DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD PÚBLICA
NEGOCIADO DE MANEJO DE EMERGENCIAS Y
ADMINISTRACIÓN DE DESASTRES
Comisionado I Nino Correa Filomeno I ncorrea@prema.pr.gov

13 de junio de 2023

CERTIFICACIÓN

Hon. Carlos Mellado López
Secretario
Departamento de Salud

Estimado Secretario:

Le informo que el Plan Operacional de Emergencia (EOP, por sus siglas en inglés) de su Agencia, ha sido evaluado por el Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres (NMEAD). De esta evaluación se determina que el mismo cumple con los requisitos mínimos que establece el "*Comprehensive Preparedness Guide* (CPG 101)", Versión 3, de septiembre 2021.

La certificación de este plan tendrá vigencia de tres (3) años, a partir de la fecha de esta comunicación hasta el 31 de mayo de 2026. No obstante, se realizarán verificaciones al plan anualmente, según surjan cambios y/o necesidades sustanciales que ameriten la revisión de este.

Será requisito para la aprobación del plan realizar al menos un ejercicio de mesa "Table Top" y que se documente el mismo con entrega a NMEAD para poder aprobar el EOP. Una carta de aprobación del Plan podrá ser emitida una vez cumpla con cualquier condición establecida y la entrega al NMEAD de los documentos que evidencien el ejercicio y validación del mismo requisito.

Nuestro Negociado queda a sus órdenes para brindar todo el apoyo y servicios, conforme estén a nuestro alcance. Cualquier información adicional, favor comunicarse al (787) 724-0124.

Cordialmente,

Nino Correa Filomeno
Comisionado Interino

P.O. BOX 194140 | SAN JUAN, PR | 00918 - 4140

787.724.0124 www.manejodeemergencias.pr.gov

Gobierno de Puerto Rico
Negociado para el Manejo de Emergencias
y Administración de Desastres

Certifica que:

Departamento de Salud

Completó su Plan Operacional de Emergencias
y el mismo cumple con el
"Comprehensive Preparedness Guide",
CPG 101 V.3, de septiembre 2021

Dado el martes, 13 de junio de 2023 en San Juan, Puerto Rico
(Este Certificado es válido hasta el 31 de mayo de 2026).

Nino Correa Filomeno
Comisionado

Control: 05-2023-015

Departamento de Salud

Plan Operacional de Emergencias

ESF 8 – Salud Pública y Servicios Médicos

2023-2024

DEPARTAMENTO DE SALUD

24 de mayo de 2023

Centro Médico Norte
Calle Periferial Interior, Bo. Monacillos, San Juan, PR
(787) 765-2929

El Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR) permite a los lectores copiar y distribuir el material en cualquier medio o formato, con fines no comerciales, siempre y cuando se dé atribución a la agencia creadora usando la siguiente cita sugerida:

Cita sugerida: Departamento de Salud. (2023). Plan Operacional de Emergencias, ESF 8 – Salud Pública y Servicios Médicos. Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública. San Juan, Puerto Rico.

Comentario público

El Departamento de Salud de Puerto Rico revisa y actualiza anualmente su Plan Operacional de Emergencias y anejos utilizados en la respuesta a emergencias de salud pública. El DSPR invita a toda la comunidad a proveer comentarios y sugerencias para mejorar el contenido de este documento, a través de la dirección electrónica: prdoheoc@salud.pr.gov

I. Material introductorio

A. Introducción

El Departamento de Salud fue creado de conformidad con lo dispuesto en la Ley Núm. 81 del 14 de marzo de 1912, según enmendada, y elevado a rango constitucional el 25 de julio de 1952, en virtud de lo dispuesto en el Artículo IV, Sección 6 de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Las Secciones 5 y 6 del Artículo IV de la Constitución de Puerto Rico, así como la Ley Núm. 81, *supra*, disponen que el Secretario de Salud será el Jefe del Departamento de Salud y tendrá a su cargo todos los asuntos que por ley se encomienden relacionados con la salud, sanidad y beneficencia pública, excepto aquellos que se relacionen con el servicio de cuarentena marítima.

El Secretario de Salud ejercerá todas funciones que le asigna la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, y la Ley núm. 81 del 14 de marzo de 1912, según enmendada, y todas las leyes vigentes relacionadas con la salud que exigen un sistema de servicios de salud efectivo.

El **Plan Operacional de Emergencias del Departamento de Salud de Puerto Rico** (POE-DSPR) es un plan básico que contempla las estrategias y acciones de preparación, respuesta, recuperación y mitigación, para atender cualquier eventualidad con el potencial de impactar los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental en Puerto Rico.

El POE-DSPR se compone de 7 planes regionales, anejos funcionales y anejos de peligros específicos que detallan métodos y procedimientos que el Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR) sigue durante funciones operacionales críticas en situaciones de emergencias.

Estas estrategias, métodos y procedimientos están enmarcadas en los principios del *Incident Command System* (ICS, por sus siglas en inglés), siguiendo las doctrinas del *National Response Framework* (NRF, por sus siglas en inglés) y *National Incident Management System* (NIMS, por sus siglas en inglés).

La planificación incluida en este documento no implica la totalidad de las acciones requeridas para un incidente de magnitud catastrófica que pueda afectar los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental. Ante un evento de magnitud catastrófica se utilizará como guía el *Puerto Rico All-Hazards Plan* (PRAHP, según sus siglas en inglés), desarrollado mediante colaboración del gobierno federal, estatal y la empresa privada.

B. Documento de promulgación

El Plan Operacional de Emergencias del Departamento de Salud de Puerto Rico (POE-DSPR) ha sido preparado y adaptado de acuerdo a las guías establecidas por el Departamento de Seguridad Nacional (DHS, por sus siglas en inglés), el Departamento de Salud y Servicios Humanos Federal (HHS, por sus siglas en inglés), la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés), la Organización Mundial de la Salud (OMS, por sus siglas en español) y en colaboración con el Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres (NMEAD).

El propósito primordial es proteger la vida de los ciudadanos y asegurar que se brinden los servicios de salud necesarios durante una emergencia o desastre. Además, es responsabilidad del Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR) establecer la organización y los procedimientos operacionales para una prestación rápida y efectiva de los componentes del sistema de salud en Puerto Rico como lo son: salud pública, servicios médicos y salud mental durante situaciones de emergencias y desastres.

Por esta razón, este Plan Operacional de Emergencias entra en efecto inmediatamente bajo el amparo y autoridad que me confieren la Ley Núm. 81 del 14 de mayo de 1912, según enmendada, Ley 20 del 10 de abril de 2017, así como otras leyes y órdenes ejecutivas del Estado. Solicito la participación de todas las Secretarías Auxiliares, Directores de Programa, Directores de Oficina, Supervisores y Directores Regionales del Departamento de Salud, a que cumplan fielmente con los deberes y responsabilidades asignados en este Plan. Además, de sostener y mantener completa coordinación entre sí, con las Coaliciones de Servicios de Salud, las organizaciones gubernamentales, comunidad, organizaciones sin fines de lucro, sector privado, municipios, otras agencias estatales y federales, según lo requiere las Órdenes Presidenciales 5 y 8 (HSPD-5 y HSPD-8).

El DSPR es la agencia líder de la Función de Apoyo de Emergencia 8 (*Emergency Support Function*, ESF 8, por sus siglas en inglés) y será la responsable de cumplir con las funciones de proveer y coordinar la asistencia federal para complementar las ayudas dirigidas a los gobiernos locales y estatales, en respuesta a una situación de emergencia o un desastre, según lo establece el *National Response Framework*. A través de la Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública (OPCRSP), será el enlace con las agencias federales y tendrá la capacidad de activar todos los recursos del DSPR que sean necesarios a través de sus siete (7) oficinas regionales con el propósito de incrementar la capacidad de respuesta.

Las siguientes agencias y organizaciones apoyan al DSPR en el ESF 8: Negociado de la Policía de Puerto Rico; Guardia Nacional de Puerto Rico; Negociado del Cuerpo de Bomberos; Departamento de Agricultura; Junta de Calidad Ambiental; Cruz Roja Americana; Departamento de la Vivienda; Instituto de Ciencias Forenses, Departamento de Educación y Departamento de Justicia.

El Coordinador Interagencial de Manejo de Emergencias del DSPR, o su representante autorizado, estará a cargo del proceso de revisar y actualizar este Plan y discutirlo con el Comité Operacional de Emergencias del Departamento de Salud. Además, coordinará y facilitará los adiestramientos y ejercicios necesarios para medir la efectividad del Plan y garantizar el mantenimiento del mismo.

Por lo tanto, es política pública del Secretario del Departamento de Salud de Puerto Rico, poner a la disposición los recursos humanos, económicos, técnicos y profesionales de la salud para lograr que el Departamento cuente con un Plan efectivo y funcional para minimizar el impacto de los desastres en los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental.

San Juan, Puerto Rico, 24 de mayo de 2023.

Carlos R. Mellado López, MD
Secretario de Salud

C. Aprobación e implementación

El **Plan Operacional de Emergencias del Departamento de Salud de Puerto Rico** (POE-DSPR) provee directrices y herramientas necesarias para establecer una preparación a nivel municipal, regional y estatal con el objetivo de lograr una respuesta adecuada antes, durante y después de una emergencia o desastre que impacte los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental en Puerto Rico. La dirección y el control de este plan estarán dados por el DSPR, a través del Secretario de Salud.

Las estrategias y acciones del POE-DSPR están enmarcadas en los principios del *Incident Command System* (ICS, por sus siglas en inglés), siguiendo las doctrinas del *National Response Framework (*NRF, por sus siglas en inglés) y *National Incident Management System* (NIMS, por sus siglas en inglés). Por lo tanto, la implementación de este Plan requerirá una cooperación extensiva, colaboración e intercambio de información a través de los diferentes sectores involucrados en el cumplimiento del mismo.

Este Plan sustituye los planes anteriores y el mismo incluirá la delegación de autoridad al Coordinador Interagencial de Manejo de Emergencias del DSPR para realizar modificaciones específicas que puedan hacerse al plan sin la firma del Secretario de Salud. Este documento se ha desarrollado según el formato de la *Comprehensive Preparedness Guide (CPG) 101*, versión 3.0 de septiembre de 2021 de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés).

Carlos R. Mellado López, MD
Secretario de Salud

D. Registro de cambios

Todos los cambios que requiera el Plan Operacional de Emergencias del Departamento de Salud de Puerto Rico se llevarán a cabo bajo los procesos establecidos en la Sección IX: Desarrollo y Mantenimiento. Los cambios se detallan en el registro que se presenta a continuación:

Tabla 1: Registro de cambios

Página	Número cambio	Sección	Fecha de entrada	Responsable del cambio
v	2022-01	**Aprobación e Implementación** Este plan fue adaptado a la *Comprehensive Preparedness Guide (CPG) 101,* versión 3.0 de septiembre de 2021 de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés)	Abril 2022	Unidad de Planificación OPCRSP-DSPR
1	2022-02	**I. Introducción** Se incluye el Puerto Rico All-Hazards Plan (PRAHP, según sus siglas en inglés) como referencia oficial del NMEAD	Abril 2022	Unidad de Planificación OPCRSP-DSPR
14	2022-03	**III. Concepto de operaciones** Se añadió el concepto de Líneas de Vida Comunitarias	Abril 2022	Unidad de Planificación OPCRSP-DSPR
37	2023-01	**V. Dirección, control y coordinación** Se añadió la Figura 5: Proceso de activación del personal de emergencias del DSPR.	Marzo 2023	Unidad de Planificación OPCRSP-DSPR
41	2023-02	**V. Dirección, control y coordinación** Actualización de la Figura 9: Coordinación de solicitud de recursos y comunicación	Marzo 2023	Unidad de Planificación OPCRSP-DSPR

Página	Número cambio	Sección	Fecha de entrada	Responsable del cambio
45	2023-03	**VII. Comunicaciones** Se añadió la Tabla 9: Métodos de comunicación	Marzo 2023	Unidad de Planificación OPCRSP-DSPR
63	2023-04	**Apéndice E** Se incluye una descripción más detallada del Centro de Operaciones del Departamento de Salud.	Marzo 2023	Unidad de Planificación OPCRSP-DSPR
79	2023-05	**Apéndice G** Se añadieron ejemplos de estructuras de respuesta del Departamento de Salud, según el tipo de emergencia.	Marzo 2023	Unidad de Planificación OPCRSP-DSPR

E. Registro de distribución

El Plan Operacional de Emergencias del Departamento de Salud de Puerto Rico será distribuido en formato digital a la Oficina del Secretario del Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR) y a todas las Secretarías Auxiliares, Programas, Oficinas, Divisiones y Oficinas Regionales del Departamento de Salud, así como a las Coaliciones de Servicios de Salud. Además, será enviado en formato digital al Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres (NMEAD) para que a su vez lo distribuya a sus zonas y, por consiguiente, a los municipios.

Este Plan está disponible en la página de internet del Departamento de Salud de Puerto Rico: www.salud.gov.pr/preparate

Enviado por correo electrónico a las siguientes dependencias.

Tabla 2: Registro de distribución

Dependencias	Fecha
Oficina del Secretario – DSPR	Junio 2023
Oficina del Subsecretario – DSPR	Junio 2023
Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública – DSPR	Junio 2023
Director Ejecutivo - DSPR	Junio 2023
Principal Oficial de Administración - DSPR	Junio 2023
Comisionado Interino – NMEAD	Junio 2023
Planificación - NMEAD	Junio 2023
Coordinador Interagencial de Manejo de Emergencias – DSPR	Junio 2023
Coordinadores Interagenciales de Zona – DSPR	Junio 2023
Planificación – FEMA	Junio 2023
Oficina de Comunicaciones y Asuntos Públicos – DSPR	Junio 2023
Oficina de Facilidades de Salud - DSPR	Junio 2023
Oficina de Asesores Legales – DSPR	Junio 2023
Oficina de Informática y Avances Tecnológicos – DSPR	Junio 2023

Dependencias	Fecha
Oficina de Recursos Externos – DSPR	Junio 2023
Secretaría Auxiliar de Administración – DSPR	Junio 2023
Oficina de Recursos Humanos y Relaciones Laborales – DSPR	Junio 2023
Oficina de Asuntos Fiscales – DSPR	Junio 2023
Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo – DSPR	Junio 2023
Secretaría Auxiliar de Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud – DSPR	Junio 2023
Secretaría Auxiliar de Salud Ambiental y Laboratorios de Salud Pública – DSPR	Junio 2023
Oficina del Registro Demográfico – DSPR	Junio 2023
Secretaría Auxiliar de Promoción de la Salud – DSPR	Junio 2023
Secretaría Auxiliar de Servicios Médicos y Enfermería – DSPR	Junio 2023
Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud – DSPR	Junio 2023
Oficina del Programa Medicaid – DSPR	Junio 2023
Oficina de la Principal Oficial de Epidemiología – DSPR	Junio 2023
Oficina de Epidemiología e Investigación – DSPR	Junio 2023
Oficina de la Principal Oficial Médico de Salud – DSPR	Junio 2023
Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC, por sus siglas en inglés)	Junio 2023
Comisión para la Prevención del Suicidio	Junio 2023
Director Regional de Aguadilla/Mayagüez – DSPR	Junio 2023
Director Regional de Bayamón – DSPR	Junio 2023
Director Regional de Arecibo – DSPR	Junio 2023
Director Regional de Caguas – DSPR	Junio 2023
Director Regional de Fajardo/Metro – DSPR	Junio 2023
Director Regional de Ponce – DSPR	Junio 2023

Dependencias	Fecha
Junta Reglamentadora de Canabis Medicinal	Junio 2023
Administrador del Negociado del Cuerpo de Emergencias Médicas	Junio 2023
Administrador - ASSMCA	Junio 2023
Director Ejecutivo - ASEM	Junio 2023
Directora Ejecutiva - ASES	Junio 2023
Hospital Universitario de Adultos	Junio 2023
Hospital Pediátrico	Junio 2023
Hospital Dr. Ramón Ruiz Arnau	Junio 2023
Centro Cardiovascular de Puerto Rico y el Caribe	Junio 2023

F. Lista de acrónimos

AAA	Autoridad de Acueductos y Alcantarillado
AAR/IP	*After Action Report/Improvement Plan*
ASES	Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico
ASEM	Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico
ASPR	*Administration for Strategic Preparedness and Response*
ASSMCA	Administración de Servicios de Salud y Contra la Adicción
BCEL	*Biological and Chemical Emergencies Laboratory*
CDT	Centro de Diagnóstico y Tratamiento
COE	Centro de Operaciones de Emergencias
COOP	Continuidad de Operaciones
CPG	*Comprehensive Preparedness Guide*
DHS	*Department of Homeland Security*

DOC	*Department Operations Center*
DS	Departamento de Salud
DSPR	Departamento de Salud de Puerto Rico
EEI	Elementos Esenciales de Información
EMAC	*Emergency Management Assistance Compact*
ESF	*Emergency Support Function*
FEMA	*Federal Emergency Management Agency*
HAvBED	*Hospital Available Beds for Emergencies and Disasters*
HCC	*Health Care Coalitions*
HIPAA	*Health Insurance Portability and Accountability Act*
HSEEP	*Homeland Security Exercise and Evaluation Program*
HHS	*Department of Health and Human Services*
HICS	*Hospital Incident Command System*
HSPD	*Homeland Security Presidential Directive*
IAP	*Incident Action Plan*
ICS	*Incident Command System*
IMT	*Incident Management Team*
JIC	*Joint Information Center*
MRCPR	Medical Reserve Corps of Puerto Rico
NGO	*Non-governmental organization*
NIMS	*National Incident Management System*
NMEAD	Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres
NPS	*National Preparedness System*
NRF	*National Response Frame*
OMS	Organización Mundial de la Salud

OPCRSP	Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública
POE-DSPR	Plan Operacional de Emergencias del Departamento de Salud
PRAHP	*Puerto Rico All-Hazards Plan*
RSS	*Receiving, Staging and Storing*
SARAFS	Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud
SOP	*Standard Operating Procedure*
WIC	*Women, Infants and Children*

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

Tabla de Contenido

I. Material introductorio 3
A. Introducción 3
B. Documento de promulgación 4
C. Aprobación e implementación 6
D. Registro de cambios 7
E. Registro de distribución 9
F. Lista de acrónimos 11
II. Propósito, alcance, situación y supuestos de planificación 17
A. Propósito 17
B. Alcance 17
C. Visión general de la situación 18
1. Análisis de vulnerabilidad y riesgos 19
2. Evaluación de capacidades 20
3. Visión general de mitigación 23
D. Supuestos de planificación 25
III. Concepto de Operaciones 27
A. Activación e implementación del plan 27
B. Fases operacionales 28
C. Desmovilización 30
D. Líneas de vida comunitarias (*Community Lifelines*) 30
IV. Organización y asignación de responsabilidades 34
A. Organización 34
B. Asignación de responsabilidades 34
V. Dirección, control y coordinación 36
A. Activación del personal de emergencia 37
B. Coordinación de recursos 39
C. Coaliciones de servicios de salud 40
VI. Recopilación, análisis y diseminación de información 41

A. Elementos esenciales de información 42
B. Reporte de situación 43
C. Diseminación de la información 44
VII. Comunicaciones 45
VIII. Administración, finanzas y logística 46
A. Administración 46
B. Finanzas 47
C. Logística 47
IX. Desarrollo y mantenimiento 48
A. Adiestramientos y Ejercicios 48
X. Autoridades y referencias 49
A. Autoridades 49
B. Referencias 50
Apéndices 53

Tabla de Apéndices

Apéndice A: Mapa de las siete regiones del Departamento de Salud 55
Apéndice B: Mapa de facilidades de salud por regiones del Departamento de Salud. 57
Apéndice C: Mapa de hospitales portátiles, CHEMPACKS y FMS 59
Apéndice D: Mapa de regiones del Departamento de Salud y zonas del NMEAD 61
Apéndice E: Centro de Operaciones del DS 63
Apéndice F: Sistema de Comando de Incidentes 65
Apéndice G: Estructuras de Respuesta del DS 79

II. Propósito, alcance, situación y supuestos de planificación

A. Propósito

El propósito de este plan es desarrollar las acciones de planificación y preparación, así como los procedimientos y procesos operacionales de respuesta a ser utilizados por el Departamento de Salud de Puerto Rico en anticipación y/o durante una situación de emergencia o desastre que impacte los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental en la isla. El Plan Operacional de Emergencias del DSPR provee las directrices y herramientas necesarias para establecer una preparación a nivel local, regional y estatal con el objetivo de lograr una respuesta adecuada antes, durante y después de un incidente.

