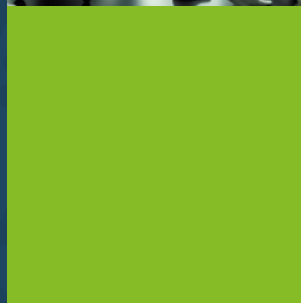




Hospitales resilientes

Documento interregional
de orientaciones para
fortalecer la resiliencia de
los establecimientos de salud
ante emergencias y desastres

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Región de las Américas

Hospitales resilientes

Documento interregional
de orientaciones para
fortalecer la resiliencia de
los establecimientos de salud
ante emergencias y desastres

Washington, D.C., 2025

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Región de las Américas

Hospitales resilientes: Documento interregional de orientaciones para fortalecer la resiliencia de los establecimientos de salud ante emergencias y desastres

ISBN: 978-92-75-32906-1 (PDF)

ISBN: 978-92-75-32907-8 (versión impresa)

© Organización Panamericana de la Salud, 2025

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Atribución-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

Cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. Hospitales resilientes: Documento interregional de orientaciones para fortalecer la resiliencia de los establecimientos de salud ante emergencias y desastres. Washington, D.C.: OPS; 2025. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275329061>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, diríjase a sales@paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

PHE/CPI/2025

Fotografías: © OPS

Índice

Agradecimientos	viii
Abreviaciones.....	xii
Introducción	1
Finalidad y público destinatario	2
¿Qué es la resiliencia de los hospitales?.....	2
Impacto y resultados	4
Capacidades, componentes y contexto.....	4
Atributos.....	10
Implementación de la resiliencia hospitalaria.....	12
Matriz operativa de la resiliencia hospitalaria.....	16
1. ANTES: Operaciones ordinarias del hospital.....	22
1.1 Evaluación de riesgos y planificación estratégica	23
1.1.1 ¿Por qué hacer una evaluación de riesgos?.....	24
1.1.2 Evaluación de riesgos a nivel hospitalario para la planificación estratégica	24
1.1.3 Herramientas de evaluación y reducción de riesgos	25
1.2 Herramientas de evaluación de riesgos	26
1.2.1 Mitigación estructural.....	27
1.2.2 Mitigación no estructural	27
1.2.3 Accesibilidad y agilidad de las infraestructuras	28
1.2.4 Sistema de acreditación de hospitales	31
1.2.5 Comité multidisciplinario de gestión de desastres.....	32
1.2.6 Planes de desarrollo estratégico para hospitales	32
1.2.7 Funcionamiento ordinario del hospital	32
1.2.8 Operaciones hospitalarias ecológicas.....	33
1.2.9 Planes para el desarrollo de las capacidades	34
1.2.10 Comunicación de riesgos y participación de la comunidad.....	35
1.2.11 Sistema de gestión de la información hospitalaria	36
1.2.12 Programa de mantenimiento preventivo	37
1.2.13 Cadena de suministro, inventario y logística de compras.....	39
1.2.14 Gestión financiera de la atención de salud.....	39
1.2.15 Integración de la gestión del riesgo de emergencias de salud y de desastres en el desarrollo ordinario de los recursos humanos	40
1.2.16 Herramientas y recursos para la reducción de riesgos.....	41

1.3	Preparación	42
1.3.1	Organización del espacio para poner en práctica la respuesta.....	43
1.3.2	Programa de preparación ante emergencias.....	43
1.3.3	Planificación de la continuidad de los servicios.....	44
1.3.4	Plan hospitalario de respuesta a emergencias multiamenaza	45
1.3.5	Equipo de gestión de incidentes del hospital	47
1.3.6	Centro de operaciones de emergencia del hospital	50
1.3.7	Gestión de incidentes masivos y víctimas mortales en masa.....	51
1.3.8	Plan de respuesta ante brotes de enfermedades transmisibles	54
1.3.9	Participación de la comunidad	56
1.3.10	Comunicación de riesgos.....	56
1.3.11	Puesta en marcha de sistemas de emergencia	58
1.3.12	Gestión de existencias e inventarios.....	58
1.3.13	Adquisición y gestión de medicamentos e insumos de emergencia	59
1.3.14	Acuerdos con proveedores y servicios.....	60
1.3.15	Mecanismos financieros de emergencia	61
1.3.16	Desarrollo de las competencias del personal.....	62
1.3.17	Movilización de recursos humanos para la respuesta.....	64
1.3.18	Herramientas y recursos para la preparación ante emergencias	65
1.4	Voluntariado.....	69
1.5	Equipos médicos de emergencia	69
2.	DURANTE: Fase de respuesta.....	71
2.1	Evaluación de daños y reasignación del espacio hospitalario	72
2.2	Seguimiento de la información de alerta temprana	73
2.3	Activación del plan de respuesta para todo tipo de amenazas	74
2.4	Prevención y control de infecciones	77
2.5	Evaluación rápida de las necesidades	77
2.6	Sistema de comando de incidentes del hospital	78
2.7	Planificación de la actuación ante un incidente	79
2.8	Centro de operaciones de emergencia del hospital	82
2.9	Comunicación y coordinación.....	83
2.10	Movilización de recursos oportuna y flexible	87
2.11	Estándares basados en necesidades y ajustados en función del riesgo	88
2.12	Protección, seguridad, salud y bienestar del personal.....	90
2.13	Herramientas y recursos de respuesta.....	91

