia más cercana y adecuada para el tratamiento de la misma

Mientras la unidad se encuentra de camino a la emergencia (escena) el despachador verifica la siguiente información:

- ✓ Cantidad de pacientes en el lugar de la emergencia (escena)
- ✓ Sexo y edad del paciente
- ✓ Historial médico pasado
- ✓ Tipos de alergias
- ✓ Si es necesario instrucciones pre-arribo

Trasporte Hospitalario

Una vez la ambulancia llega al lugar de la emergencia (escena) se procede a evaluar el paciente para así brindar el tratamiento adecuado y necesario para el mismo. Para luego transportarlo a la facilidad hospitalaria más cercana y que cuente con el equipo necesario para atender al paciente. Una vez tomada la decisión de la facilidad hospitalaria a transportar el paciente es deber del Técnico de Emergencias Médicas indicar al despachador hacia que facilidad hospitalaria se dirige. Este a su vez (el despachador) realizara las gestiones pertinentes con la facilidad hospitalaria para el recibimiento del paciente. Estas gestiones incluyen pero no se limitan a:

- ✓ Llamar a la facilidad hospitalaria e indicar:
 - Sexo
 - Edad
 - Posible impresión diagnóstica
 - Tiempo de llegada al hospital

Paciente no acepta transporte

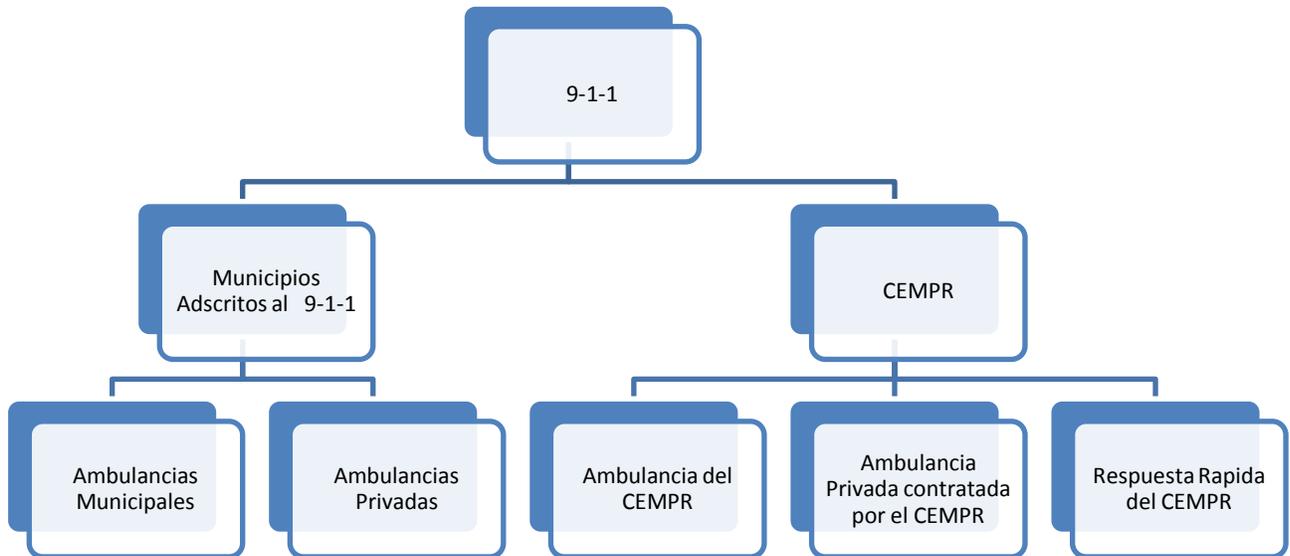
Una vez la ambulancia llega al lugar de la emergencia (escena) y el paciente no acepta el transporte el personal de la ambulancia deberá proceder a

- ✓ indicarlo de inmediato al despacho
- ✓ orientar al paciente, familiar o encargado sobre aquellas posibles complicaciones que podrían surgir
- ✓ brindar hoja de incidente para que el paciente, familiar o encargado y un testigo firmen el relevo de responsabilidad
- ✓ deberá de notificar al supervisor en turno

Trasporte Inter-hospitalario

Como regla general los hospitales cuentan con acuerdos con compañías privadas de ambulancias para realizar transporte de pacientes de una organización a otra. Los elementos más importantes a considerar en este respecto son la comunicación y la información compartida entre el hospital de origen y el receptor, el alineamiento con los servicios primarios a ofrecerse, la disponibilidad de equipo de transporte, el tiempo esperado de arribo y las rutas disponibles y la capacidad del hospital receptor para brindar el servicio prontamente. La participación de los recursos de la Coalición puede ayudar a facilitar estos traslados.

Flujo-grama de Llamadas



RERENCIAS

- Office of the Press Secretary. (2003). Homeland Security Presidential Directive/HSPD-8: National Preparedness. The White House. <http://www.whitehouse.gov/news/releases/2003/12/20031217-6.html>
- U.S. Department of Homeland Security. (2004). National Response Plan. Author.
- U.S. Department of Homeland Security. (2004). National Incident Management System. Author. <http://www.dhs.gov/interweb/assetlibrary/NIMS-90-web.pdf>.
- National Mutual Aid and Resource Management Initiative. (2004). Resource Typing Definitions-I: First 60 Resources. U.S. Department of Homeland Security, Federal Emergency Management Agency. http://www.fema.gov/pdf/preparedness/initial_60_rtd.pdf.
- Occupational Safety and Health Administration. (2002). Hazardous Waste Operations and Emergency Response, 29 CFR1910.120. Author. http://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show_document?p_table=STANDARDS&p_id=9765.
- Occupational Safety and Health Administration. (1992). Medical Personnel Exposed to Patients Contaminated With Hazardous Waste. Standard interpretation. http://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show_document?p_table=INTERPRETATIONS&p_id=20609.
- Occupational Safety and Health Administration. (2005). OSHA Best Practices for Hospital-Based First Receivers of Victims from Mass Casualty Incidents Involving the Release of Hazardous Substances. Author. http://www.osha.gov/dts/osta/bestpractices/html/hospital_firstreceivers.html.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2005). Altered Standards of Care in Mass Casualty Events. AHRQ Publication No. 05-0043. <http://www.ahrq.gov/research/altstand/>.
- Department of Homeland Security, Office for Domestic Preparedness. Metropolitan Medical Response System (MMRS) Program. <http://fema.mmrs.gov>.
- Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, 2006. Model Trauma System Planning and Evaluation, self-assessment tool for States. <http://www.hrsa.gov/trauma/model.html>.