Para cumplir con este propósito el documento será compartido con los gobiernos locales (municipios) a través de los Directores de Zona del Negociado para el NMEAD; Gobiernos Estatal y Federal; las agencias y departamentos que apoyan las acciones del ESF 8 – Salud Pública y Servicios Médicos; el sector privado y las Organizaciones No Gubernamentales (NGOs, según sus siglas en inglés) que desempeñen un rol en la respuesta a cualquier incidente.

B. Alcance

El Secretario de Salud y/o su representante autorizado será la persona responsable de activar este Plan ante una emergencia o desastre que impacte los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental afectando la salud de los individuos en Puerto Rico. Una vez se determine la activación de este plan, el mismo aplica al DSPR incluyendo: todo su personal y dependencias a nivel central, así como a través de las siete (7) Regiones de Salud en las que se encuentra organizado (ver **Apéndice A**). También aplica a los siguientes colaboradores: las agencias y departamentos que apoyan las acciones del ESF 8 – Salud Pública y Servicios Médicos; todas las facilidades de salud de la isla (tanto públicas como privadas); socios del sector privado; y, voluntarios que asisten ante cualquier eventualidad de emergencia o desastre que se suscite en Puerto Rico.

De la misma manera, las estipulaciones aquí establecidas aplican al público general en cualquier territorio de la jurisdicción de Puerto Rico. Esto incluye: la isla municipio de Vieques; la isla municipio de Culebra; las islas de Mona y Monito; y todas las demás islas, islotes y cayos donde la Constitución de Puerto Rico tiene poder jurídico.

Este plan no contempla incidentes cuyas consecuencias sean de carácter catastrófico. Para incidentes de esa magnitud se utilizará el *Puerto Rico All-*

Hazards Plan, que describe los procedimientos y conceptos operacionales bajo circunstancias catastróficas.

C. Visión general de la situación

Puerto Rico es un territorio no incorporado a Estados Unidos formado por una isla principal y una serie de islotes e islas más pequeñas, dos de las cuales, Vieques y Culebra, están habitadas y ubicadas en el Caribe. La isla principal se ubica en las coordenadas 18° 29′ 0″ Norte, y 66° 8′ 0″ Oeste, mide aproximadamente 3,514 millas cuadradas y se divide en 78 municipios.

Según el Censo del 2020, Puerto Rico tiene una población de 3,285,874 personas con una mediana de edad de 42.4 años. El 52.5% de la población son mujeres y el 47.5 %, hombres. Dentro de esta distribución, 130,964 (4%) son niños menores de 5 años y 667,206 (20.5%) son personas mayores de 65 años.

Entre las poblaciones vulnerables en la isla, 129,675 (36%) son mujeres jefas de familia, 219,775 (6.8%) son personas que no tienen cubierta médica, y 693,257 (21.5%) son parte de la población no institucionalizada con discapacidad.

Tabla 3: Perfil sociodemográfico de Puerto Rico

Población: habitantes[1]	**3,311,274**
Mediana Ingreso del hogar: dólares	**$21,967**
Nivel de pobreza	**42.7%**
Niños menores de 5 años	**122,415 (3.7%)**
Jóvenes menores de 18 años	**597,277 (18.0%)**
Personas de 65 años o más	**703,925 (21.3%)**
Mediana de edad	**43.1**
Mujeres jefas de familia	**667,555 (55.8%)**
Cobertura de seguro médico[2]	**3,061,778 (93.2%)**
Cobertura de seguro médico privado[2]	**1,266,267 (38.5%)**
Cobertura de seguro médico público[2]	**2,020,115 (61.5%)**
Personas sin seguro médico[2]	**224,038 (6.8%)**
Población no institucionalizada con discapacidad	**713,369 (21.7%)**

[1] Oficina del Censo de EE. UU.: Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense, Estimaciones de 5 años 2017-2021.
[2] Población puede pertenecer a más de una categoría. Categorías no son mutuamente excluyentes.

Puerto Rico es vulnerable a diversos peligros, de origen natural o generado por el ser humano, que podrían afectar los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental.

Estos peligros fueron determinados a través de la actualización del Análisis de Amenazas, Vulnerabilidad y Riesgos de los Sistemas de Salud Pública, Servicios Médicos y Salud Mental de Puerto Rico: 2018-2022. Este análisis fue realizado utilizando el *Hazard Risk Assessment Instrument* (HRAI, por sus siglas en inglés) diseñado por el Centro de Salud Pública y Desastres de la Universidad de Los Ángeles en California. Esta herramienta permite realizar un análisis de riesgo para cada amenaza, considerando la probabilidad de que ésta ocurra y la vulnerabilidad del sistema en su capacidad para responder a la severidad de las consecuencias.

1. Análisis de vulnerabilidad y riesgos

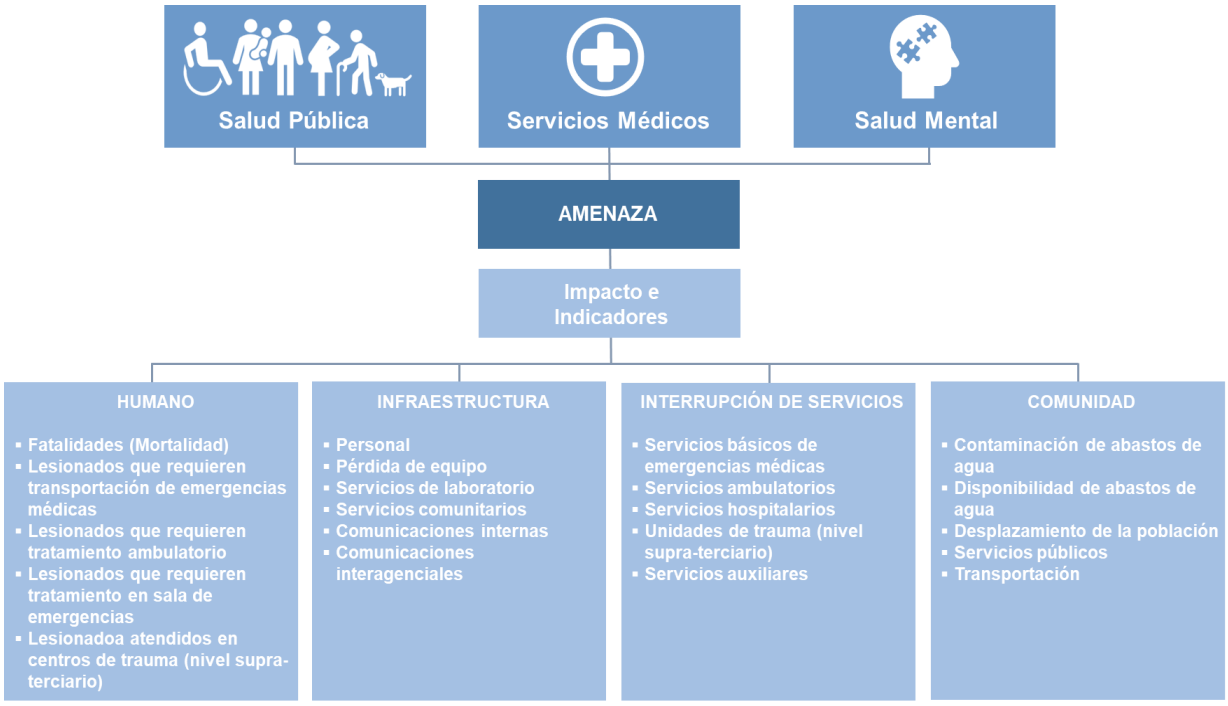
La evaluación e identificación de las amenazas que tienen el potencial de generar emergencias y desastres es un ejercicio fundamental para la planificación y preparación de los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental. En este proceso se identificaron aquellas con una mayor probabilidad de ocurrencia en Puerto Rico durante el período de 5 años que comprende el análisis. Al mismo tiempo, se consideraron aquellas que, aunque con una menor probabilidad de ocurrencia, podrían tener un impacto significativo en la salud pública.

El análisis realizado determinó que las amenazas con mayor probabilidad de ocurrencia y de mayor severidad son las siguientes:

- Huracán
- Pandemia de influenza
- Terremoto
- Enfermedades arbovirales
- Polvo del Sahara.

Esta evaluación, a su vez, incluyó la determinación de la severidad de las consecuencias considerando los siguientes impactos: humano; interrupción de los servicios de salud; comunidad; e infraestructura de salud pública. Cada uno de estos aspectos se examina con relación a indicadores particulares que permiten evaluar las consecuencias de eventos devastadores en los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental. La **Figura 1** presenta los indicadores evaluados para desarrollar el análisis de peligros.

Figura 1: Análisis de peligros basados en la amenaza, impacto e indicadores para los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental.



2. Evaluación de capacidades

El proceso de la evaluación de capacidades se realiza a través del Análisis de Amenazas, Vulnerabilidad y Riesgos de los Sistemas de Salud Pública, Servicios Médicos y Salud Mental de Puerto Rico: 2018-2022. En esta evaluación se toma en consideración la población con necesidades de acceso y funcionales (ver **Anejo Funcional: Poblaciones con Necesidades de Acceso y Funcionales**) y los recursos disponibles en todos los niveles a través de las siete regiones de Salud. También incluye el inventario de recursos de salud pública, servicios médicos y salud mental que existen en Puerto Rico.

La **Tabla 4** presenta el perfil para Puerto Rico, el cual se desarrolló basado en la información disponible al momento de realizar el análisis.

Tabla 4: Perfil de los principales recursos de salud en Puerto Rico (marzo 2023).

Servicios Médicos	Hospitales	**68**
	Camas de hospital autorizadas	**13,469**
	Camas de hospital activas	**10,164**
	Camas en salas de operaciones	**263**
	Cuartos de aislamiento (presión negativa)	**539**
	Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT)	**128**
	Centros de salud primaria (Centros 330)	**84**
	Centros Regionales de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs)	**7**
	Centros Transicionales de Servicios (CTS)	**7**
	Clínicas/Unidades de diálisis[1]	**52**
	Bancos de sangre	**10**
	Hospitales psiquiátricos	**8**
	Centros de salud mental	**71**
	Farmacias[2]	**1,281**
	Laboratorios	**880**
	Ambulancias[3]	**1,007**
	Proveedores primarios	**5,700**
	Ventiladores	**1,238**
Refugios	Cantidad de refugios[4]	**355**
	Capacidad de refugios	**41,524**
Manejo de Mortalidad en Masa	Cantidad de morgues	**67**
	Capacidad de las morgues[5]	**588**
	Funerarias	**253**
	Cementerios	**220**
	Crematorios	**12**

[1] 47 unidades de diálisis más 5 facilidades hospitalarias: Hospital Metropolitano, Hospital Auxilio Mutuo, Hospital Universitario, Hospital Pediátrico y Hospital de Veteranos.
[2] Del total de farmacias, sobre 800 son farmacias de comunidad.
[3] 178 ambulancias municipales, 115 estatales y 714 privadas.
[4] Datos del Departamento de la Vivienda 2023: 355 refugios (294 son escuelas, 61 otras instalaciones). Capacidad: 41,524.
[5] 288 espacios en los hospitales con capacidad de expansión. En caso de una fatalidad masiva el Instituto de Ciencias Forense cuenta con espacio para manejar hasta 300 cadáveres.

Actualmente en Puerto Rico existen, aproximadamente, 300 facilidades de servicios de salud incluyendo instalaciones de salud mental, a través de las cuales se proveen la mayoría de los servicios y atención médica a la población. El sistema de servicios de salud en Puerto Rico cuenta con 68 hospitales y 128 CDTs licenciados por SARAFS, además de 52 clínicas de diálisis y 84 Centros de Salud Primaria 330, de los cuales 23 son incluidos en el listado de CDTs (ver **Apéndice B**).

Durante emergencias, el Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR) es responsable de vigilar por la continuidad de los servicios a la población. Para ello, se llevó a cabo un análisis de los datos de las facilidades, y las mismas fueron clasificadas de la siguiente manera:

- **71 facilidades hospitalarias bajo emergencia**: 68 hospitales y 3 facilidades adicionales (Centro de Salud Susana Centeno de Vieques, Centro de Salud Familiar Menonita de Culebra y Multy Medical Facility Corp. Este último es clasificado como hospital por CMS aunque no así por SARAFS).
- **128 CDTs bajo emergencia**: Incluye las facilidades licenciadas como CDTs por SARAFS que no forman parte de la red de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado.
- **61 FQHC (Centros de Salud Primaria 330)**: Centros de salud primaria que no cuentan con una licencia de SARAFS.
- **52 clínicas de diálisis**, de las cuales 5 se encuentran ubicadas dentro de la infraestructura de un hospital (Hospital Metropolitano, Hospital Auxilio Mutuo, Hospital Universitario Dr. Ramón Ruiz Arnau, Hospital Pediátrico y Hospital de Veteranos).
- 11 CDTs de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado
- 20 hospitales con servicio de diálisis para pacientes de la facilidad.

En Puerto Rico existen 8 hospitales psiquiátricos y 4 hospitales generales que ofrecen servicios de salud tanto física y salud mental. Alrededor de todo Puerto Rico hay muchos centros, clínicas, hogares y facilidades que proveen servicios de tratamiento por abuso de sustancias. A continuación, se mencionan algunos de ellos: 12 centros de detox, 13 salas estabilizadoras, 13 clínicas de Tratamiento Integral Asistido de Medicamentos por opiáceos, de las cuales 4 son móviles, 25 centros de buprenorfina, 2 centros de rehabilitación psicosocial y 13 Programas de *Drug Court*.

Además, Puerto Rico cuenta con 18 clínicas de APS Healthcare y 71 centros de salud mental divididos de la siguiente manera: 5 centros ambulatorios, 1 centro de recuperación (Vida Independiente), 13 programas de prevención y 52 residenciales.

En esta evaluación de capacidades también se consideran las Coaliciones de Servicios de Salud, cuya misión es preparar el sector de servicios de salud de las siete regiones del Departamento de Salud. Para tales efectos, la Coalición de Servicios de Salud cuenta con la participación de diferentes agencias públicas y privadas que son parte integral de la respuesta durante una emergencia en salud pública: hospitales (públicos y privados), centros de servicios médicos y emergencias, centros de diálisis, agencias de Salud en el hogar, proveedores de Salud Mental y laboratorios. Además, las Coaliciones cuentan con el apoyo de agencias de primera respuesta incluyendo el Negociado del Cuerpo de Emergencias Médicas, NMEAD, Oficinas Municipales para el Manejo de Emergencias y agencias de ambulancias privadas.

3. Visión general de mitigación

Una emergencia en salud pública representa un reto para los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental. Este tipo de emergencias pueden ocasionar daños a la infraestructura, cambios en el ambiente, estrés psicológico y provocar un aumento de enfermedades transmisibles, entre otros.

Ante ese panorama es imprescindible poder identificar estrategias que permitan mitigar el potencial impacto generado por la emergencia, particularmente en aquellos aspectos que podrían generar una mayor disrupción en el bienestar de la población (ver **Apéndice C**).

a. Sistemas de Vigilancia Epidemiológica

Tienen como misión proteger la salud de las personas mediante la caracterización epidemiológica de las enfermedades transmisibles y no transmisibles de mayor impacto en Puerto Rico, a través de la recolección e interpretación sistemática de dichos datos. Su objetivo debe ser detectar la epidemia a la mayor brevedad posible para controlar la propagación de la enfermedad entre las poblaciones a riesgo.

b. Hospitales portátiles (Mobile field hospitals)

Los hospitales portátiles, comúnmente conocidos y nombrados por su marca como *Western Shelter*™, son un recurso viable para apoyar el desarrollo de operaciones pertinentes a los servicios médicos.

c. Despacho de medicamentos y/o vacunación

El Departamento de Salud ha desarrollado acuerdos alrededor de la isla con varias instalaciones públicas y privadas conocidas como puntos de dispensación (PODs, por sus siglas en ingles). Los PODs son unos centros de despacho de medicamentos y/o vacunación que se utilizarán para garantizar a la población el acceso a estas contramedidas médicas durante una emergencia de salud pública. Existen tres modalidades para el despacho de medicamentos y/o vacunación:

- Open POD: Facilidades públicas donde la población en general acudirá en caso de una emergencia en salud pública para recibir su medicamento o vacuna para prevenir la enfermedad. Algunas de estas facilidades incluyen: coliseos, canchas, escuelas, centros comunales, iglesias, etc.
- Servi Carro: Estacionamientos amplios utilizados como Open PODs para el despacho masivo de medicamentos como profilaxis o administración de vacunas a la población general.
- Closed POD: Facilidades privadas para el despacho de medicamentos como profilaxis o vacunas a sus empleados y familiares con el propósito de mantener la continuidad de operaciones a través de la protección de la salud y la vida de los empleados. Algunas de estas facilidades incluyen: égidas, hogares de personas de edad avanzada, hospitales, universidades, entre otras.

d. CHEMPACKS

El programa CHEMPACK comenzó como una iniciativa de la División del *Strategic National Stockpile* (SNS) de los CDC en 1983, antes de que la supervisión y el control operacional del SNS y CHEMPACK pasaran a la Administración para la Preparación y Respuesta Estratégica (ASPR, por sus siglas en inglés) a principios de 2018. Esta estrategia de respuesta proporciona antídotos para agentes nerviosos, los cuales son pre-posicionados por el programa CHEMPACK de Estados Unidos y el Departamento de Salud de Puerto Rico. Chempack se concibe como una capacidad integral para el uso eficaz de contramedidas médicas en caso de un ataque contra civiles con agentes nerviosos.

e. FMS (*Federal Medical Station*)

Es una estrategia federal diseñada para proveer apoyo a la infraestructura de salud de los estados y territorios de Estados Unidos ante incidentes de víctimas en masa y posibles amenazas para la salud

pública. Los *Federal Medical Station* son "hospitales temporeros", para atender casos no críticos, que se ubican en facilidades identificadas para aliviar el aumento de capacidad de camas de los hospitales después de un desastre. También sirven de refugio para personas con condiciones no agudas y provee materiales para apoyar las operaciones de una estación de cuarentena.