3. DESPUÉS: Fase de recuperación	94
3.1 Recuperación	94
3.1.1 Acciones de recuperación hospitalaria.....	94
3.1.2 Estrategias de recuperación a corto plazo	98
3.1.3 Evaluación de daños y pérdidas	98
3.1.4 Centros de atención poshospitalaria.....	99
3.1.5 Servicios de rehabilitación	101
3.1.6 Retirada de las operaciones de respuesta.....	102
3.1.7 Tecnologías de la información y sistemas de información hospitalaria	103
3.1.8 Planificación de la recuperación tras el desastre	103
3.1.9 Actualización del inventario, reposición de insumos y reparación del equipamiento.....	105
3.1.10 Mitigación de los costos directos e indirectos de la recuperación	106
3.1.11 Salud mental y acompañamiento psicosocial.....	107
3.1.12 Incentivos económicos y de otro tipo.....	108
3.1.13 Desmovilización del personal y del voluntariado	108
3.2 Revisión posterior a la acción y enseñanzas extraídas	110
3.2.1 Recopilación y evaluación de la información contextual pertinente.....	111
3.2.2 Formulación de preguntas orientadoras	111
3.2.3 Detección de puntos fuertes, puntos débiles y capacidades.....	112
3.2.4 Consenso entre los participantes.....	112
3.2.5 Reunión informativa con el equipo del examen posterior a la acción.....	113
3.2.6 Reunión informativa con la dirección del hospital	113
3.2.7 Redacción del informe del examen posterior a la acción	113
3.2.8 Enseñanzas extraídas.....	114
3.3 Herramientas y recursos de recuperación.....	115
Referencias.....	116
Anexo 1.....	119
Referencias del anexo 1.....	132

Figuras

Figura 1.	Marco conceptual de la resiliencia de los hospitales.....	3
Figura 2.	Atributos de los hospitales resilientes.....	10
Figura 3.	Proceso de aprendizaje continuo.....	15
Figura 4.	Ciclo de aplicación de STAR-H.....	25

Cuadros

Cuadro 1.	Las tres etapas de la gestión del riesgo de emergencias de salud y de desastres	13
Cuadro 2.	Clasificación de la OMS de los equipos médicos de emergencia	70
Cuadro 3.	Matriz de activación de la respuesta hospitalaria.....	75
Cuadro 4.	Incentivos económicos y de otro tipo	108

Recuadros

Recuadro 1.	Red Global de Hospitales Verdes y Saludables: descarbonizar el funcionamiento de los hospitales	34
Recuadro 2.	Principios de la comunicación de riesgos y participación de la comunidad eficaces	35
Recuadro 3.	Ventajas de los programas de mantenimiento preventivo.....	38
Recuadro 4.	Funciones del equipo de gestión de incidentes del hospital (EGI-H)	48
Recuadro 5.	Elementos del equipo de gestión de incidentes del hospital (EGI-H)	49
Recuadro 6.	Funciones del centro de operaciones de emergencia del hospital (COE-H)	50
Recuadro 7.	Elementos del centro de operaciones de emergencia del hospital (COE-H)	51
Recuadro 8.	Mejora de la disposición operativa del hospital ante situaciones de emergencia por brote	55
Recuadro 9.	Elaboración de mensajes de comunicación de riesgos	57
Recuadro 10.	Guía rápida para iniciar la respuesta hospitalaria ante emergencias.....	72
Recuadro 11.	Características principales de un plan de acción ante un incidente	80
Recuadro 12.	Consejos y orientaciones sobre comunicación de crisis	86
Recuadro 13.	Participación de la comunidad y comunicación durante la recuperación	105

Agradecimientos



El presente documento de orientación es fruto de la colaboración interregional entre dos oficinas de la Organización Mundial de la Salud (OMS): la Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental (EMRO) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Este documento es uno de los resultados de la colaboración interdepartamental entre estas dos oficinas regionales y sus departamentos de Sistemas y Servicios de Salud y Emergencias en Salud.

Esta versión en español ha sido revisada y corregida por: Alex Camacho, Juan Carlos Sánchez, Gisell Alban y María Florencia Botta.

Elaboraron el documento John Abo, Merette Khalil, Alex Camacho y Hamid Ravaghi, bajo la coordinación técnica y orientación de Ciro Ugarte, Dalia Samhoury y Celso Bambaren.

Revisaron el documento y aportaron mejoras los siguientes expertos técnicos de EMRO: Rana Hajjeh, Awad Mataria, Richard Brennan, Maha ElAdawy, Hala Sakr, Ali Ardalán, Osman ElMahal, Jehan AlBadri, Ghada AlKayyali (Oficina de la OMS en Jordania) y Munia Abu El Hawa (Oficina de la OMS para los Territorios Palestinos Ocupados); y de la OPS: Juan Carlos Sánchez, Patricia Bittner, Enrique Pérez Gutiérrez, Amalia del Riego, Felipe Cruz Vega, Diana Albán, Daniel de Jesús, Mauricio Cerpa, Leonardo Hernández y Ernesto Bascolo, así como Hermes Cortés, Martín Acosta, Lorenzo Barraza, Reynaldo Holder, Solange Mora, Alejandro Santander, Dana van Alphen (desarrolladora de la Iniciativa Hospitales Inteligentes de la OPS) y Carolina Pineda, quienes aportaron valiosos comentarios especializados para desarrollar la herramienta STAR-H acompañante. Gracias igualmente a los colegas de la sede de la OMS: Qudsia Huda, Lee Wallis, Ann Lise Guisset, Mazen AlMalkwai, Rasha Nusr, Redda Seifeldin y Elena Villalobos Prats.

También se incorporaron los comentarios aportados por los profesionales multidisciplinarios que participaron en diversas reuniones técnicas, como la Reunión Consultiva de Expertos sobre Resiliencia Hospitalaria en el 2022: Jonathan Abrahams (Australia); Heba Ali, Universidad Griffith (Australia); Hamidreza Khankeh, Universidad de Bienestar Social y Ciencias de la Rehabilitación (Irán); Ayoko Honda, Universidad Hitotsubashi (Japón); Jamal Melhem, Hospital Universitario de Jordania (Jordania); Ali Alsaad, Hospital Almaqased (Jordania); Roger Hamoush, Hospital Público de Roumieh (Líbano); Qasem AlSalmi, Hospital Real (Omán); Shagufta Hassan, Hospital Universitario Aga Khan (Pakistán); Saeed Sarahneh, Hospital Al-Istishari de Ramala (Palestina); Theodoro Herbosa, Universidad de Filipinas (Filipinas); Nebil Achour, Universidad Anglia Ruskin (Reino Unido); y Richard Greenhill, Universidad Tecnológica de Tejas (Estados Unidos).

Un agradecimiento especial al Centro Asiático de Preparación para Desastres por su contribución técnica al presente documento y por su apoyo en la mejora de las capacidades de los mentores nacionales de resiliencia hospitalaria al poner a prueba la matriz de resiliencia hospitalaria en los respectivos países. Agradecemos también de modo especial el apoyo recibido del Centro Colaborador de la OPS/OMS para Servicios de Salud Resilientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

La revisión de la versión en español estuvo a cargo de Alex Camacho, Juan Carlos Sánchez, Florencia Botta y Gisell Alban.