D. Supuestos de planificación

Para poder cumplir con la planificación establecida en este documento, el mismo está basado en los supuestos de planificación presentados a continuación:

- Una emergencia en salud pública es un acontecimiento multijurisdiccional y multidisciplinario que requerirá la participación e integración de organismos a nivel municipal, estatal y federal, así como organizaciones sin fines de lucro y el sector privado.
- El DSPR asume que cuenta con los recursos necesarios para salvaguardar la vida, la propiedad y el medio ambiente ante una emergencia o desastre a fin de continuar ofreciendo los servicios a la ciudadanía como nuestra responsabilidad básica y primordial.
- El DSPR tendrá la capacidad de operar de forma continua por 72 horas sin apoyo externo o del próximo nivel jurisdiccional.
- Las capacidades locales, regionales y estatales pueden ser o no ser suficientes para responder a una emergencia o desastre con consecuencias en los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental.
- Este plan tiene el diseño y funcionalidad para ser utilizado mediante Procedimientos Estándares de Operación (SOPs, por sus siglas en inglés), que se implementarán para operacionalizar el sistema de salud.
- Las operaciones de respuesta, recuperación y mitigación estarán enmarcadas en los principios del ICS, siguiendo las doctrinas del NIMS y el NRF.
- La falta de una estructura de respuesta, acuerdos colaborativos y una coordinación eficiente y efectiva por parte de todos los organismos gubernamentales, basada en el NIMS y el NRF, podría dilatar las ayudas requeridas de parte del Gobierno Estatal al Gobierno Federal.
- Cada uno de los empleados[1] del DSPR tiene una responsabilidad y/o función asignada al ponerse en efecto este plan.

[1] Empleados regulares y transitorios, contratistas y personal contratado a través de Manpower.

- Los funcionarios del DSPR pueden convertirse en víctimas durante una emergencia o desastre, lo que podría generar una situación que afecte la disponibilidad de los recursos humanos necesarios.
- Las consecuencias de un evento catastrófico a gran escala podrían generar víctimas y fatalidades en masa, desalojo de pacientes, un aumento significativo de servicios de salud mental, enfermedades infecciosas y/o exposición a armas de destrucción masiva (WMD, por sus siglas en inglés), entre otras incidencias, que provocarán una alteración en los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental. La magnitud del impacto en cualquiera de los elementos antes mencionados requerirá la activación de los recursos federales.
- La capacidad de los hospitales puede verse afectada, limitando así los servicios médicos necesarios durante la emergencia.
- Las facilidades de tratamientos médicos primarios que estén afectadas o inoperables requerirán el apoyo del estado.
- Una emergencia en salud pública es un acontecimiento multijurisdiccional y multidisciplinario que requerirá la participación e integración de organismos a nivel municipal, estatal y federal, así como organizaciones sin fines de lucro y el sector privado.
- La ocurrencia natural y/o la propagación de un agente altamente infeccioso podría escalar a una emergencia en salud pública con dimensiones catastróficas.
- Los servicios de salud pública y las actividades rutinarias de la comunidad pueden verse afectados ante las consecuencias de la emergencia y el riesgo que pueda representar su implementación para los trabajadores y los individuos.
- Los ciudadanos seguirán las medidas de protección y prevención recomendadas por las autoridades de salud.
- Un incidente catastrófico o de índole terrorista puede implicar el daño o la interrupción de los sistemas de telecomunicaciones.
- El impacto de una emergencia o desastre a la infraestructura podría provocar la interrupción de los servicios esenciales a la comunidad, poniendo en peligro la salud y la seguridad de la población.
- Las interrupciones de operaciones de respuesta de emergencia podrían tener como resultado pérdidas económicas substanciales.

- El apoyo de entidades privadas en situaciones de emergencias en Puerto Rico podría requerir Acuerdos de Colaboración y Ayuda Mutua.
- La planificación incluida en este documento no implica la totalidad de las acciones requeridas para un incidente de magnitud catastrófica. Para incidentes de esa magnitud se utilizará como guía el *Puerto Rico All-Hazards Plan*.

III. Concepto de Operaciones

El Plan Operacional de Emergencias del DSPR es el documento guía para las acciones a implementar ante emergencias y desastres en Puerto Rico que impacten los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental. Los esfuerzos de respuesta del DSPR se canalizan a través de las siete (7) Regiones de Salud que comprenden la agencia y las 10 Zonas Operacionales del NMEAD (ver **Apéndice D**). La activación parcial o total tanto de las regiones del Departamento de Salud como de las Zonas Operaciones del NMEAD dependerá de la magnitud de la emergencia. Este plan establece los procedimientos a seguir por el personal del DSPR de manera que puedan realizar sus funciones efectivamente, antes, durante y después de una emergencia y/o desastre.

A. Activación e implementación del plan

El Plan Operacional de Emergencias del DSPR se activará bajo la instrucción y dirección del Secretario de Salud del DSPR o de un representante autorizado. En el caso de no estar disponible el Secretario del DSPR o su representante autorizado se implementará el siguiente orden de sucesión:

- Subsecretario de Salud
- Principal Oficial de Administración
- *Chief of Staff*

Para garantizar la implementación de las acciones de respuesta del DSPR, el **Apéndice B** del **Anejo Funcional: Continuidad de Operaciones (COOP)** incluye las funciones esenciales de otros programas, secretarías, oficinas y regiones de salud del Departamento de Salud, así como el orden de sucesión y la facilidad alterna disponible, que asegure la continuidad de operaciones en dichas instalaciones.

La implementación de este plan se llevará a cabo siguiendo las doctrinas del NIMS haciendo uso del ICS, que será determinado según la respuesta requerida para el evento, tal como se detalla en la sección V de este documento. A estos fines, el Departamento de Salud establecerá tres niveles de activación (ver

Tabla 5) que apoyarán las operaciones de respuesta durante una emergencia o desastre.

Tabla 5: Niveles de activación del Departamento de Salud.

Nivel	Acciones de Respuesta
Nivel 3	**Primaria:** ▪ La amplitud y la intensidad del evento se pueden manejar con una respuesta única de recursos. No se requiere la activación del ICS. Ejemplo: brote de influenza en un salón de clases.
Nivel 2	**Parcial:** ▪ El alcance y consecuencias del evento requieren apoyo de otros Programas y Regiones del DSPR. De ser activados de una (1) a tres (3) de las Regiones del DSPR y/o Zonas Operacionales del NMEAD, se considerará una Activación Parcial. ▪ Se podrían activar los Acuerdos de Ayuda Mutua y se podría notificar a las agencias estatales y entidades privadas, Coaliciones Regionales de Servicios de Salud, entre otros socios. ▪ Se debe activar el ICS/HICS y se debe desarrollar un *Incident Action Plan (*Periodo Operacional de 12 a 24 horas).
Nivel 1	**Completa:** ▪ El evento requiere apoyo de todos los componentes del DSPR. De ser activadas cuatro (4) o más de las Regiones del DSPR y/o Zonas Operacionales del NMEAD, se considerará una Activación Completa. ▪ El estado puede involucrarse e inclusive puede llegar ayuda federal. ▪ Los servicios no esenciales del DSPR pueden verse afectados o interrumpidos. ▪ Se deben activar todas las posiciones del ICS/HICS y se desarrollará el *Incident Action Plan*.

B. Fases operacionales

El DSPR al momento de una emergencia apoyará el Plan de Operacional de Emergencias del Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres (NMEAD) a través de la Función de Apoyo de Emergencia 8 -

Salud Pública y Servicios Médicos. Este apoyo se realiza mediante la representación del Departamento de Salud en el Centro de Operaciones de Emergencia (COE) Central y en las Zonas Operacionales del NMEAD con el objetivo de facilitar las coordinaciones de los recursos de salud necesarios para el bienestar de los ciudadanos.

Así mismo, el DSPR cuenta con un Centro de Operaciones (*Department Operations Center*, DOC por sus siglas en inglés) como punto de coordinación de los recursos de la agencia durante incidentes y eventos planificados (ver **Apéndice E**).

Para poder llevar a cabo las acciones correspondientes se utilizarán cuatro fases operacionales: Preparación, Respuesta, Recuperación y mitigación.

Tabla 6: Fases operacionales.

Fase	Acciones a Implementar
Fase 1 **Preparación**	Durante la etapa de preparación se realiza la revisión y actualización de documentos que apoyen la respuesta durante una emergencia que afecte la salud pública. En el caso de amenazas que se puedan anticipar, como tormenta o huracanes, esta fase permite un periodo aproximado de hasta 120 horas o 5 días previos para ejecutar las acciones pertinentes hasta la ocurrencia del evento (ver **Anejo de Peligros Específicos: Tormentas y Huracanes**). Es indispensable la realización de adiestramientos y ejercicios en esta etapa, ya que proveen las herramientas necesarias a los individuos que pudieran participar en la respuesta y les permite practicar las destrezas, habilidades y el conocimiento obtenido mediante actividades y escenarios creados en base a los planes existentes. En dichos adiestramientos y ejercicios participa personal del DSPR, de las agencias de apoyo al ESF8, profesionales de la salud, personal de organizaciones sin fines de lucro y del sector privado, así como voluntarios profesionales de la salud (ver **Anejo Funcional: Manejo de Voluntarios**).
Fase 2 **Respuesta**	En la fase de respuesta se atienden todas las acciones necesarias para manejar las consecuencias provocadas por el evento o emergencia. Dichas acciones se implementan a partir de la ocurrencia del evento en la medida que las condiciones así lo permitan, siempre cuidando por la salud y seguridad de los respondedores. Esta fase se extiende usualmente hasta los 30 días luego de la

Fase	Acciones a Implementar
	ocurrencia del evento. Este periodo estará determinado por la magnitud de las consecuencias experimentadas por el evento.
Fase 3 **Recuperación**	La fase de recuperación se anticipa que inicie 30 días luego de la ocurrencia del evento. En esta fase se atienden todos los elementos relacionados a llevar las operaciones a un nivel similar o mejor al que se encontraba previo al evento (ver **Anejo Funcional: Recuperación).** Uno de los componentes medulares para el DSPR es poder restablecer los elementos correspondientes a la infraestructura crítica que mantienen los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental en Puerto Rico.
Fase 4 **Mitigación**	La mitigación atiende todas aquellas actividades encaminadas a eliminar o reducir el impacto y la posibilidad de que ocurra una emergencia o desastre mayor en aspectos relacionados a la salud pública y los servicios médicos.

C. Desmovilización

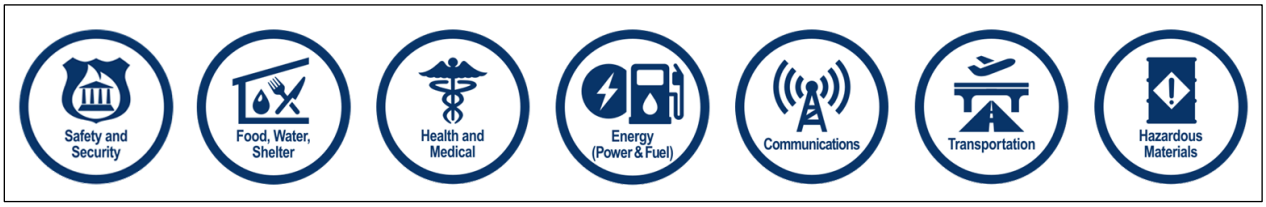
La desmovilización se define como el retorno de los recursos desplegados, para atender una emergencia o incidente, de manera segura, ordenada y eficiente a su estado original. El proceso de desmovilización de los recursos que no sean necesarios mientras la emergencia progresa comienza desde el primer momento de la etapa de respuesta a un evento (ver **Anejo Funcional: Desmovilización)**.

D. Líneas de vida comunitarias (*Community Lifelines*)

El concepto de Líneas de Vida Comunitarias (*Community Lifelines* en inglés) se utiliza como marco de referencia para planificar y organizar las operaciones de respuesta que nos dirigen a reestablecer los servicios esenciales para la comunidad y las herramientas necesarias para la estabilización de la salud pública, servicios médicos y la salud mental. Cada línea de vida (ver **Figura 2**) se compone de múltiples componentes y subcomponentes que ayudan a definir los servicios que forman parte de ella y que varían de un incidente a otro y que pueden incluso cambiar durante la fase de respuesta.

Los componentes representan el alcance general de los servicios que se brindan para salvar la vida y propiedad, y los subcomponentes dictan funciones que están destinadas a la prestación de servicios a la comunidad.

Figura 2: *Community lifelines*



El DSPR es responsable de la línea de vida *Health and Medical* (ver **Figura 3**), la cual envuelve cinco (5) componentes principales y los subcomponentes que apoyan la gestión de todos los servicios que son destinados para la salud pública, los servicios médicos y la salud mental durante un incidente.

El Departamento de Salud también apoya activamente otros componentes de diferentes *Community Lifelines* que se presentan en la **Figura 4**.

Figura 3: Línea de vida "Salud y Servicios Médicos".

Salud y Servicios Médicos
Componentes y subcomponentes

Servicios Médicos

- Hospitales
- Diálisis
- Farmacias
- Facilidades de cuidado prolongado
- Sistema de Salud de Veteranos
- Servicios veterinarios
- Cuidado en el Hogar

Salud Pública

- Vigilancia epidemiológica
- Laboratorio
- Orientación clínica
- Inspecciones y certificaciones
- Servicios humanos
- Salud mental

Traslado de Pacientes

- Servicios médicos de emergencia

Manejo de Fatalidades

- Servicios mortuarios*

***** La responsabilidad principal de servicios mortuarios recae sobre el Negociado de Ciencias Forenses.

Suplidos Médicos

- Sangre
- Manufactura
  - Farmacéutica
  - Dispositivos médicos
  - Gases médicos

Figura 4. Apoyo del DSPR a otros *Community Lifelines*.

Community Lifeline	Componente
Salud y Seguridad Ocupacional	**Salud y Seguridad Ocupacional** ▪ Recomendaciones del tipo de equipo de protección personal que se requiere utilizar durante la emergencia ▪ Proveer apoyo en la identificación de riesgos que puedan estar expuestos los respondedores ▪ Controlar o eliminar aquellos factores del medio ambiente que representan un riesgo para la salud de los residentes de Puerto Rico
Alimentos, Agua, Refugios	**Refugios** ▪ Certificar e inspeccionar los refugios ▪ Suplido de Primeros Auxilios (botiquín) ▪ Vigilancia Epidemiológica: detectar y controlar brotes que amenacen la salud de las personas en los refugios ▪ Inspecciones para identificar factores de riesgo de presencia de vectores como mosquitos, moscas, cucarachas y roedores para prevenir transmisión de enfermedades ▪ Fumigación para moscas y mosquitos en el exterior ▪ Identificar casos con problemas de salud mental y coordinar los servicios requeridos ▪ Programa WIC: ofrecer continuidad en los servicios de los participantes y evaluar solicitantes potencialmente elegibles ▪ Asistencia a personas sobrevivientes de agresión sexual y/o violencia doméstica ▪ Voluntarios profesionales de la salud del Cuerpo de Reserva Médica de Puerto Rico (MRCPR) realizan evaluaciones clínicas según solicitado por el refugio ▪ Apoyo al Negociado del Cuerpo de Emergencias Médicas de Puerto Rico (NCEMPR) en la coordinación de traslado médico **Alimentos** ▪ Almacenaje de alimentos ▪ Certificar procedencia de alimentos

Community Lifeline	Componente
	▪ Inspeccionar las facilidades donde se preparan los alimentos ▪ Verificar manejo y seguridad de los alimentos ▪ Investigación de brotes por intoxicación alimentaria ▪ Inspeccionar lugares dónde se preparan alimentos ▪ Inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria **Agua** ▪ Inspección, monitoreo y toma de muestras en los acueductos de agua potable públicos (AAA) y privados (Non-PRASA) incluyendo sistemas de distribución. ▪ Inspección y certificación del llenadero de AAA para agua potable ▪ Verificación de cloro residual y toma de muestras en llenadero ▪ Inspección y certificación de camiones y tanques para acarreo agua potable hacia los refugios y cocinas centrales ▪ Monitoreo y toma de muestras a cisternas en los refugios ▪ Investigación brotes gastroenteritis por agua
Energía	**Electricidad** ▪ Proveer estatus en tiempo real de las utilidades de las facilidades de servicios de salud (energía eléctrica y generadores) ▪ Datos sobre la población dependientes de electricidad **Combustible** ▪ Proveer estatus en tiempo real de los abastos de diesel de facilidades de salud
Comunicaciones	**Infraestructura** ▪ Mantener las Comunicaciones con las facilidades de servicios de salud y las regiones del DSPR, a través de radio y plataformas digitales **Alertas, Avisos y Mensajes** ▪ Fomentar las medidas y recomendaciones de cuidado de la salud de la Guía de Salud Pública en Emergencias y Desastres del

Community Lifeline	Componente
	DSPR, a través de redes sociales y/o comunicado de prensa, incluyendo la población con necesidades de acceso y funcionales
Materiales Peligrosos	**Escombros y contaminantes peligrosos** ▪ El programa de Salud Radiológica del DSPR inspecciona las facilidades que poseen y manejan equipos que generan radiación ▪ El programa de Salud Ambiental del DSPR controlar o eliminar aquellos factores del medio ambiente que representan un riesgo para la salud de los residentes de Puerto Rico

Las acciones a implementar antes mencionadas responden a incidentes que se manejen con recursos locales y estatales, no así para situaciones en las que la magnitud de las consecuencias sea de naturaleza catastrófica. Ante un incidente de esas características se utilizará el *Puerto Rico All-Hazards Plan*.

IV. Organización y asignación de responsabilidades

A. Organización

El Plan Operacional del DSPR aplica un formato funcional tradicional que detalla a través de un Plan Básico y Anejos las acciones, y estrategias a implementar para la atención a emergencias y desastres. La organización que rige este plan ofrece la planificación, procedimientos y recursos requeridos para manejar las emergencias y desastres que impacten los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental en Puerto Rico.

Las secretarías, programas, oficinas, divisiones y regiones de salud del DSPR tienen funciones de emergencia en adición a sus deberes regulares. A esos efectos, se desarrollarán los procedimientos correspondientes en anejos, apéndices y/o Procedimientos Estándares de Operación (SOPs, por sus siglas en inglés).

B. Asignación de responsabilidades

El Comité Operacional de Emergencias (ver **Tabla 7**) es responsable de ejecutar este plan. El Comité es presidido por el Secretario del Departamento de Salud de Puerto Rico, quien asegura se siga la política establecida para enfrentar o responder a las emergencias y desastres. Este puede delegar parte de sus funciones a su representante en la línea de mando, pero no así las responsabilidades.

De la misma forma y manera, se integran las Coaliciones Regionales de Servicios de Salud, las cuales se les asigna responsabilidades de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.

Es de suma importancia que el primer nivel de respuesta establezca la estructura de comando de incidente (ICS, por sus siglas en inglés), según lo requiere NIMS.

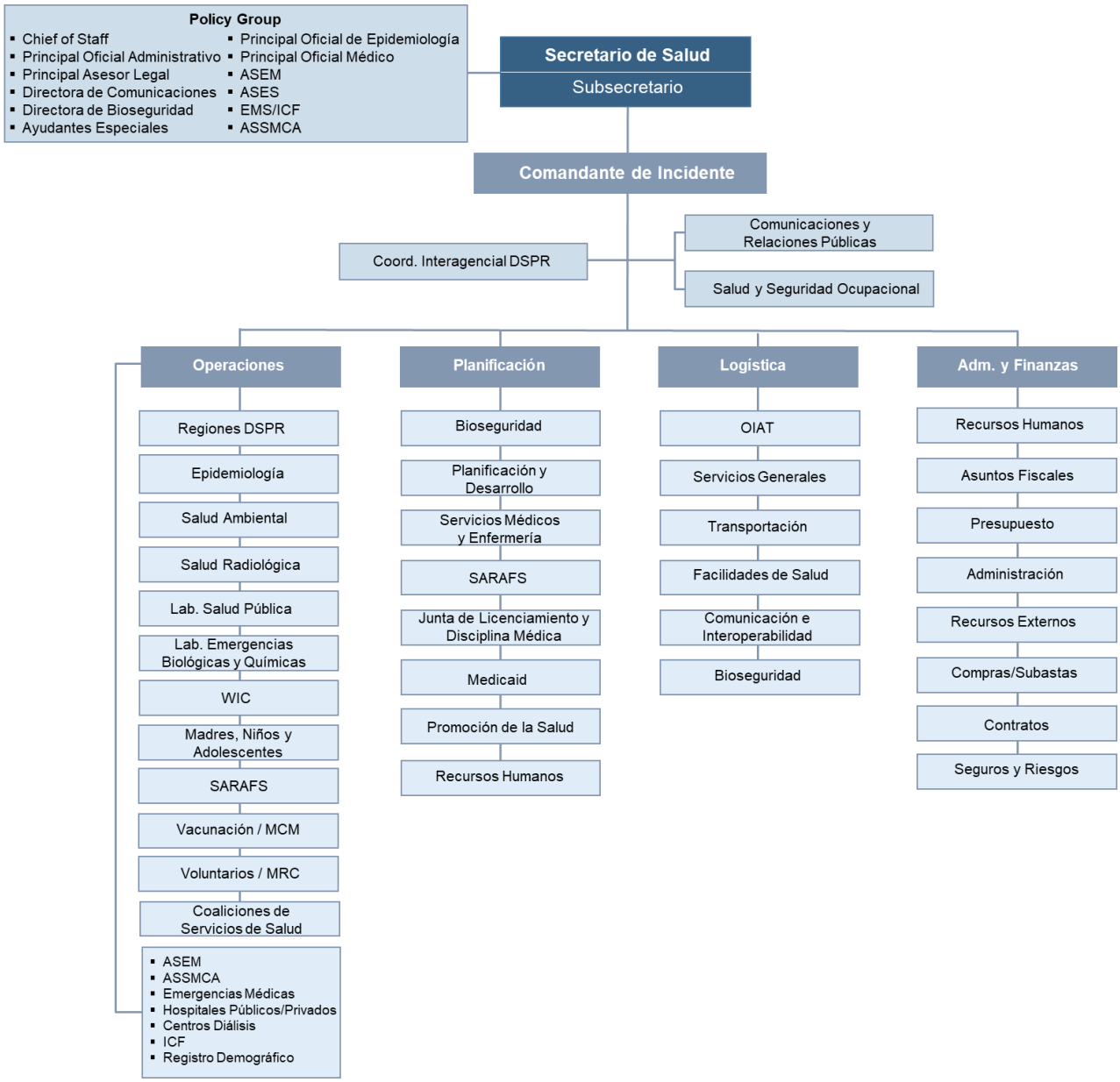
Tabla 7: Comité operacional de emergencias del Departamento de Salud y asignación de responsabilidades.

Comité/Grupo	Composición	Responsabilidades
Comité Ejecutivo	Presidido por el Secretario del DSPR y compuesto por: ▪ Subsecretario del DSPR ▪ *Chief of Staff* ▪ Principal Oficial de Administración ▪ Directora de la Oficina de Comunicaciones ▪ Directora de la Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública ▪ Principal Oficial de Epidemiología ▪ Principal Oficial Médico ▪ Director de Asesores Legales ▪ Secretarios Auxiliares ▪ Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico ▪ Ayudantes Especiales inmediatos	Asesorar al Secretario de Salud para establecer la política pública y las directrices específicas a ser implementadas durante una emergencia y desastre en Puerto Rico.
Comité Operacional	▪ Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública ▪ Secretarías Auxiliares, Programas y Oficinas del DSPR ▪ Regiones del DSPR ▪ Coaliciones de Servicios de Salud ▪ Facilidades de Salud	Coordinar todas las operaciones de emergencia dentro de sus áreas de responsabilidad.
Grupo de Apoyo Externo	Entidades municipales, estatales, federales, privadas y/o no gubernamentales que proveen apoyo a las operaciones de emergencia del DSPR, a tenor con el Plan Estatal de Manejo de Emergencias y el *National Response Framework*.	Coordinar todas las operaciones de emergencia dentro de sus áreas de responsabilidad.

V. Dirección, control y coordinación

La estructura de planificación y organización del DSPR para la respuesta ante todo tipo de evento o incidente, está enmarcada por los principios del *National Incident Management System* (NIMS, por sus siglas en inglés), a través de los cuales se establece una estructura organizacional siguiendo el *Incident Command System* (ICS, por sus siglas en inglés), para atender las operaciones de respuesta (ver **Figura 4**).

Figura 4. Estructura de Comando del Departamento de Salud



A. Activación del personal de emergencia

Normalmente, las activaciones inician con la notificación al Coordinador Interangencial Primario del DSPR por parte del Área de Operaciones del NMEAD de un evento o incidente (ver **Figura 5**). Dependiendo de la magnitud del evento, el coordinador notificará al gerente del Centro de Operaciones del Departamento de Salud (DOC, por sus siglas en inglés) y al jefe de agencia o comandante de incidente, para el inicio de reuniones para la toma de decisiones con el *policy group*.

El Comandante de Incidente designado y/o el gerente del Centro de Operaciones del DSPR determinará la prioridad del evento o incidente y el personal necesario para responder (ver **Figura 6**). Posteriormente, el Coordinador Interagencial del DSPR será el responsable de comenzar el proceso de activación realizando llamadas a los recursos que ya están preidentificados a reportarse en los Centros de Operaciones de Emergencias, ya sea el Central como el de las 10 Zonas Operacionales del NMEAD.

Figura 5. Proceso de activación del personal de emergencias del DSPR.

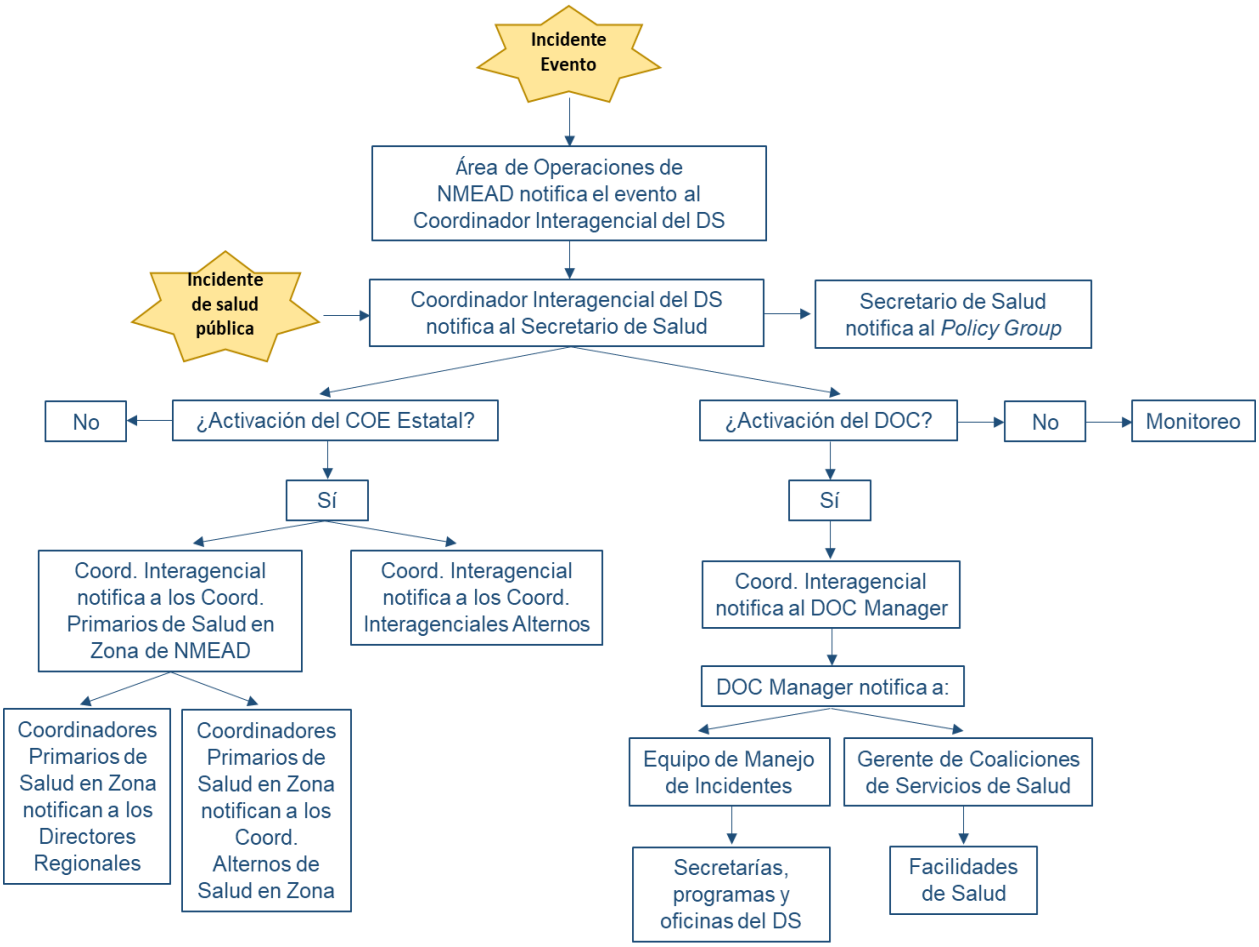
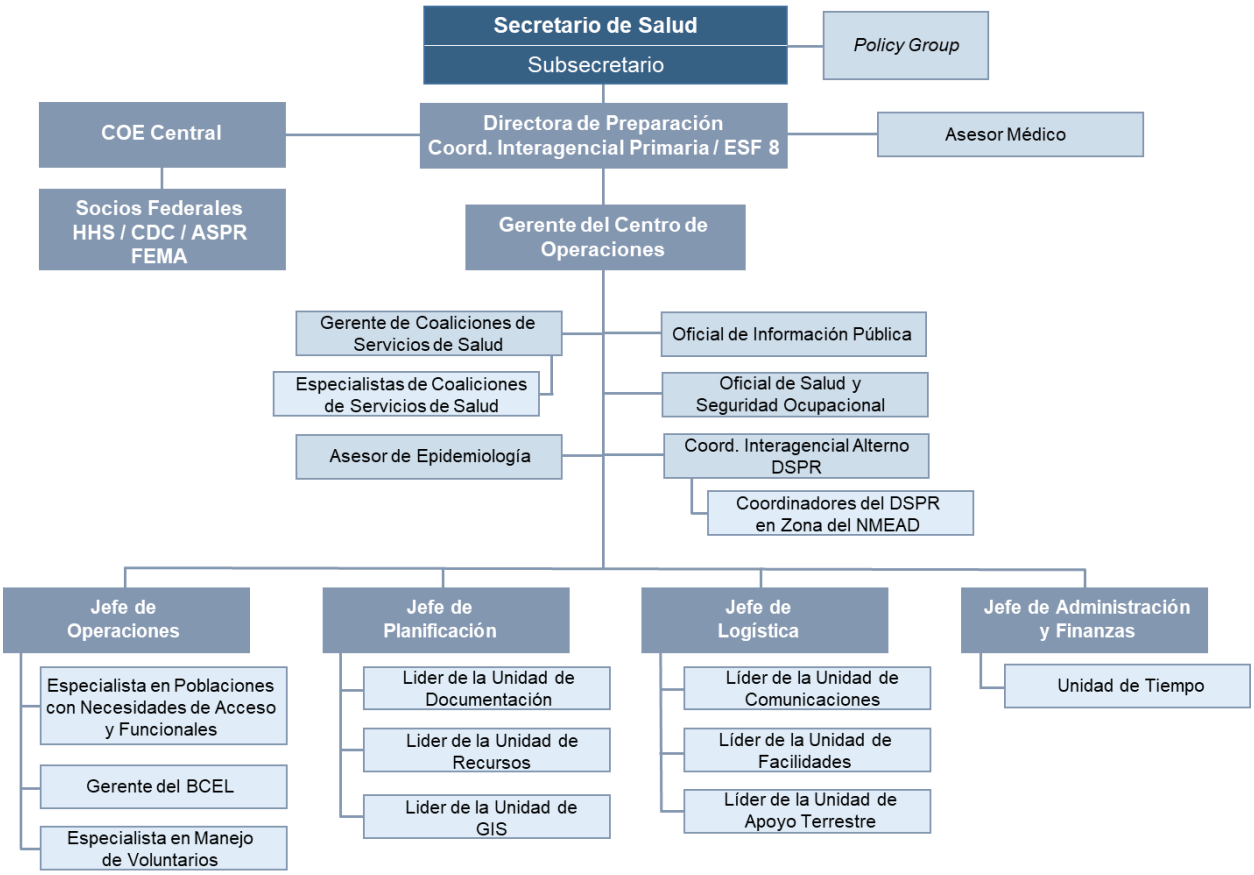


Figura 6. Estructura del Centro de Operaciones del Departamento de Salud (DOC)



Al personal se le informará si está en alerta, si deberán reportarse al Centro de Operaciones de Departamento de Salud (DOC) o cualquier otra localidad alterna a una hora específica o inmediatamente. Los turnos y/o periodos operacionales se determinarán luego de la reunión inicial convocada por el NMEAD y según las necesidades de la respuesta, siempre que no representen un riesgo a la vida del personal.

Una vez activado el DOC, el gerente del Centro de Operaciones junto al personal activado (ver **Apéndice F**) realizará un análisis de la situación para desarrollar las actividades de apoyo a los procesos de respuesta. Si la situación refleja que la respuesta a las operaciones podría extenderse más de un periodo operacional (12 a 24 horas) deben iniciarse el desarrollo del *Incident Action Plan* (IAP, según sus siglas en inglés) para el incidente.

El DSPR mantiene una lista que incluya el personal con funciones de respuesta, ante cualquier tipo de emergencia con particular énfasis en emergencias en

salud pública. Esta lista se valida anualmente mediante ejercicios de llamadas de alertas y activaciones programadas sin previo aviso.

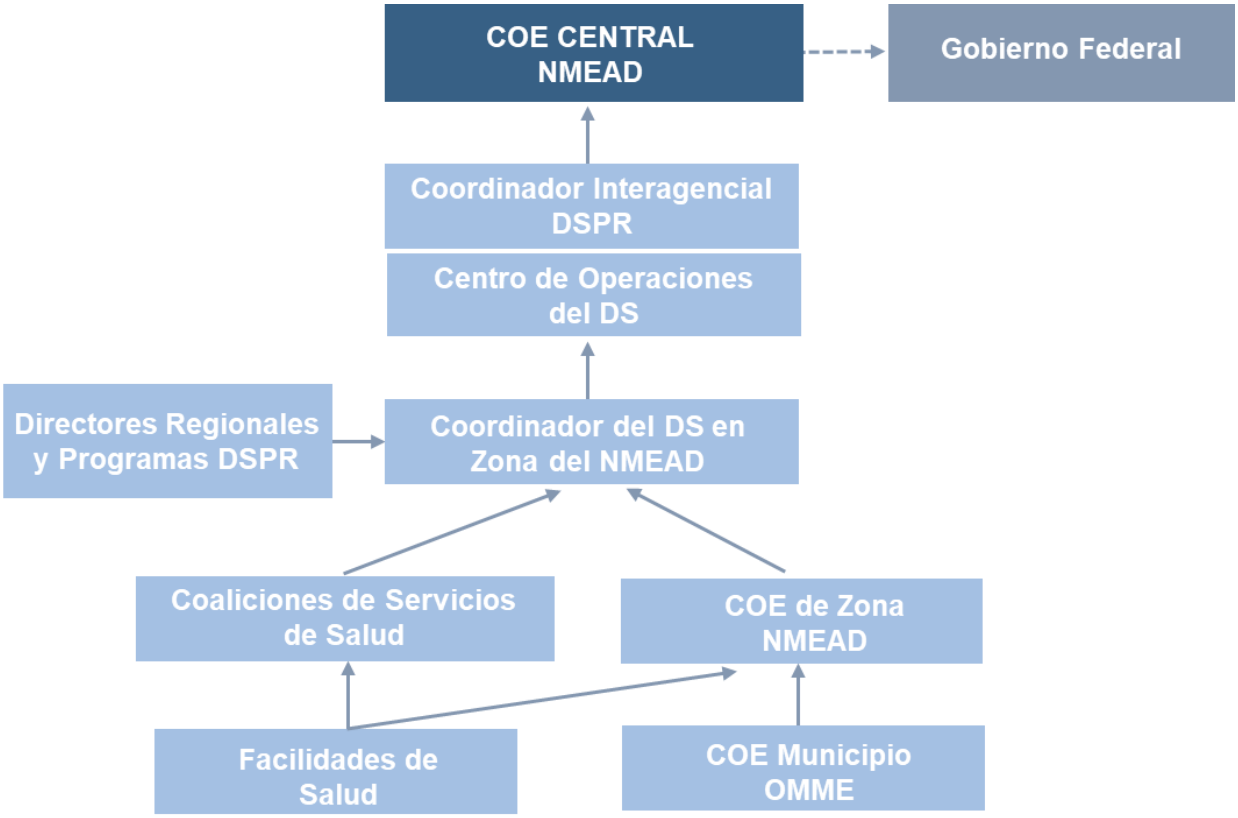
No todas las activaciones requieren la misma estructura de respuesta, El **Apéndice G** muestra algunas de las diferentes estructuras y personal que el DOC puede tener, según el tipo de emergencia.

B. Coordinación de recursos

La coordinación de solicitud de recursos (ver **Figura 7**) durante una emergencia y/o desastre que impacte los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental en Puerto Rico se desarrolla en colaboración con el Negociado de Manejo de Emergencias y Administración de Desastres (NMEAD). También intervienen otras agencias estatales que ofrecen apoyo en asuntos de salud pública y servicios médicos.

El Departamento de Salud cuenta con Coordinadores de Manejo de Emergencias asignados para atender las Zonas de Manejo de Emergencias en las que se divide el NMEAD. Este personal se encarga de facilitar la coordinación de solicitud de recursos.

Figura 7: Coordinación de solicitud de recursos al DSPR.



C. Coaliciones de servicios de salud

El Departamento de Salud Federal (HHS, por sus siglas en inglés) a través de la Administración para la Preparación y Respuesta Estratégica (ASPR, por sus siglas en inglés) avala la estructura de las Coaliciones de Servicios de Salud como ente de respuesta en el modelo de *Tiers* (ver **Figura 8**) para la coordinación de respuesta durante una emergencia que afecte la salud pública. Este modelo comienza con las organizaciones de servicios de salud a nivel regional hasta escalar al nivel estatal y federal.