En la Región de las Américas, la colaboración se amplió mediante tres talleres consultivos para el desarrollo de la iniciativa y sus conceptos. Intervinieron en ellos, por parte de la **OPS**: Alfonso Tenorio, Nicolás Lagomarsino, Liz Parra, Luis de la Fuente, Lealou Reballos, Karen Taborda, Michelle Narváez, Marion Bullock DuCasse, Isani Chang, Fabiola Michel, Patricio Yépez, Alejandra Bonadé, Magdalena Alcocer, Alexander Valle, Chantal Calvel, Claudio Canales, Pablo Galindo, José Luis Pérez, Sergio Álvarez, Manuel Loayza, Wilmer Marquiño, Laura Osorio, Lenin Flores, Duniesky Cintra, Luis Macías, Valeria Zevallos, Franklin Hernández y Eduardo Ortiz. **Anguila**: Valerie Beach-Horne. **Antigua y Barbuda**: Loriann Henry Johnson. **Argentina**: Carla Moretti, Claudia Congett, Gabriela Sosa, Gisela Gambeta, Gustavo Varela, Patricia Spinelli, Silvia La Ruffa. **Bahamas**: Annouch Armbrister, Antoinette Bumberbatch, Carlyne Smith-McKenzie, Sherlin Brown, Tezel Lightbourne. **Belice**: John Bodden. **Bermudas**: Brett Lefkowitz. **Bolivia (Estado Plurinacional de)**: Angel Sinuri, Lizeth Gancy. **Bonaire**: Jane O'Flynn. **Brasil**: Flávia Caselli Pacheco. **Canadá**: André La Prairie, Benoit Hermant, Cavan van Ulft, Liam Totten, Robin McNeill, Tiffany Smith. **Chile**: Germán Castro Besnier, Paola Pontoni Zúñiga, Yocelyn Price, Renato Calcano, Claudia Jiménez, Aldo Vivanco. **Colombia**: Néstor Laverde, Robert Turriago, Ana Zapata. **Costa Rica**: Carlos Salguero, Daisy Benítez, Keylor Castro, Priscilla Herrera, Rocío Sáenz. **Cuba**: José Betancourt, José Ernesto Labastida. **Dominica**: Anneke Wilson, Laura Esprit. **Ecuador**: Santiago Tarapués, Cristina Jácome, Francisco Guevara, Diego Vallejo, Elizabeth Vallejo de Solezio, Roddy Camino, Patricio Placencia. **El Salvador**: Carmen Guadalupe Melara, Gloria de Calles, Jeannette Suárez, Jorge Alberto Ramírez, Miguel Francia. **Estados Unidos de América**: Brittany Hayes, Christopher Jones, Christopher Perdue, Dayra Carvajal. **Granada**: Terence Walters. **Guatemala**: Gabriela Ochoa, Piedad Sánchez, José Daniel Caballo, Virginia Herzig. **Guyana**: Denicia Williams, Horson Harris, Lakan Singh, Leon Persaud, Narine Singh, Vasha Bachan, Abigail Liverpool, Tamica Noel. **Haití**: Giliane Magloire, Jean Patrick Alfred, Marcus Cadet. **Honduras**: Angela Lourdes Salgado, Antonio Laeiz. **Islas Caimán**: Dani Coleman. **Islas Turcas y Caicos**: Charlene Higgs. **Islas Vírgenes Británicas**: Rodney Brathwaite. **Jamaica**: Claudine Goodin, Debbie Carrington, Gail Ranglin Edwards, Harold Daniels, Lorna Burrell, Nicole Dawkins-Wright, Shirley Hibbert. **México**: Alejandro López Sámano, Federico Vilorio, Gabriel Rodríguez, Jorge Loria, Jorge Luis Ponce, Sandra Elizondo Argueta. **Montserrat**: Arlene Ponteen. **Nicaragua**: Eduardo Vado, José Luis Narváez, Luis Iván Gutiérrez. **Paraguay**: Carlos Torres Alujas. **Perú**: Alicia Garnique Ríos, Carmina Christen, Lucas Cureau, Miriam Salazar, Pedro Crisóstomo Poma, Silvia Berrospi Reyna. **República Dominicana**: Eduardo Rafael Montaña, Gina Estrella, José Luis Cruz, Luis Osoria Lara, Octavio Andrés Comas. **Saint Kitts y Nevis**: Eren Hanley, Katrina Smith, Latoya Mathew-Duncan, Sylvester Belle. **San Vicente y las Granadinas**: Simeon David Llerena. **Santa Lucía**: Glensford Joseph. **Suriname**: Oscar Mesones Lapouble. **Trinidad y Tabago**: Jeremy Harrilal, Patti-Ann Williams, Paul Francis. **Uruguay**: Adriana Alfonso, Bonny Andres Otazu, Gaston Casaux, Mariela Anchén. **Venezuela (República Bolivariana de)**: Raúl Carbonell.

Abreviaciones

COE	centro de operaciones de emergencia
COE-H	centro de operaciones de emergencia del hospital
COVID-19	enfermedad por el coronavirus del 2019
EGI-H	equipo de gestión de incidentes del hospital
EMRO	Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental
EMT	equipo médico de emergencia (por su sigla en inglés)
EPA	examen posterior a la acción
EPP	equipo de protección personal
GERESD	gestión del riesgo de emergencias de salud y de desastres
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud (Oficina Regional de la OMS para las Américas)
PCI	prevención y control de infecciones
POE	procedimiento operativo estandarizado
SCI	sistema de comando de incidentes
SCI-H	sistema de comando de incidentes del hospital
STAR-H	herramienta para la evaluación estratégica del riesgo de emergencias y desastres en establecimientos de salud (por su sigla en inglés)



Unidad de cuidados intensivos neonatales. Hospital General de Zona 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tapachula (Chiapas, México). Centro Colaborador MEX-35 de la OPS/OMS para Servicios de Salud Resilientes. 2023



En las situaciones de crisis,
los hospitales salvan vidas.

Un hospital resiliente debe mantener
su funcionalidad, proteger la inversión
que representa, y seguir prestando
servicios de salud esenciales a la
comunidad sin dejar a nadie atrás.

Introducción

Tanto en situaciones de emergencia como en las circunstancias cotidianas, los hospitales y establecimientos de salud son instituciones comunitarias esenciales y una luz de esperanza para quienes solicitan servicios de salud (1). Los sistemas hospitalarios representan una inversión considerable por parte de los países, incluido el sector privado. En muchos países, los hospitales y sistemas hospitalarios, símbolos del bienestar y la seguridad de la sociedad, representan hasta el 70% del presupuesto público destinado a la salud (2).

La pandemia de COVID-19, aunada al aumento de la frecuencia y las repercusiones en materia de salud de las emergencias y los desastres, ha contribuido a un reconocimiento sin precedentes de la importancia que reviste la resiliencia. Sin embargo, aunque los datos y la bibliografía mundiales sobre la resiliencia de los hospitales siguen siendo incipientes y divergentes, los especialistas han esquematizado un marco conceptual como punto de partida para la puesta en práctica de estos conceptos dinámicos y en continua evolución (3).