Las Coaliciones de Servicios de Salud facilitan la coordinación de los recursos y servicios necesarios a nivel regional (ver **Figura 9**) para apoyar las operaciones de los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental.

Figura 8: Modelo de *Tiers.*

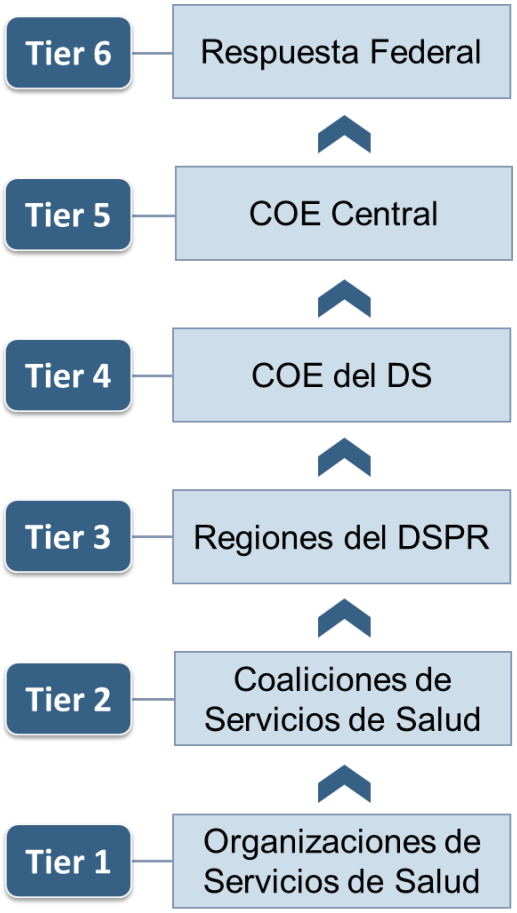
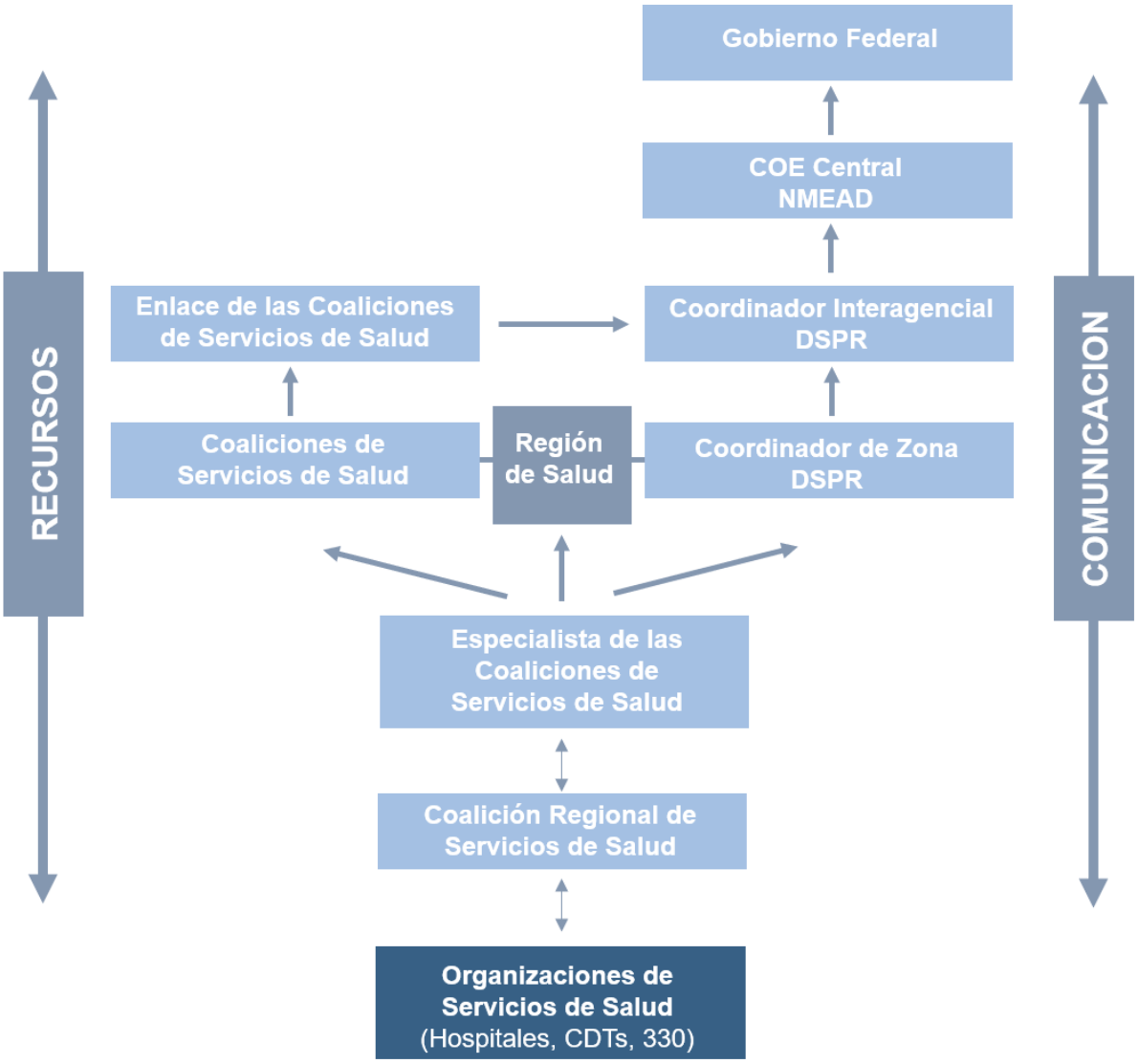


Figura 9: Coordinación de solicitud de recursos y comunicación.



VI. Recopilación, análisis y diseminación de información

La recopilación, análisis y diseminación de la información relacionada al incidente serán dirigidas desde el Centro de Operaciones del DSPR. Las funciones incluirán recoger, analizar y difundir adecuadamente la información de la situación al personal del DSPR, así como las demás agencias estatales y federales de apoyo al ESF 8 – Salud Pública y Servicios Médicos, Coaliciones de Servicios de Salud, sector privado, organizaciones no gubernamentales y voluntarios.

La información generada apoyará a los Coordinadores del Departamento de Salud en las Zonas del NMEAD a tomar decisiones operacionales para el período actual y periodos futuros. Con el fin de obtener y diseminar información actualizada, precisa y pertinente a la situación, la misma se compartirá mediante los Informes de Situación (*SitRep*, por sus siglas en inglés*)* con la frecuencia que determine el Comandante de Incidente.

A. Elementos esenciales de información

Los elementos esenciales de información (EEI) son los datos de inteligencia necesarios para la coordinación de recursos y la toma de decisiones que afectan la política pública. Se consideran los datos mayor pertinencia y relevancia para brindar un estatus de la situación que permita informar de manera ágil y efectiva todo lo relacionado a un evento o emergencia.

La recopilación de estos datos (ver **Tabla 8**) comienza desde antes de ocurrir cualquier incidente. El Departamento de Salud intercambia información diariamente con todas las instituciones hospitalarias, donde las mismas comparten la totalidad de camas disponibles para emergencias y desastres (HAvBED, por sus siglas en inglés), la disponibilidad de ventiladores, el estatus de las salas de emergencia y el estatus de la infraestructura crítica. Esta información ayuda al Departamento a conocer el estatus actual de los hospitales al momento en el que un evento o emergencia ocurra.

Los datos recopilados durante la emergencia son analizados y convertidos en información concisa que se traduce en herramientas útiles tanto para los que toman decisiones en los diferentes niveles, como para informar a la comunidad. Una vez se determina que existe un estado de emergencia y se inician las operaciones de respuesta, se identifica un panorama inicial de la situación y se determinan cuáles serán esos elementos esenciales de información que son necesarios recopilar, analizar y compartir, basados en la naturaleza e implicaciones de la emergencia o evento.

Tabla 8. Elementos Esenciales de Información recopilados por el Departamento de Salud

Periodo	Elementos Esenciales de Información (EEI)
EEI recopilados diariamente	▪ Disponibilidad de camas ▪ Disponibilidad de ventiladores ▪ Estatus de sala de emergencias ▪ Estatus del hospital (Funcionamiento normal, comprometido, desalojo o cerrado)

Periodo	Elementos Esenciales de Información (EEI)
EEI recopilados durante una emergencia	▪ Disponibilidad de camas ▪ Disponibilidad de ventiladores ▪ Estatus de sala de emergencias ▪ Estatus del hospital ▪ Estatus de los gases médicos ▪ Censo de pacientes ▪ Censo de morgue y causas de muerte ▪ Estatus de infraestructura crítica: ○ Agua ○ Luz ○ Comunicaciones

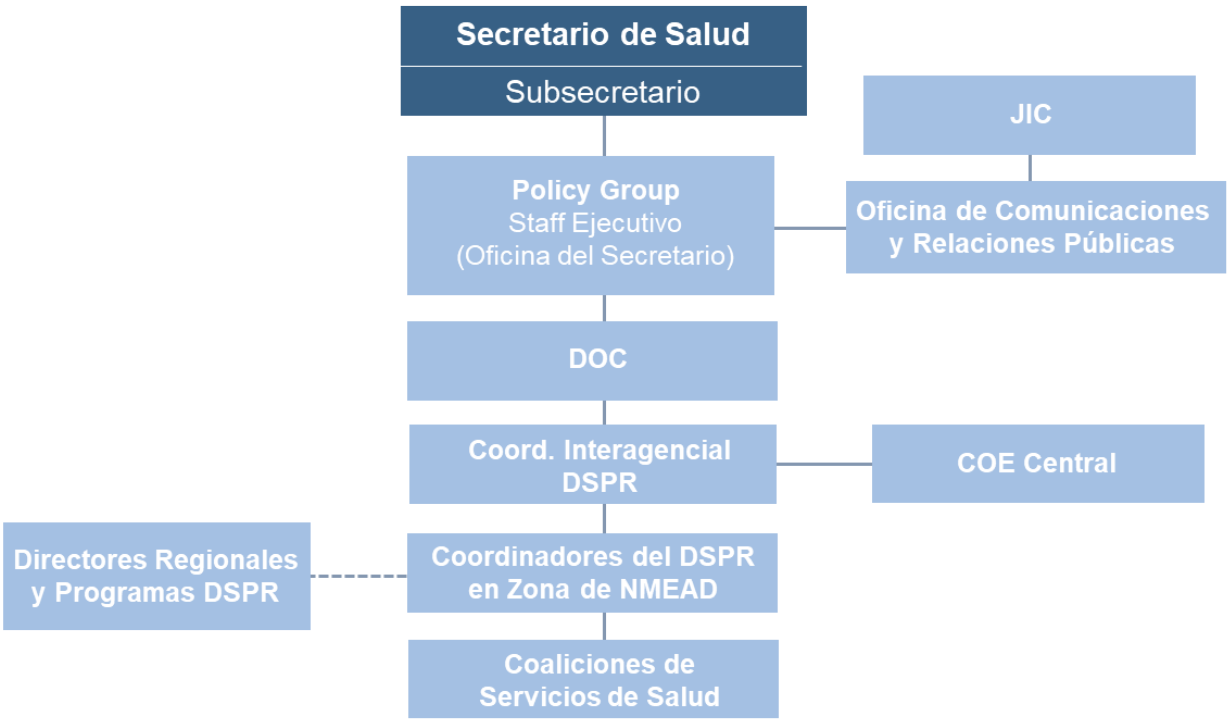
B. Reporte de situación

La información que se desarrolla a partir de los EEIs se traduce en reportes de situación conocidos como *SitRep*, según la abreviación en inglés. Estos reportes se comparten con los diferentes niveles y socios involucrados para la toma de decisiones correspondientes. Estos reportes, deben incluir entre otra información: mapas; nivel de activación; situación actual; operaciones realizadas (acciones del laboratorio, distribución de materiales, adiestramientos, entre otros), planificación (ritmo de batalla, documentos desarrollados); administración y finanzas (servicios y adquisiciones realizadas); Información pública (acciones realizadas para informar a la comunidad) y salud y seguridad ocupacional.

Estos reportes recogen el cumplimiento de los objetivos trazados para la emergencia en el Plan de Acción del Incidente (IAP, por sus siglas en inglés), lo que permite re-evaluar esos objetivos en la medida que son alcanzados, surgen nuevas necesidades y/o se presentan incidencias pertinentes a la emergencia. La frecuencia de publicación de estos reportes se determinará una vez establecido el estado de situación de la emergencia y la agilidad en el flujo de la información correspondiente.

La recopilación, análisis y diseminación de la información se realizará a través del Centro de Operaciones del DSPR, basado en el flujograma de información que se presenta a continuación.

Figura 10: Coordinación de intercambio de información del DSPR durante una respuesta a emergencias.



C. Diseminación de la información

Las comunicaciones públicas se llevarán a cabo como lo establece la Oficina de Comunicaciones y Asuntos Públicos del DSPR. Las mismas serán dirigidas y coordinadas por el Director de la Oficina. Además, la oficina también manejará la información y comunicaciones pertinentes a la comunicación de riesgo (ver **Anejo Funcional: Información Pública de Emergencia**). Mediante comunicados de prensa y/o el uso de medios y redes sociales se realizará la publicación de medidas de protección y prevención, así como medidas particulares para las poblaciones con necesidades de acceso y funcionales. Con el fin de promover las medidas de cuidado de la salud en caso de un evento que afecte la salud pública se utilizará como referencia la **Guía de Salud Pública en Emergencias y Desastres** del Departamento de Salud de Puerto Rico.

La activación del Centro de Operaciones del DSPR podría estar acompañado de la activación de un Centro de Información Conjunta (Joint Information Center, JIC, por sus siglas en inglés). El JIC servirá como un centro de coordinación de información a ser provista al público y apoyará los procesos de recopilación, verificación y diseminación de información de manera precisa, accesible y

oportuna. Dependiendo de la situación de emergencia o naturaleza del evento, el JIC se podrá establecer de manera virtual.

VII. Comunicaciones

El Departamento de Salud, a través de la OPCRSP, cuenta con múltiples métodos de comunicación que serán utilizados para asegurar la continuidad de las operaciones. Entre estos se incluyen: teléfonos de voz, satelitales, celulares, radios e internet de redundancia (ver **Tabla 9**).

Tabla 9: Métodos de comunicación

Método de comunicación	Personal o localidad asignada
Teléfonos Voz sobre IP	▪ 15 a través de la red primaria del DS - Centro de Operaciones del DSPR ▪ 5 a través de proveedor de internet alterno - Centro de Operaciones del DSPR
Celulares oficiales	▪ Directora de la OPCRSP / Coordinadora Interagencial del DS ▪ Coordinadores interagenciales primarios ▪ Líderes de unidades ▪ Miembros principales del Equipo de Manejo de Incidentes (IMT, por sus siglas en inglés) del DSPR ▪ Vigilancias Epidemiológicas (Arbovirales, Influenza, *Hospital Acquired Infections)* ▪ Epidemiólogos Regionales (Arecibo, Caguas, Fajardo, Metro y Ponce) ▪ Secretaria Auxiliar de Salud Ambiental ▪ ASEM – Gerente de Seguridad Institucional ▪ División Niños con Necesidades Médicas Especiales - Director Servicios Médicos
Teléfonos Satelitales	▪ Secretario de Salud ▪ Directora de la OPCRSP / Coordinadora Interagencial del DS ▪ 7 directores regionales ▪ CDT de Vieques ▪ CDT de Culebra ▪ RSS

Método de comunicación	Personal o localidad asignada
Radios	▪ Directora de la OPCRSP / Coordinadora Interagencial del DS ▪ Coordinadores interagenciales primarios ▪ *Interoperable Communication Specialist* ▪ *BCEL Laboratory Capacity Analyst* ▪ *Safety Officer* ▪ *Information Sharing Manager* ▪ *HCC Senior Manager* ▪ *Biosurveillance, Laboratory and Epidemiology Senior Manager* ▪ 63 hospitales ▪ 12 CDTs ▪ 10 regiones del DS y facilidades del DS ▪ 1 RSS ▪ 1 EMS
Radio Aficionado	▪ Centro de Operaciones del DSPR ▪ Regiones del DS (Fajardo, Mayagüez y Ponce) ▪ CDT Culebra

Internet de Redundancia	▪ Fibra óptica de proveedor alterno
	▪ Wi-Fi de proveedor alterno
	▪ Internet Satelital
	  ○ VSAT Centro de Operaciones del DSPR
	  ○ VSAT BCEL
	  ○ Proveedor alterno de internet satelital Centro de Operaciones del DSPR

VIII. Administración, finanzas y logística

La Secretaría Auxiliar de Administración del DSPR será la unidad operacional encargada de implementar los procesos correspondientes para monitorear los gastos relacionados a la situación de emergencia o desastre, según las regulaciones del Gobierno de Puerto Rico y/o cualquier estatuto federal que aplique.

A. Administración

Los procedimientos administrativos durante la emergencia, en su mayoría corresponden a los procedimientos en períodos normales. Durante la emergencia se requiere mayor atención en los siguientes: la identificación y

control de documentos administrativos, financieros e informes; contratos y servicios; seguros; reclutamiento; reasignación del personal; e informes de dichos procesos. Todos los documentos tienen que ser identificados con el nombre de la emergencia y mantenerlos el tiempo que sea necesario (ej. Informe de personal activado, gastos operacionales, utilización de equipo, materiales, compras, contratos, etc.).

B. Finanzas

La coordinación para atender una situación de emergencia significa un esfuerzo operacional que se traduce en valor monetario. Ese valor monetario es el gasto operacional inherente a cada esfuerzo que se realiza para atender y manejar una emergencia y/o desastre. Debido a que la atención está centrada en manejar la emergencia, no se toma en consideración en el gasto que se incurre o invierte para atender la misma.

Por tal motivo, todos los recursos utilizados y esfuerzos realizados durante la emergencia, será convertido a valor monetario, según lo establecido por la Oficina de Gerencia y Presupuesto y por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés). La información recopilada para estos efectos deberá estar de forma ordenada y precisa para que sea más fácil su conversión. La misma deberá ser dividida de la siguiente forma: recurso personal (hojas de asistencia semanal y nóminas), equipo y esfuerzos utilizados (utilización de vehículos oficiales, renta de equipo) y uso de materiales o suministros (inventario de materiales), entre otros.

C. Logística

La emergencia podría requerir la adquisición de equipos, servicios y otros suplidos necesarios para apoyar la respuesta a los incidentes. Esto podría incluir la firma de contratos y/o acuerdos de cooperación con instituciones privadas, públicas y/o federales. Así como la coordinación con suplidores para la adquisición de los mismos en cualquier momento.

Estos procesos generan documentación que se debe custodiar y mantener para fines de los reportes sobre la emergencia. Todo informe, documento recibido o conduce debe identificarse y enviarse a la Secretaría Auxiliar de Administración, para el archivo y preparación del informe de gastos operacionales y otros relacionados.

Estos documentos forman parte del desglose de gastos operacionales incurridos durante la emergencia y para enfrentar o solucionar las situaciones de emergencias. Se debe mantener por separado los gastos operacionales y los daños o estimados de daños ocurridos en el Departamento y sus dependencias.