La resiliencia puede describirse en términos generales como la capacidad de absorber, adaptarse, transformarse y recuperarse en caso de situaciones adversas imprevistas (1). Aplicada a la gestión hospitalaria del riesgo de desastres, se traduce en la capacidad de un hospital o establecimiento de salud para resistir el impacto de una amenaza (ya sea de origen natural o causada por el ser humano, incluidas las amenazas biológicas) que pueda perturbar los servicios habituales, al tiempo que mantiene la funcionalidad de los servicios críticos de salud y recupera su estado original. La experiencia ha demostrado que los hospitales pueden aprender, y de hecho aprenden, a reducir los riesgos de desastre y a mejorar su respuesta en el futuro.

Optimizar la resiliencia de los hospitales no solo es clave para mejorar el acceso a la atención de salud durante las emergencias, sino que además reduce las vulnerabilidades, los retos y las desigualdades, y contribuye a la cobertura universal de salud, la seguridad mundial en el ámbito de la salud, la reducción del riesgo de desastres, la adaptación al cambio climático y la mitigación de sus efectos, la sostenibilidad, y la equidad en materia de salud (3).

No es infrecuente que los hospitales se encuentren de manera simultánea en distintas fases del ciclo de gestión del riesgo de desastres, como la preparación y la respuesta ante múltiples incidentes o diversas amenazas. Conscientes de la naturaleza dinámica de la resiliencia hospitalaria, así como de la diversidad y gravedad de los desastres, los hospitales se transforman, se adaptan y aprenden continuamente para mantener su funcionalidad y prestar de modo ininterrumpido servicios críticos de calidad a las personas más afectadas.

Reforzar las capacidades hospitalarias de preparación, respuesta y recuperación es esencial para mitigar las consecuencias de las amenazas. Sin embargo, es más fácil decirlo que lograrlo, dadas las dificultades actuales y las materializaciones contextuales de la atención de salud. Para hacer frente a estas dificultades, los hospitales deben desarrollar las capacidades y recursos necesarios, y capacitar al personal antes de que se presente una emergencia. La gestión hospitalaria del riesgo de emergencias de salud y desastres compite a menudo con las tareas y prioridades ordinarias del hospital, lo cual sobrecarga aún más a los recursos hospitalarios. En consecuencia, la reducción de riesgos y la preparación suelen recibir menos atención.

En el presente documento de orientación se hace hincapié en cómo integrar las acciones clave en los sistemas, **funciones y servicios** operativos ordinarios de un hospital de manera que se refuerce la forma en que el centro se prepara, responde y se recupera del efecto de diversas amenazas, como epidemias y pandemias, al tiempo que se recupera de manera más sólida.

Finalidad y público destinatario

Las presentes pautas operativas pretenden ofrecer recomendaciones sencillas y prácticas que mejoren la resiliencia de los hospitales en todas las fases de la gestión del riesgo de desastres: antes, durante y después de un desastre o una emergencia de salud.

Estas orientaciones están dirigidas a gerentes de hospital, jefes de departamentos hospitalarios, miembros de los comités hospitalarios de gestión de emergencias, incluidos los servicios de apoyo y administración; autoridades de salud y administrativas responsables de planificar y coordinar la gestión del riesgo de emergencias de salud y de desastres (GERESD) en los establecimientos de salud.

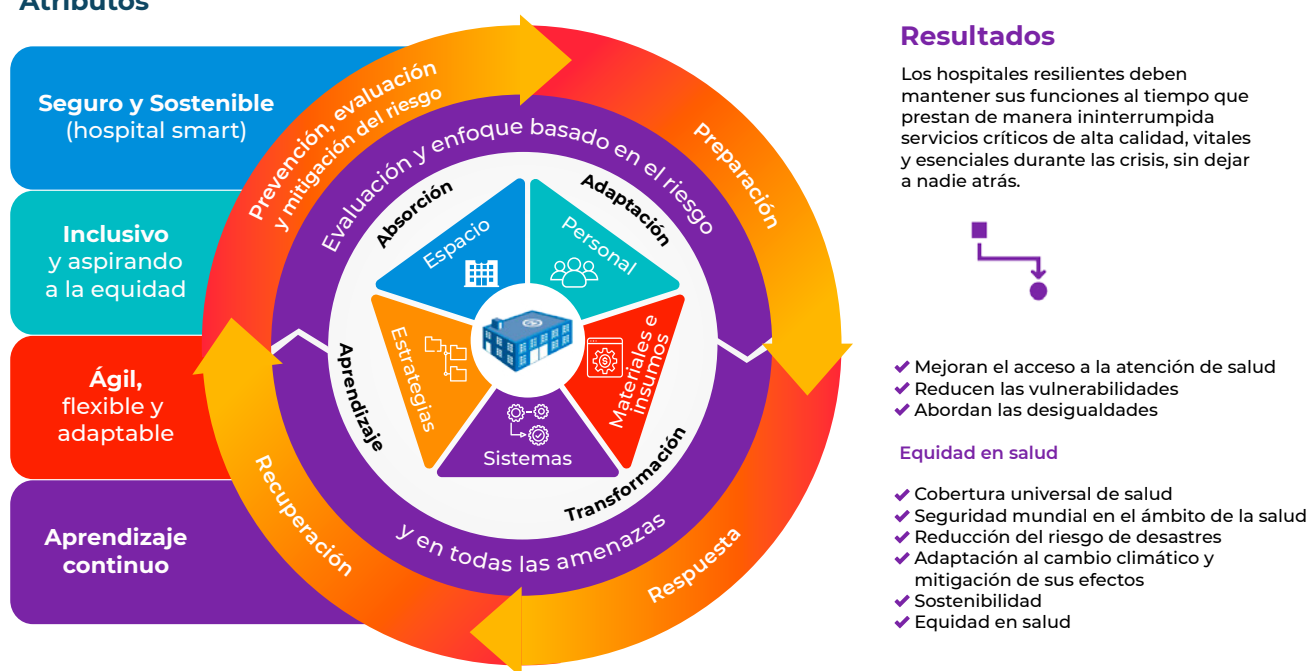
¿Qué es la resiliencia de los hospitales?

A partir de amplias investigaciones y contribuciones de la Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental (EMRO) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la siguiente información ayuda a conceptualizar la resiliencia de los hospitales ofreciendo un contexto y un lenguaje común. Esto permitirá al público usuario poner en práctica las orientaciones que se presentan en este documento.

En mayo del 2022, EMRO celebró una reunión de consulta multidisciplinaria que contó con la participación de expertos del nivel mundial y regional (responsables de políticas, gerentes de hospital, científicos y representantes de la OMS) para validar la versión preliminar de un marco para la resiliencia hospitalaria y debatir intervenciones para su puesta en marcha y evaluación (4). Dicho marco conceptual (figura 1) sirvió como punto de partida para ulteriores debates sobre el fortalecimiento de la resiliencia hospitalaria, el esbozo de los componentes, capacidades y atributos de un hospital resiliente, su resultado principal y las repercusiones posteriores.

La resiliencia hospitalaria se manifiesta a lo largo de las cuatro etapas del ciclo de GERESD: prevención, preparación, respuesta y recuperación (círculo naranja), dentro de un enfoque basado en el riesgo y en todas las amenazas (círculo morado). Cabe destacar que las cuatro capacidades cardinales de la resiliencia están presentes en todas las etapas del ciclo de GERESD y que, a menudo, se solapan. Este proceso garantiza que puedan alcanzar su resultado principal de prestar de manera ininterrumpida servicios críticos y esenciales de calidad durante las crisis, sin dejar a nadie atrás, con repercusiones variables. En consecuencia, los hospitales resilientes presentan cuatro atributos, indicados a la izquierda del círculo.

Atributos



¿QUÉ ES LA RESILIENCIA DE LOS HOSPITALES?

Impacto y resultados

El resultado principal de los hospitales resilientes es la continuidad de los servicios y el mantenimiento de las funciones hospitalarias críticas. Los hospitales resilientes deben seguir funcionando y prestando de manera ininterrumpida servicios críticos, vitales y esenciales de calidad durante las crisis y sin dejar a nadie atrás (1).

En este marco, los hospitales con mejores resultados se adaptan a las dificultades que afrontan, incluidas, entre otras, las derivadas de los desastres, un contexto cambiante, las brechas del sistema de salud y las deficiencias internas del propio hospital. Los hospitales resilientes deben garantizar asimismo la prestación de servicios de salud integrados y centrados en las personas (SSICP). Mediante SSICP, los hospitales resilientes contribuyen a crear sistemas de salud más fuertes, comunidades saludables y un desarrollo sostenible.

La repercusión del fortalecimiento de la resiliencia hospitalaria se hace evidente en la mejora del acceso a la atención de salud y la reducción de las vulnerabilidades, las dificultades y las desigualdades. Ello contribuye, a su vez, al avance de la cobertura universal de salud, la seguridad mundial en el ámbito de la salud, la reducción del riesgo de desastres, la adaptación al cambio climático y la mitigación de sus efectos, la sostenibilidad, y la equidad en materia de salud (3).