IX. Desarrollo y mantenimiento

El DSPR a través de la Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública actualiza anualmente el Plan Operacional de Emergencias del DSPR. No obstante, el surgimiento de cambios o situaciones extraordinarias podría requerir su actualización inmediata, según sea requerido. Los anejos que apoyan el plan pueden requerir revisiones periódicas, para actualizar los cambios correspondientes como nuevos funcionarios, información de contacto, entre otros elementos.

El desarrollo de este plan se nutre de las Secretarías Auxiliares, Oficinas, Programas, Regiones del DSPR y facilidades de salud. Estas dependencias someterán a la Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública (OPCRSP) cualquier cambio necesario o relacionado a su área operacional para ser incluidos en el Plan.

El Plan Operacional de Emergencias del DSPR será distribuido al Comité de Emergencias; Secretarías Auxiliares, Oficinas, Programas y Regiones del DSPR; y a las Coaliciones de Servicios de Salud para ser compartido con las facilidades de salud, una vez aprobado por el Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastre (NMEAD). El contenido del mismo debe ser entendido, discutido y conocido por todo el personal del DSPR, especialmente los que integran el Comité Operacional de Emergencias quienes tienen la responsabilidad de apoyar y/o ejecutar el mismo. El Coordinador Interagencial o su representante autorizado facilitará la capacitación al personal sobre las funciones y responsabilidades establecidas en el plan, para una ejecución adecuada y coordinada. Este plan se evaluará mediante la implementación de un plan de adiestramientos y ejercicios.

A. Adiestramientos y Ejercicios

Las actividades sobre adiestramientos y ejercicios relacionadas a este Plan serán desarrolladas utilizando las guías de *Homeland Security Exercise and Evaluation Program* (HSEEP, por sus siglas en inglés) y deberán incluirse en el Plan de Adiestramientos y Ejercicios del DSPR. Las recomendaciones identificadas en los *After Action Report and/or Improvement Plan* (AAR/IP) de los ejercicios deben ser consideradas en las revisiones subsiguientes de este Plan.

Los coordinadores de los planes y anejos del POE-DSPR deben integrar a personas con necesidades de acceso y funcionales cuando ejerciten sus planes, con el propósito de:

- Promover que la información de la emergencia y los servicios asociados llega a toda la población por igual.

- Promover que las personas con necesidades de acceso y funcionales reciban los servicios en ambientes integrados siempre y cuando sea posible.
- Identificar las barreas en el acceso a los servicios y realizar las modificaciones razonables que sean necesarias.

Los tipos de ejercicios se definen a continuación:

- **Ejercicio de práctica (*Drill*)**: se utiliza normalmente en la evaluación de una sola función dentro de un programa específico. Un ejercicio de práctica es efectivo para mantener las destrezas y ejercer nuevos procesos.
- **Ejercicio de mesa (*Table Top*)**: se utiliza principalmente en la discusión sobre definiciones de roles y responsabilidades o de aquellas acciones que se deben tomar en situaciones específicas. Los ejercicios de mesa se realizan en ambientes de bajo estrés.
- **Ejercicio funcional (*Functional Exercise*)**: provee un escenario realista sobre situaciones bajo las cuales se deben tomar acciones específicas y decisiones rápidas. No requiere movilización de equipos, pero a sus participantes se les requiere tomar acción más allá de discutir la misma. Estos ejercicios se conducen en ambientes con límite de tiempo.
- **Ejercicio a gran escala (*Full Scale Exercise*)**: se realiza en escenarios lo más cercano posible a la realidad. Requiere la movilización de personal, equipo y el tomar algún tipo de acción. Un ejercicio a gran escala requiere un periodo largo de planificación y se utiliza para evaluar capacidades operacionales.

X. Autoridades y referencias

A. Autoridades

1. Federal

- Public Law 102-201, Defense Against Weapons of Mass Destruction Act.
- Terrorism Annex to the Federal Response Plan.
- Homeland Security Act of 2002 Pub L 107-296, 116 Stat. 2135 / 2002.
- Robert T. Stanford Disaster Relief and Emergency Assistance Act, Public Law 93-288, as amended.
- Federal Radiological Emergency Response Plan.
- Presidential Decision Directive 39, US Policy on Terrorism.
- Presidential Decision Directive 62, Combating Terrorism.

- Presidential Decision Directive 63, Critical Infrastructure Protection.
- Ley HIPAA – The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996
- HSPD-5 – Homeland Security Presidential Directive 5.
- HSPD-8 – Homeland Security Presidential Directive 8.
- Disaster Mitigation Act of 2000.

2. Estatal

- Ley Orgánica del Departamento de Salud; Ley Núm. 81 del 14 de mayo de 1912, según enmendada.
- Ley del Departamento de Seguridad pública de Puerto Rico: Ley Núm. 20, del 10 de abril de 2017, según enmendada.
- Orden Ejecutiva 2005-77 del 13 de diciembre de 2005.

B. Referencias

Asociación de Salud Primaria de Puerto Rico. Centros de Salud Primaria en Puerto Rico. (2022). Recuperado de: http://saludprimariapr.org/web/mapa-330/

Center for Public Health and Disasters, Hazard Risk Assessment Instrument. (2006). University of California: Los Ángeles.

Departamento de Salud. (2023). Análisis de Amenazas, Vulnerabilidad y Riesgo de los Sistemas de Salud Pública, Servicios Médicos y Salud Mental de Puerto Rico: 2018-2022. Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública. San Juan, Puerto Rico.

Departamento de Salud de Puerto Rico. Secretaría Auxiliar para Reglamentos y Acreditación de Facilidades de Salud. Registro de Hospitales y otras Facilidades de Salud. (2022). San Juan.

Departamento de Seguridad Nacional. Agencia Federal para el Manejo de Emergencias. (Octubre 2019). Estructura de Respuesta Nacional (NRF), Cuarta Edición.

Departamento de Seguridad Nacional. Agencia Federal para el Manejo de Emergencias. (Octubre 2017). Sistema de Manejo de Incidente Nacional (NIMS), Tercera Edición.

Departamento de Seguridad Nacional. Agencia Federal para el Manejo de Emergencias. (Septiembre 2021). Comprehensive Preparedness Guide (CPG) 101, Version 3.0.

Eisenman, D. P., Cordasco, K. M., Asch, S., Golden, J. F., & Glik, D. (2007). Disaster planning and risk communication with vulnerable communities: Lessons from hurricane Katrina. American Journal of Public Health, 97, S109-S115.

Hirsch, G.B., Modeling the Consequences of Major Incidents for Health Care Systems. (2004). Wayland, Massachusetts.

Landesman, L., Public Health Management of Disasters. 3rd. Edition. (2012). Washington D.C. American Public Health Association. 534.

Organización Panamericana de la Salud/OMS. (2010). Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres. Guía para Equipos de Respuesta.

PAHO - Pan American Health Organization Regional Office of the World Health Organization. Safe Hospitals: A Collective Responsibility A Global Measure of Disaster Reduction. (2008). p. 32.

Rodríguez H., Cuando la tierra tiembla "¿Por qué los desastres no son naturales?": Un análisis sobre los aspectos sociales de los desastres. (2002). Universidad de Puerto Rico, Mayagüez. p. 7.

U.S. Census Bureau. 2017-2021 American Community Survey 5 - Year Estimates (PR and U.S.).

WHO-World Health Organization, Mass Casualty Management Systems: Strategies and guidelines for building health sector capacity, Health Action in crises Injuries and Violence Prevention. (2007). WHO publications: Geneva, Switzerland. p. 38.

WHO-World Health Organization, Communicable disease control in emergencies. A field manual. (2005).

WHO-World Health Organization, Everybody's Business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO's Framework for Action in WHO Library Cataloguing-in-Publication. (2007). Geneva.

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

Plan Operacional de Emergencias

ESF 8 – Salud Pública y Servicios Médicos

Apéndices

2023-2024

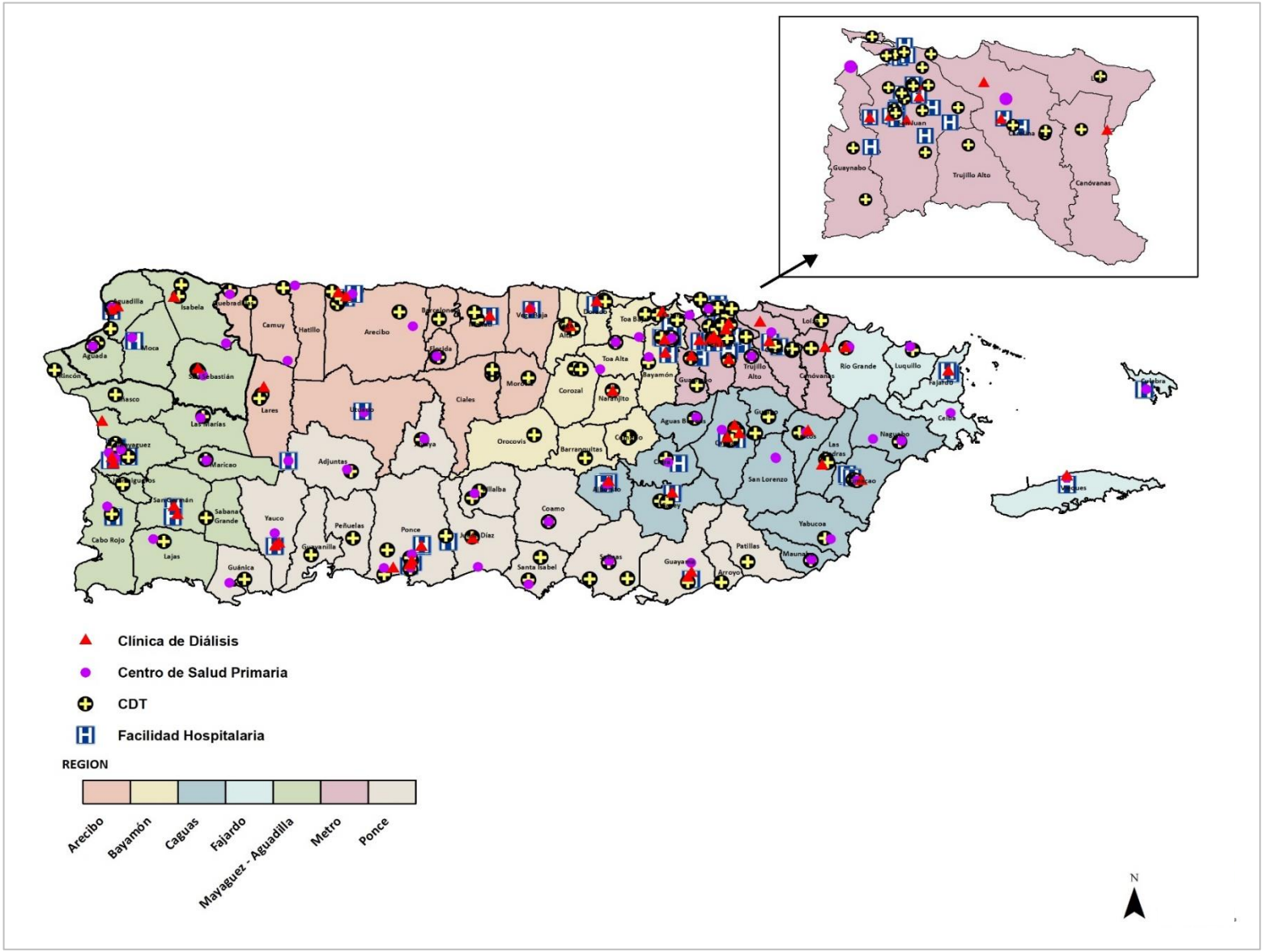
DEPARTAMENTO DE SALUD

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

Apéndice A
Mapa de las siete regiones del Departamento de Salud

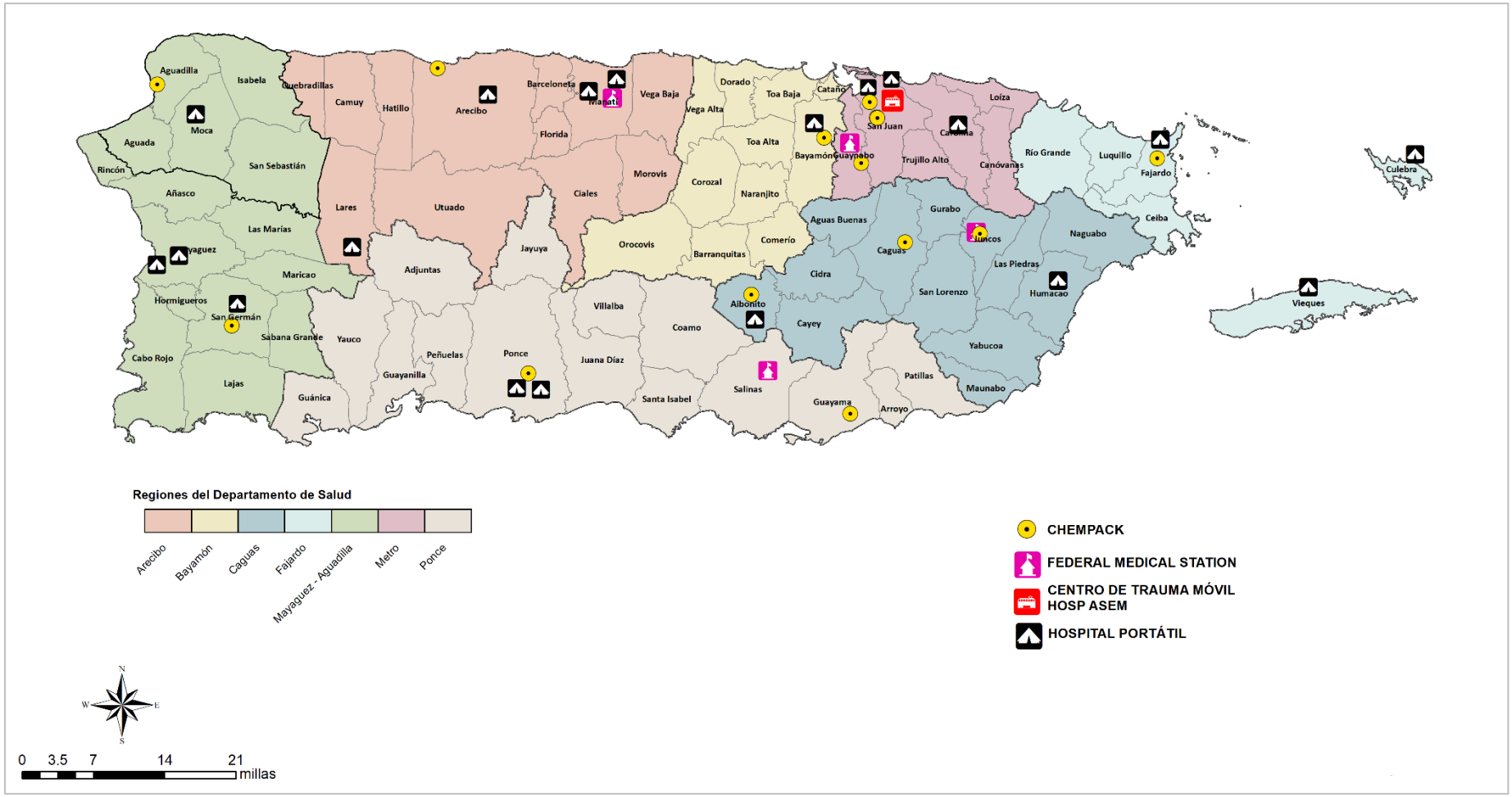
Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

Apéndice B
Mapa de facilidades de salud por regiones del Departamento de Salud



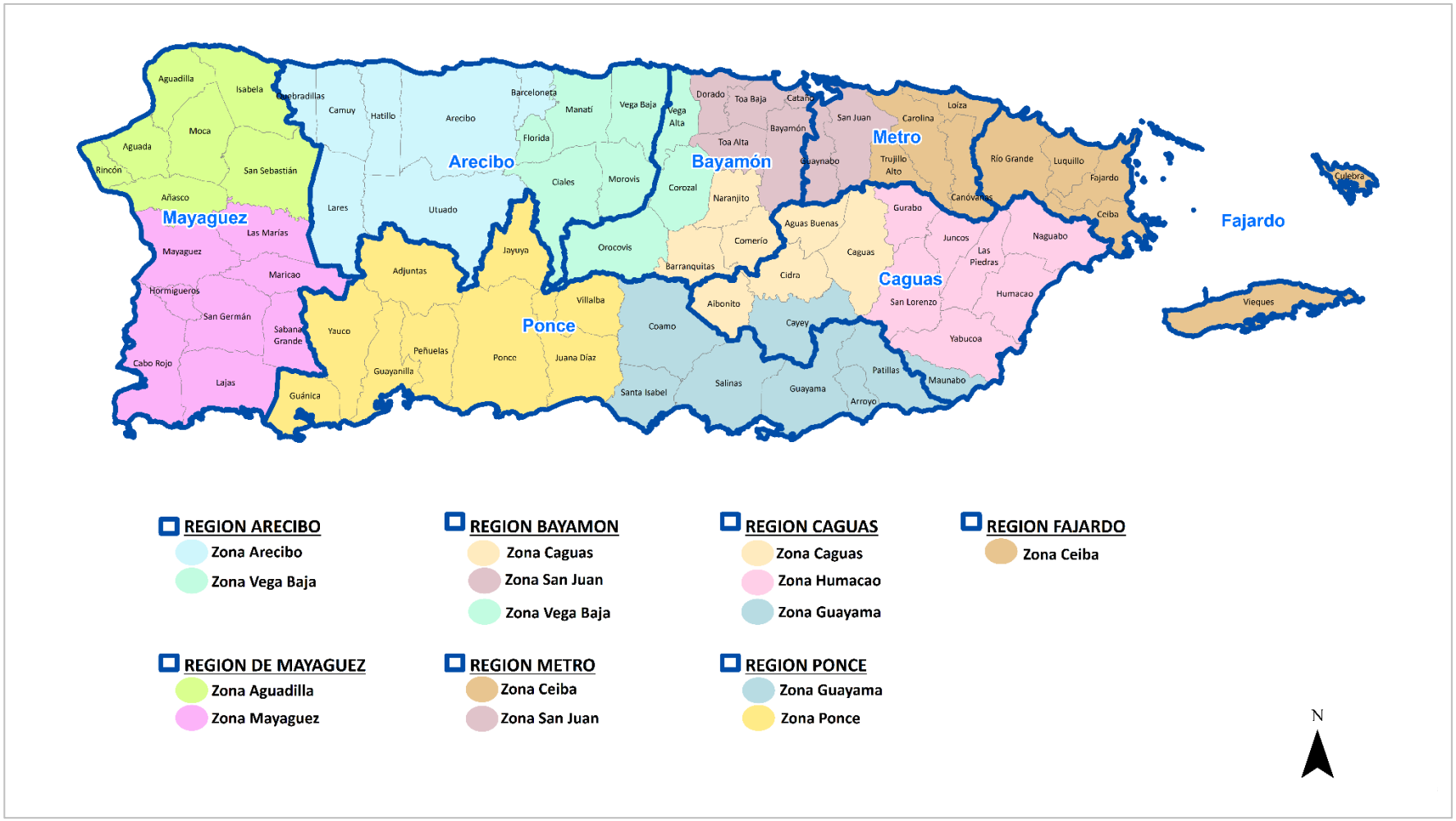
Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

Apéndice C
Mapa de hospitales portátiles, CHEMPACKS y FMS



Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

Apéndice D
Mapa de regiones del Departamento de Salud y zonas del NMEAD



Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

Apéndice E
Centro de Operaciones del DS

El Centro de Operaciones (DOC, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud de Puerto Rico es el lugar de coordinación de los recursos de respuesta ante una emergencia, desastre o evento planificado que impacte los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental en Puerto Rico. En esta facilidad se reúne el Secretario de Salud junto con el Equipo de Manejo de Incidentes (IMT, por sus siglas en inglés) que se encarga de monitorear, recopilar y analizar los elementos esenciales de información para la toma de decisiones y coordinación de recursos del DS, con el fin de apoyar las actividades de respuesta.