Capacidades, componentes y contexto

Capacidades de los hospitales resilientes

Combinando las definiciones más citadas de la bibliografía empírica, los hospitales resilientes se caracterizan por las cuatro capacidades siguientes:

- Absorción: capacidad de resistir o soportar la adversidad imprevista de una emergencia de salud o el efecto de un desastre, sin pérdida de funciones.
- Adaptación: capacidad de responder o utilizar reservas o procesos alternativos para mantener las funciones esenciales y satisfacer las necesidades inmediatas y agudas de la comunidad (garantizar la continuidad de unos servicios de salud eficientes, seguros, de calidad y centrados en las personas).
- Transformación: capacidad de recuperarse de la adversidad con rapidez y a un costo razonable; reducir la vulnerabilidad al riesgo y mejorar la disposición operativa ante emergencias futuras.
- Aprendizaje: capacidad de examinar y reflexionar sobre la eficacia de las acciones pasadas para fundamentar las acciones futuras; cuestionar las presuposiciones; y cuestionar y cambiar las estructuras de aprendizaje existentes. El marco pone de relieve la naturaleza transversal de la capacidad de aprendizaje en todo el ciclo de prevención, preparación, respuesta y recuperación, así como a través de las capacidades de absorción, adaptación y transformación (3).

//

Los servicios de salud integrados y centrados en las personas ofrecen acceso universal, equidad social y protección financiera en el seno de un enfoque basado en la atención primaria de salud, por lo que son fundamentales para alcanzar varios Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Componentes

La resiliencia hospitalaria viene determinada por seis componentes interdependientes: espacio, personal, materiales e insumos, sistemas, estrategias y servicios. Con el funcionamiento de los servicios de salud como resultado principal, las intervenciones enumeradas en el presente documento de orientación abarcan los cinco componentes restantes a lo largo del ciclo de GERESD.

Espacio

En este modelo, el “espacio” abarca los componentes tanto estructurales como no estructurales mencionados en el índice de seguridad hospitalaria (5). Ello incluye la seguridad y la integridad estructural y arquitectónica del edificio físico; sus infraestructuras críticas y sistemas de respaldo alternativos (p. ej., energía, agua y alcantarillado, sistema de climatización, combustible, gas, gestión de residuos peligrosos y protección contra incendios), así como la calidad y funcionalidad de su equipamiento médico.

Personal

Los gerentes de hospital suelen referirse al personal de salud como su activo más valioso; y la resiliencia de un hospital depende, en buena medida, de la resiliencia de su personal. Con la misma importancia que sus capacidades cognitivas (p. ej., creatividad, liderazgo, toma de decisiones) y epistémicas (p. ej., conocimientos y competencias técnicas), la gerencia hospitalaria debe tener en cuenta la disponibilidad, distribución y seguridad del personal de salud, así como su resiliencia mental, su satisfacción y motivación laboral, y su compromiso con la preparación y la respuesta hospitalarias.

Materiales e insumos

Este componente abarca los aspectos económicos, la logística y la gestión de la cadena de suministro. Una de las cuestiones más críticas de la resiliencia hospitalaria, sobre todo en los países de ingresos bajos o medianos, es el financiamiento y sus implicaciones en la dotación de personal, la logística y los insumos. La resiliencia hospitalaria requiere disponer de un financiamiento de emergencia o flexible para garantizar la rápida movilización de recursos, logística y gestión de insumos. Los hospitales resilientes son económicamente sólidos y pueden adquirir y movilizar los recursos necesarios para garantizar la continuidad de sus actividades y servicios.

Sistemas

El componente de sistemas puede compararse con el techo de un hospital. Permite el funcionamiento de áreas generales críticas como el liderazgo y la coordinación, los sistemas de comunicación e información, y la comunicación de riesgos y la participación de la comunidad. Ello, a su vez, sirve de apoyo a todos los demás componentes.

El componente de sistemas es el puente entre las estrategias (esto es, la teoría) y los servicios (esto es, la práctica). Es uno de los componentes más importantes, pues hace posible y coordina la planificación, la gestión y la puesta en marcha de otros componentes (espacio, personal, materiales e insumos, estrategias) con el fin de prestar servicios seguros y continuos en las distintas etapas de la prevención, preparación, respuesta y recuperación.

//

Un **hospital seguro** es un establecimiento cuyos servicios permanecen accesibles y funcionando al máximo de su capacidad dentro de la misma infraestructura inmediatamente después de un desastre de origen natural. El término “hospital seguro” engloba todo tipo de establecimientos de salud, con independencia de su nivel de complejidad.

Para fortalecer la resiliencia “blanda” de un hospital, sus gerentes deben mejorar las capacidades de adaptación: liderazgo, planificación y gestión de emergencias. Esto contribuirá a actualizar las estrategias, protocolos y procedimientos basados en los riesgos; expandir las comunicaciones y la participación de la comunidad durante las emergencias; optimizar el uso de datos, evidencia científica e información; gestionar la logística, los insumos y el financiamiento; y motivar al personal del hospital para garantizar la funcionalidad y continuidad de los servicios vitales, esenciales y de calidad durante las emergencias.

Estrategias

Los hospitales resilientes requieren estrategias para mitigar y evaluar las vulnerabilidades y los riesgos, así como planes integrales y proactivos de preparación, respuesta y recuperación ante todas las amenazas, incluidos planes de aumento de la capacidad y continuidad de los servicios durante las emergencias. Hacen falta procedimientos operativos estandarizados (POE) específicos para aplicar dichas estrategias y garantizar la continuidad de las actividades, la funcionalidad y las operaciones críticas.