A través del DOC también se ofrece apoyo a los coordinadores interagenciales del Departamento de Salud ubicados en el Centro de Operaciones de Emergencia (COE) Central y en las Zonas Operacionales del NMEAD.

El DOC está capacitado para operar 24 horas al día, los siete días de la semana, cuenta con control de acceso y el siguiente equipo técnico para asegurar la continuidad de las operaciones:

Equipo primario:

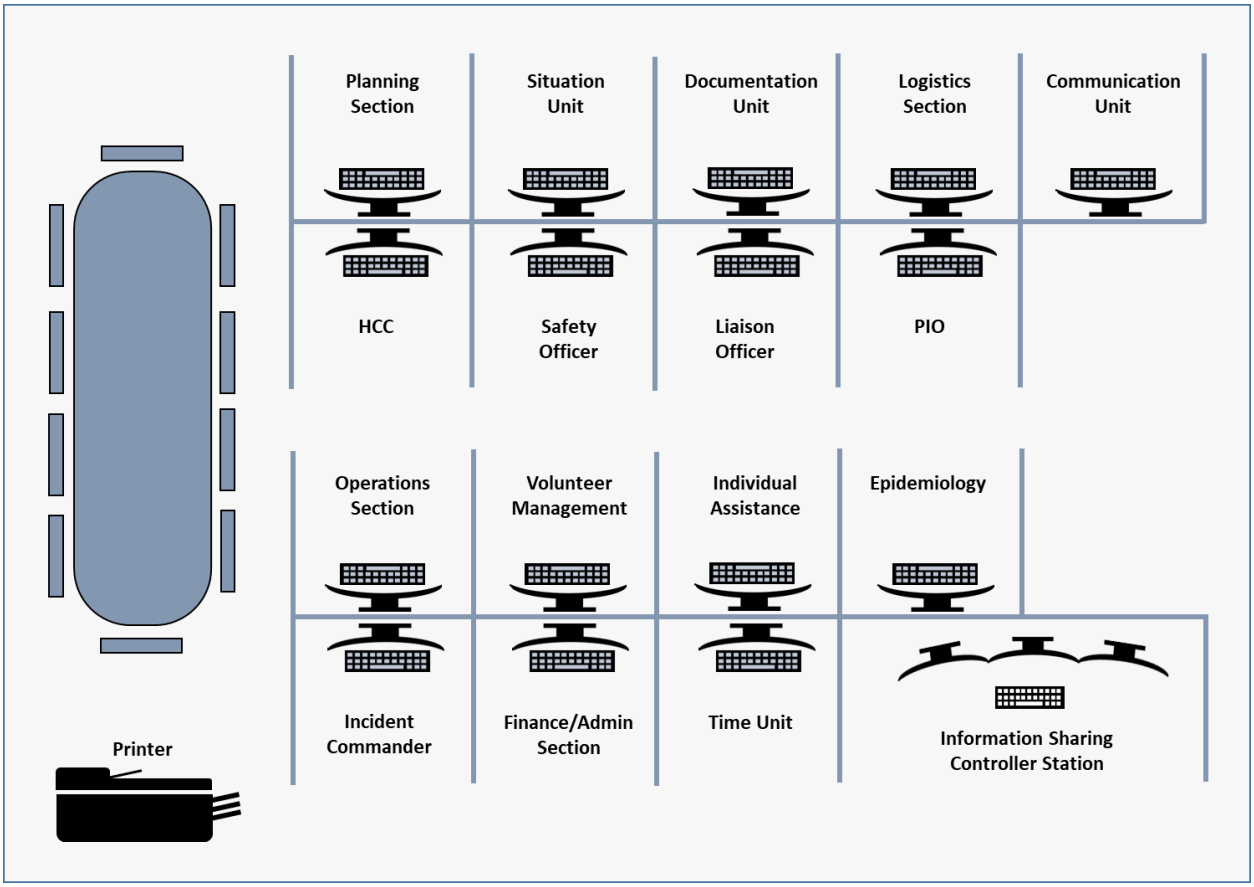
- Internet de fibra óptica a través del dominio del DSPR
- 15 teléfonos de voz sobre IP a través del dominio del DSPR
- 18 computadoras de uso general
- 1 computadora de control del equipo audiovisual
- 5 televisores inteligentes
- 3 proyectores
- 1 impresora multifuncional
- Proveedor de TV satelital
- 1 reloj de monitoreo de zonas horarias

Equipos de redundancia:

- Proveedor alterno de internet de fibra óptica
- Proveedor de internet satelital alterno
- Punto de acceso PEPWAVE WIFI (proveedor alterno de Internet)
- Red de comunicaciones de internet satelital alterno

- 1 router con punto de acceso celular PEPWAVE
- 5 teléfonos de voz sobre IP conectados a un proveedor de Internet alterno

Figura 1D: Plano de piso del Centro de Operaciones del DSPR.



Apéndice F
Sistema de Comando de Incidentes

1. Sistema de comando

El Sistema de Comando de Incidentes (ICS, por sus siglas en inglés) comprende de cinco áreas funcionales principales: Comando, Operaciones, Planificación, Logística y Administración/Finanzas. La estructura organizacional del ICS es modular, extendiéndose para incorporar todos los elementos necesarios para el tipo, tamaño, alcance y complejidad de un incidente. Se construye de arriba hacia abajo; la responsabilidad y el rendimiento comienzan con el Comando de Incidentes. Cuando surja la necesidad, se pueden utilizar cuatro secciones separadas para organizar el General Staff (Personal General). Cada una de estas secciones puede tener varias unidades subordinadas o divisiones, dependiendo de los requisitos de manejo del incidente. Si un individuo puede administrar simultáneamente todas las áreas funcionales principales, no se requiere más organización. Si una o más de las funciones requieren un manejo independiente, se le asigna a un individuo la responsabilidad de esa función.

Para mantener un rango de control manejable spam of control, el Comandante de Incidente (*Incident Commander*, IC, por sus siglas en inglés) que responde inicialmente, puede determinar que es necesario delegar el manejo funcional a uno o más Jefes de Sección. Los Jefes de Sección podrán delegar además la autoridad para manejar sus zonas, según sea necesario. Un Jefe de Sección puede establecer ramas (branches), grupos, divisiones o unidades, dependiendo de la sección. Del mismo modo, cada jefe de unidad funcional asignará tareas individuales dentro de la unidad, según sea necesario.

2. Personal de mando

En una organización del ICS, el Comando de Incidentes consiste del Comandante de Incidente y varios puestos del Personal de Mando. El Personal de Mando está directamente designado al Comandante de Incidente y se le asigna la responsabilidad de las actividades claves que no forman parte de los elementos funcionales del Personal General. En el ICS suelen identificarse tres puestos de personal: Oficial de Información Pública, Oficial de Seguridad y el Oficial de Enlace.

Es posible que se requieran puestos adicionales, como especialistas técnicos, dependiendo de la naturaleza, el alcance, la complejidad y la ubicación del incidente, o de acuerdo con los requisitos específicos establecidos por el IC.

Tabla 1F: Comandante de Incidente y funciones primarias.

Posición: Comandante del Incidente
Para mantener un rango de control manejable spam of control, el Comandante de Incidente (IC, por sus siglas en inglés) que responde inicialmente, puede determinar que es necesario delegar el manejo funcional a uno o más Jefes de Sección. **Funciones primarias**: ▪ Tiene autoridad clara y conoce la política de la agencia. ▪ Garantiza la seguridad de los incidentes. ▪ Establece el *Incident Command Post*. ▪ Establece las prioridades, determina los objetivos del incidente y las estrategias a seguir. ▪ Establece la organización del ICS necesaria para manejar el incidente. ▪ Aprueba el IAP. ▪ Coordina las actividades del Personal de Mando y General. ▪ Aprueba las solicitudes de recursos, uso de voluntarios y el personal auxiliar. ▪ Ordena la desmovilización, según sea necesario. ▪ Asegura que se completen los informes posteriores a la acción. ▪ Autoriza la divulgación de información a los medios de comunicación.

Tabla 2F: Oficial de Información Pública y funciones primarias.

Posición: Oficial de Información Pública
El Oficial de Información Pública es responsable de interactuar con el público y los medios de comunicación, al igual que con otros organismos que requieren información relacionada al incidente. Se reporta al Comandante de Incidente. **Funciones primarias:** ▪ Informa al IC sobre los problemas e inquietudes de información pública. ▪ Asesora al IC en términos de comunicación y asuntos públicos. ▪ Obtiene la aprobación del IC de las divulgaciones a los medios. ▪ Es el enlace del DS con los medios de comunicación.

- Desarrolla comunicados de prensa, antes, durante y después de la emergencia.
- Recopila, verifica y difunde la información.
- Monitorea los medios de comunicación.
- Implementa métodos para el control de rumores.
- Desarrolla información precisa, accesible y actualizada para difundir a través de los distintos medios de comunicación.
- Participa en las reuniones de planificación.

Tabla 3F: Oficial de Seguridad y Salud Ocupacional y funciones primarias.

Posición: Oficial de Seguridad y Salud Ocupacional
El Oficial de Seguridad supervisa las operaciones del incidente y asesora al comando de incidente sobre todos los asuntos relacionados con la seguridad operacional, incluida la salud y la seguridad del personal de respuesta en las emergencias. Se reporta al Comandante de Incidente. **Funciones primarias:** ▪ Identifica y mitiga los peligros en el incidente. ▪ Crea el Plan de Seguridad. ▪ Garantiza que se realicen mensajes de seguridad y sesiones informativas. ▪ Ejerce la autoridad de emergencia para detener y prevenir actos inseguros. ▪ Revisa el IAP para conocer las implicaciones de seguridad. ▪ Asigna asistentes calificados para evaluar peligros especiales. ▪ Inicia la investigación preliminar de accidentes dentro del área de incidentes. ▪ Revisa y aprueba el Plan Médico. ▪ Participa en reuniones de planificación para identificar los peligros anticipados asociados en las operaciones futuras.

Tabla 4F: Oficial de Enlace y funciones primarias.

Posición: Oficial de Enlace
El Oficial Enlace es el punto de contacto del Comando de Incidente para representantes de otros departamentos y agencias gubernamentales, NGO's y/o del sector privado (sin jurisdicción o autoridad legal) para proporcionar información sobre las políticas de su organización, la disponibilidad de recursos y otros asuntos relacionados con los incidentes. Se reporta al Comandante de Incidente. **Funciones primarias:** ▪ Actúa como punto de contacto para los representantes de las agencias. ▪ Mantiene una lista de las agencias de apoyo y sus representantes. ▪ Ayuda en la creación y coordinación de contactos interagenciales. ▪ Monitorea las operaciones del incidente para identificar problemas interagenciales actuales o potenciales. ▪ Participa en las reuniones de planificación, proporcionando el estado actual de los recursos, incluidas las limitaciones y capacidades de la agencia. ▪ Proporciona la información y los requisitos específicos de la desmovilización.

a. Personal de mando adicional

También pueden ser necesarios puestos adicionales en el personal de mando dependiendo de la naturaleza y ubicación del incidente o los requisitos específicos establecidos por el Comandante de Incidente. Por ejemplo, se puede asignar un asesor jurídico a la Sección de Planificación como especialista técnico o directamente al personal de mando para asesorar al Comandante de Incidente sobre asuntos jurídicos, como declaraciones de emergencia, legalidad de las órdenes de desalojo, aislamiento y cuarentena, derechos y restricciones legales relacionadas con el acceso a los medios de comunicación. Del mismo modo, se puede designar un asesor médico directamente al Personal de Mando para proporcionar asesoramiento y recomendaciones al Comandante de Incidente en emergencias que involucren servicios médicos y de salud mental, respuesta masiva a víctimas, cuidados intensivos, control de vectores, epidemiología o consideraciones de profilaxis masiva, particularmente en la respuesta a un incidente de bioterrorismo.

Principal oficial médico (Chief Medical Officer, por sus siglas en inglés): proporciona orientación estratégica, políticas y actividades de investigación para prevenir infecciones y reducir la morbilidad y la mortalidad. Es responsable de

dirigir y coordinar actividades de investigación que evalúen intervenciones biomédicas, estructurales o combinadas para mejorar los resultados sanitarios, y promover la equidad sanitaria liderando los esfuerzos estatales para identificar brotes y apoyar respuestas oportunas y adaptadas. Puede servir de consultor sobre el tratamiento médico de un paciente hospitalizado.

Epidemiólogo experto en la materia (*Epidemiology SME*, en inglés): tiene experiencia trabajando y analizando datos de vigilancias de poblaciones y puede ofrecer consultoría sobre el proceso de investigación de casos/brotes. Brinda apoyo al DSPR, a las coaliciones de servicios de salud y a los socios de respuesta en función de sus roles en la respuesta de salud pública identificada.

Experto en enfermedades infecciosas (*Infectious diseases SME*, en inglés): cumple el rol del Consultor en Infectólogía. Evalúa las investigaciones recopiladas y lleva a cabo el último paso en el cernimiento para determinar si se cumple con el criterio clínico y/o epidemiológico para ser considerado caso sospechoso y/o para recibir tratamiento para una condición. Evalúa la necesidad de intervención no farmacéutica (NPI, por sus siglas en inglés).

3. Sección de Operaciones

La Sección de Operaciones es responsable de administrar las operaciones dirigidas a reducir el peligro inmediato en el lugar del incidente, salvar vidas y propiedades, establecer el control de la situación y restaurar las condiciones normales. Muchos incidentes pueden involucrar a agencias gubernamentales, NGO's y el sector privado como socios en la Sección de Operaciones.

Tabla 5F: Jefe de Operaciones y funciones primarias.

Posición: Jefe de Operaciones
El Jefe de la Sección de Operaciones maneja directamente todas las actividades tácticas del incidente e implementa el Plan de Acción del Incidente (IAP, por sus siglas en inglés). Se designará un Jefe de la Sección de Operaciones para cada período operacional y tendrá una participación directa en el desarrollo del IAP para el próximo período operacional. Se reporta al Comandante de Incidente. **Funciones primarias:** ▪ Garantiza la seguridad de las operaciones tácticas. ▪ Maneja las operaciones tácticas. ▪ Desarrolla partes operacionales del IAP.

- Supervisa la ejecución de las secciones operacionales del IAP.
- Solicita recursos adicionales para apoyar las operaciones tácticas.
- Aprueba la liberación de recursos de asignaciones operacionales activas.
- Realiza o aprueba los cambios oportunos en el IAP.
- Mantiene un contacto cercano con el IC, el personal subordinado en las operaciones y otras agencias involucradas en el incidente.

a. Divisiones y grupos

Las divisiones y los grupos se establecen cuando el número de recursos excede el margen de control manejable del Jefe de la Sección de Operaciones. Las divisiones separan las áreas físicas o geográficas de la operación dentro del área del incidente. Los grupos separan las áreas funcionales de la operación para el incidente.

El uso de los dos términos es necesario, porque División siempre se refiere a una asignación geográfica y un Grupo siempre se refiere a una asignación funcional. Tanto las divisiones como los grupos pueden ser utilizados el mismo incidente. Mantener una coordinación adecuada es vital para el éxito de estas operaciones.

b. Organización de recursos

Los *task force* y los *strike teams* son una forma efectiva de reducir el margen del control sobre una gran cantidad de recursos individuales. A medida que el incidente crece en tamaño o complejidad, estos recursos individuales pueden operar dentro de divisiones y/o grupos.

i. Recursos únicos

Los recursos pueden emplearse sobre una sola base, como personal individual, equipo y cualquier operador asociado. Este suele ser el caso en el contexto de la respuesta inicial al incidente.

ii. *Task Forces*

Los grupos de trabajo son cualquier combinación de recursos convocados para cumplir una misión específica y pueden ser ad hoc o planificados. Los *task forces* incluyen un líder designado y operan con comunicaciones comunes. Varios elementos clave de los recursos se pueden manejar bajo la supervisión de un individuo, lo que ayuda en el margen de control. Por ejemplo, durante un incidente de inundación, se podría establecer un task force de Obras Públicas, con la misión de abrir desagües pluviales. Puede consistir en un camión de

volteo, una retroexcavadora, un cargador frontal, una tripulación de cinco personas con palas y transporte, y un líder del task force (por ejemplo: capataz de obras públicas con vehículo y comunicaciones).

iii.*Strike Teams*

Un *strike team* consiste en un número determinado de recursos del mismo tipo y operación bajo un líder designado con comunicación común entre ellos. Los *strike teams* representan capacidades conocidas y son unidades altamente efectivas. Por ejemplo, para una respuesta de fuego, un equipo podría consistir en cinco camiones bomba tipo I y un líder de strike team. Se requiere que el líder del strike team tenga un vehículo con capacidades de comunicación para comunicarse con su equipo.

4. Sección de Planificación

La Sección de Planificación es responsable de recopilar, evaluar y difundir información operacional relacionada con el incidente. Esta sección mantiene información e inteligencia sobre la situación actual y prevista, así como el estado de los recursos asignados al incidente. La Sección de Planificación prepara y documenta los planes de acción y los mapas, reúne y difunde información e inteligencia fundamentales para el incidente. La Sección de Planificación tiene cuatro dependencias principales y también puede incluir especialistas técnicos para ayudar a evaluar la situación y pronosticar las necesidades de personal y equipo adicionales.

Tabla 6F: Jefe de Planificación y funciones primarias.

Posición: Jefe de Planificación
El Jefe de la Sección de Planificación supervisa toda la recopilación y el análisis de los datos relacionados a las operaciones del incidente y los recursos asignados, lleva a cabo reuniones de planificación y prepara el IAP para cada período operacional. Se reporta al Comandante de Incidente. **Funciones primarias:** ▪ Recopila y maneja todos los datos operacionales relevantes para el incidente. ▪ Supervisa la preparación del IAP. ▪ Proporciona información al IC y a las Operaciones en la preparación del IAP. ▪ Incorpora las reuniones de tránsito, médicos y plan de comunicaciones y otro material de apoyo en el IAP. ▪ Realiza/facilita las reuniones de planificación. ▪ Reasigna personal fuera de servicio dentro de la organización del ICS que ya

está en la escena, según sea apropiado.

- Compila y presenta la información sobre el estado del incidente.
- Establece requisitos de información y cronogramas de presentación de informes para las unidades (Ejemplo: Unidad de Recursos y la Unidad de Situación).
- Determina la necesidad de recursos especializados.
- Reúne y desmoviliza las tareas y los equipos de ataque no asignados a las operaciones.
- Establece sistemas especializados de recopilación de datos, según sea necesario (por ejemplo, el clima).
- Reúne información sobre estrategias alternativas.
- Proporciona predicciones periódicas sobre el potencial de incidentes.
- Reporta cambios significativos en el estado del incidente.
- Supervisa la elaboración del Plan de Desmovilización

a. Unidad de recursos

La unidad de recursos se asegura de que todo el personal y los recursos asignados se hayan registrado en el incidente. Los recursos consisten en el personal, los equipos, las tripulaciones, aeronaves y los equipos disponibles para la asignación o empleo durante un incidente. La Unidad de Recursos mantiene un sistema para realizar un seguimiento de la ubicación actual y el estado de todos los recursos asignados y mantiene una lista maestra de todos los recursos comprometidos para las operaciones del incidente. El líder de la unidad se reporta al Jefe de Planificación.

b. Unidad de situación

La Unidad de Situación recopila, procesa y organiza la información sobre la situación en curso; prepara resúmenes de situación; y desarrolla proyecciones y pronósticos de eventos futuros relacionados con el incidente. La Unidad de Situación prepara los informes de situación, mapas y también reúne y difunde información e inteligencia para su uso en el IAP. El líder de la unidad se reporta al Jefe de Planificación.

c. Unidad de documentación

La Unidad de Documentación mantiene expedientes precisos y completos sobre los incidentes, incluyendo un registro completo de las principales medidas adoptadas para resolver el incidente; proporciona servicios de duplicación de

documento para el personal del incidente; y archiva, mantiene y almacena archivos con fines legales, analíticos e históricos. Esta Unidad compila y publica el IAP y mantiene los archivos y registros que se desarrollan como parte de la función general del IAP y la planificación. El líder de la unidad se reporta al Jefe de Planificación.

d. Unidad de desmovilización

La Unidad de Desmovilización elabora el Plan de Desmovilización por Incidentes que incluye instrucciones específicas para todo el personal y los recursos que requerirán desmovilización. Esta unidad debería comenzar su labor al principio del incidente, creando una lista del personal y los recursos, obteniendo toda la información que se necesite a medida que avanza el registro. Tenga en cuenta que muchos recursos proporcionados por el municipio o ciudad son locales, por lo cual no requieren instrucciones específicas de desmovilización. El líder de la unidad se reporta al Jefe de Planificación.

e. Especialistas técnicos

Este personal tiene habilidades especiales y se activa solo cuando es necesario. Los especialistas pueden servir en cualquier lugar dentro de la organización, incluyendo el Personal de Mando. No se prescriben ni requieren calificaciones específicas de incidentes, ya que los especialistas técnicos normalmente realizan las mismas tareas durante un incidente que realizan en sus trabajos diarios, y generalmente están certificados en sus campos o profesiones. Se reportan al Jefe de Planificación.

5. Sección de logística

La Sección de logística proporciona todas las necesidades de apoyo para el incidente, como ordenar recursos y proporcionar instalaciones, transporte, suministros, mantenimiento de equipos y combustible, servicio de alimentos, comunicaciones y servicios médicos para el personal de incidentes. La sección de logística está dirigida por un jefe de sección, que también puede tener uno o más adjuntos. Cuando el incidente es muy grande o requiere una serie de instalaciones con un gran número de equipos, la sección de logística se puede dividir en ramas. Esto ayuda con el alcance del control al proporcionar una supervisión y coordinación más efectivas entre las unidades individuales. Por el contrario, en incidentes más pequeños o cuando se necesitan menos recursos, se puede usar una configuración de sucursal para combinar las asignaciones de tareas de unidades individuales.

Tabla 7F: Jefe de Logística y funciones primarias.

Posición: Jefe de Logística
El Jefe de la Sección de Logística supervisa todas las necesidades de apoyo para el incidente. Se reporta al Comandante de Incidente. **Funciones primarias:** ▪ Proporciona todas las facilidades, transporte, comunicaciones, suministros, mantenimiento de equipos y el abastecimiento de combustible, alimentos y servicios médicos para el personal dentro y fuera del incidente. ▪ Maneja toda la logística de incidencias. ▪ Proporciona insumos logísticos al IAP. ▪ Informa al personal de logística, según sea necesario. ▪ Identifica los requerimientos anticipados y conocidos de servicio y soporte de incidentes. ▪ Solicita recursos adicionales según sea necesario. ▪ Asegura y supervisa el desarrollo de planes de tráfico, médicos y de comunicaciones según sea necesario. ▪ Supervisa la desmovilización de la Sección de Logística y los recursos alternos.

a. Unidad de suministro

Esta unidad ordena, recibe, procesa, almacena inventarios y distribuye todos los recursos y suministros relacionados con el incidente. El líder de la unidad se reporta al Jefe de Logística.

b. Unidad de facilidades

La Unidad de Facilidades establece, mantiene y desmoviliza todas las instalaciones utilizadas en apoyo de las operaciones de incidentes. La Dependencia también presta servicios de mantenimiento de las instalaciones y de aplicación de la ley y seguridad necesarios para el apoyo a incidentes. El líder de la unidad se reporta al Jefe de Logística.

c. Unidad de apoyo terrestre

La Unidad de Apoyo Terrestre mantiene y repara vehículos de respuesta primarios y equipos móviles de apoyo en tierra. Suministra combustible para todos los equipos móviles. Proporciona transporte en apoyo de las operaciones del

incidente (excepto aeronaves). El líder de la unidad se reporta al Jefe de Logística.

d. Unidad de comunicaciones

La Unidad de Comunicaciones desarrolla el Plan de Comunicaciones (ICS 205), para hacer el uso más efectivo de los equipos de comunicación y las facilidades asignadas al incidente. Además, esta unidad instala y les realizan prueba a todos los equipos de comunicaciones, supervisa y opera el Centro de Comunicaciones para el incidente. También distribuye y recupera el equipo asignado al personal, mantiene y repara el equipo de comunicaciones en las facilidades. El líder de la unidad se reporta al Jefe de Logística.

e. Unidad de alimentos

La Unidad de Alimentos determina los requisitos de alimentos e hidratación de los respondedores, y tiene la responsabilidad de planificar los menús, ordenar alimentos, proporcionar facilidades para cocinar y servir los alimentos, así como administrar la seguridad alimentaria. El líder de la unidad se reporta al Jefe de Logística.

f. Unidad médica

La Unidad Médica se encarga de la prestación eficaz y eficiente de servicios médicos al personal del incidente y depende directamente del Jefe de la Sección de Logística. Desarrolla el Plan Médico del Incidente (para el personal del incidente), así como los procedimientos para manejar cualquier emergencia médica que involucre al personal del incidente. El líder de la unidad se reporta al Jefe de Logística.

6. Sección de administración y finanzas

Se establece una Sección de Administración y Finanzas cuando existe una necesidad específica de servicios financieros y/o administrativos para apoyar las actividades de manejo del incidente. Los escenarios grandes o en evolución implican un financiamiento significativo que se origina en múltiples fuentes. Además de monitorear múltiples asignaciones de fondos, el jefe de sección debe rastrear e informar al IC/UC, el gasto acumulado a medida que avanza el incidente. Esto permite al IC/UC pronosticar la necesidad de fondos adicionales antes de que las operaciones se vean afectadas negativamente, y es particularmente importante si se contratan recursos operativos del sector privado.

Es posible que el jefe de sección también tenga que monitorear los gastos para asegurarse de que se cumplen las normas legales aplicables. Es esencial una estrecha coordinación con las Secciones de Planificación y Logística para que los registros operacionales puedan conciliarse con los documentos financieros.

Tabla 8F: Jefe de Administración y funciones primarias.

Posición: Jefe de Administración y Finanzas
El Jefe de Administración y Finanzas monitorea los gastos para asegurarse de que se cumplen las normas legales aplicables. Es esencial una estrecha coordinación con las Secciones de Planificación y Logística para que los registros operacionales puedan conciliarse con los documentos financieros. Se reporta al Comandante de Incidente. **Funciones primarias:** ▪ Maneja todos los aspectos financieros de un incidente. ▪ Proporciona información financiera y de análisis de costos, según lo solicitado. ▪ Asegura que las funciones de compensación y reclamos se relacionen con el incidente. ▪ Recopila la información pertinente de las reuniones informativas con agencias responsables. ▪ Elabora un plan operacional para la Sección de Administración y Finanzas para satisfacer las necesidades de suministro y apoyo de la sección. ▪ Determina la necesidad de configurar y operar un economato de incidentes. ▪ Se reúne con representantes de agencias que asisten y cooperan según sea necesario. ▪ Mantiene contacto diario con la(s) sede(s) de la(s) agencia(s) en asuntos financieros. ▪ Asegura que los registros de tiempo del personal se completen con precisión y se transmitan a las agencias de origen. ▪ Asegura que todos los documentos requeridos en el incidente estén debidamente preparados y completados. ▪ Informa al personal administrativo de la agencia sobre todos los problemas financieros relacionados con el incidente que necesiten atención o seguimiento. ▪ Proporciona la información al IAP.

a. Unidad de tiempo

La Unidad de Tiempo se encarga principalmente de garantizar el registro diario del tiempo trabajado del personal, de conformidad con las políticas de los organismos pertinentes. La Unidad de Tiempo también se asegura que la sección

de logística registre o capture el tiempo de uso del equipo. El líder de la unidad se reporta al Jefe de Administración y Finanzas.

b. Unidad de compras

La Unidad de Compras administra todos los asuntos financieros relativos a los contratos de los proveedores. Esta unidad coordina con las jurisdicciones locales para identificar las fuentes de equipo, desarrollo y firma de contratos de alquiler de equipo y procesa todos los requisitos administrativos asociados con los contratos. La Unidad de Compra también colaborará estrechamente con las autoridades locales encargadas de los costos. El líder de la unidad se reporta al Jefe de Administración y Finanzas.

c. Unidad de reclamaciones y compensaciones

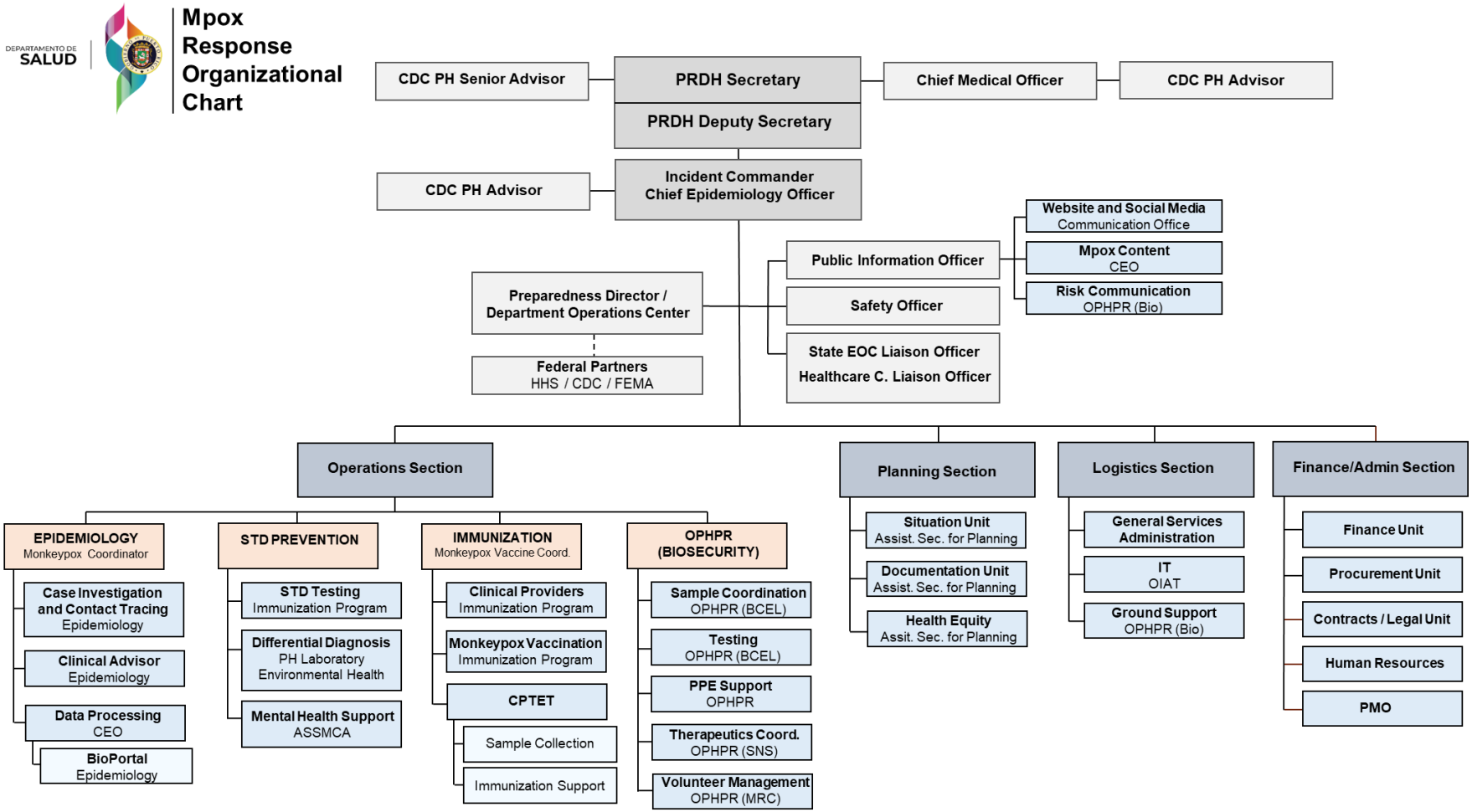
En el marco del ICS, solo una unidad maneja las reclamaciones y compensaciones por lesiones. Dependiendo del incidente, las actividades específicas son variadas y no siempre pueden ser realizadas por la misma persona. El individuo que maneja la compensación por lesiones garantiza que se completen todos los formularios requeridos por los programas de compensación de trabajadores y las agencias locales. Esta persona también mantiene archivos sobre las lesiones y enfermedades asociadas con el incidente, y se asegura de que todas las declaraciones de los testigos se obtengan por escrito. Dado que la Unidad Médica también puede realizar algunas de estas tareas, es esencial una estrecha coordinación entre la Unidades Médica y la Unidad de Reclamaciones y Compensación. La función de reclamos maneja las investigaciones de todas las reclamaciones de responsabilidad civil que involucran propiedades asociadas o involucradas en el incidente. La Unidad de Reclamaciones y Compensaciones mantiene registros de las reclamaciones, obtiene declaraciones de testigos y documenta las investigaciones y los requisitos de seguimiento de los organismos. El líder de la unidad se reporta al Jefe de Administración y Finanzas.

d. Unidad de costo

La Unidad de Costo proporciona datos para el análisis de gastos operacionales del incidente. Esta unidad debe asegurarse que el equipo y el personal para los que se requiere el pago estén debidamente identificados, obtener y registrar todos los datos de costos, y analizar y preparar Estimado de Gastos Operacionales del incidente. La Unidad de Costos también proporciona información a la Sección de Planificación sobre los estimados de costos para la utilización de los recursos. La Unidad de Costos debe mantener información precisa sobre los gastos reales de todos los recursos asignados. El líder de la unidad se reporta al Jefe de Administración y Finanzas.

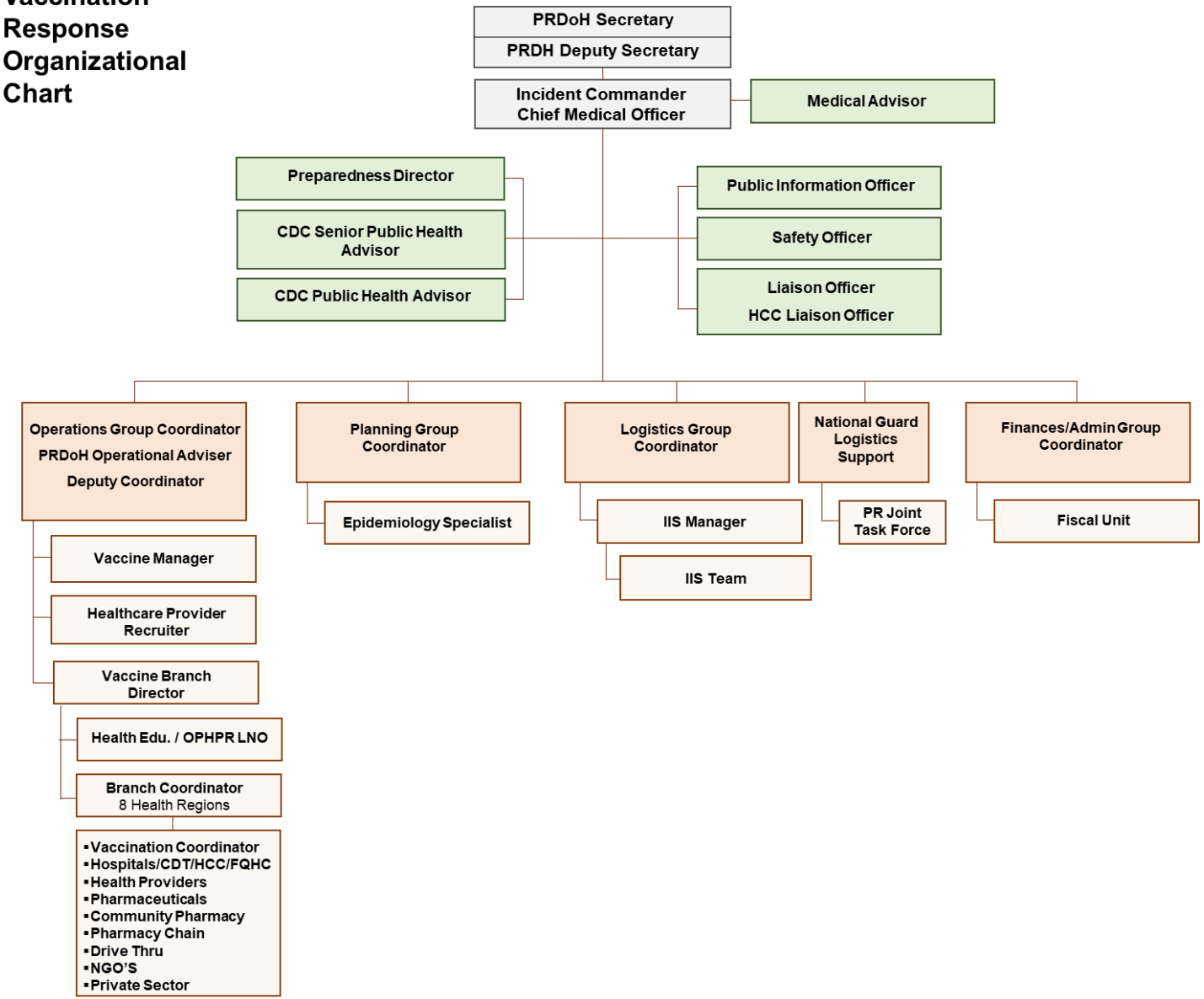
Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

Apéndice G
Estructuras de Respuesta del DS



DEPARTAMENTO DE SALUD

COVID-19 Vaccination Response Organizational Chart



Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

DEPARTAMENTO DE
SALUD