Contexto

La resiliencia hospitalaria en momentos de crisis depende de varios factores generales del sistema de salud, como la capacidad, la gobernanza, el financiamiento, la información, el personal y las infraestructuras. Estos factores están interrelacionados y deben funcionar de forma conjunta para garantizar que el hospital responda de modo eficaz a las emergencias y mantenga la prestación de servicios esenciales.

Las acciones clave propuestas en la matriz operativa están guiadas por las políticas, directrices y normas nacionales elaboradas por las instancias nacionales, como los ministerios de salud, hacienda, planificación, medioambiente y desarrollo económico, así como gobiernos locales y organismos de gestión de desastres (que, entre otras responsabilidades, se ocupan de establecer los códigos de construcción y las normas de seguridad contra incendios).

El fortalecimiento de la resiliencia de los hospitales está estrechamente ligado al contexto y a las consideraciones aplicadas para mejorar los sistemas nacionales de salud en caso de desastre y la resiliencia de la comunidad.



■ Vista aérea de un hospital con paneles solares y sistemas de climatización. Hospital General de Zona 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tapachula (Chiapas, México). Centro Colaborador MEX-35 de la OPS/OMS para Servicios de Salud Resilientes. 2023

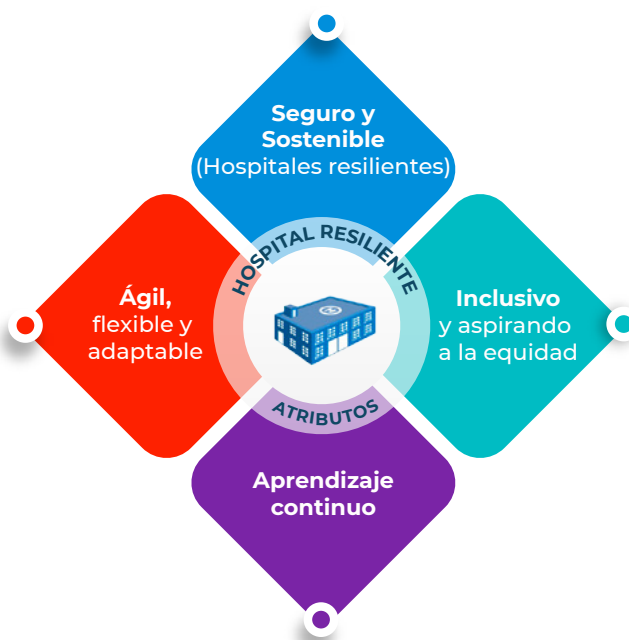
Atributos

Según los expertos en la materia, si bien hay diversos atributos de los sistemas de salud resilientes, se asocian menos a la resiliencia hospitalaria (3). El contexto y los componentes de la resiliencia hospitalaria ya mencionados se basan en los conceptos y herramientas de la [Iniciativa Hospitales smart](#) puesta a prueba e implantada por la OPS en el Caribe durante la última década. Según el [conjunto de herramientas para hospitales smart](#), un hospital se considera “smart” cuando es a un mismo tiempo seguro y ecológico. Llevando este concepto más allá, en el último informe de la OPS sobre la [Iniciativa Hospitales Resilientes](#), se define un hospital resiliente como un establecimiento seguro, sostenible e inclusivo, que es flexible y adaptable, y capaz de aprender de la experiencia y recuperarse de manera oportuna y eficiente (6).

La presente orientación operativa se basa en el marco conceptual (figura 1) y en los objetivos de la Iniciativa Hospitales Resilientes, que a su vez se fundamenta en los cuatro atributos siguientes (figura 2). Un hospital resiliente debe caracterizarse por:

1. seguridad y sostenibilidad;
2. inclusión (aspiración a la equidad);
3. agilidad (flexibilidad y adaptabilidad);
4. aprendizaje continuo.

Figura 2. Atributos de los hospitales resilientes



Fuente: adaptado de Organización Panamericana de la Salud. La OPS avanza en 13 países de las Américas con su iniciativa “Hospitales Resilientes frente a Emergencias de Salud y Desastres”. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/14-4-2023-ops-avanza-13-paises-americas-con-su-iniciativa-hospitales-resilientes-frente>.

Los hospitales resilientes, tanto en sus aspectos estructurales como no estructurales, son capaces de resistir el efecto de las amenazas y de reorganizar el espacio hospitalario para que resulte más inclusivo. Los hospitales resilientes, además, deben ser flexibles, adaptables y capaces de aprender en los siguientes ámbitos: personal, cuestiones económicas, aspectos de logística y cadenas de suministro (materiales e insumos), estrategias y liderazgo, coordinación, participación de la comunidad, y sistemas de seguimiento y evaluación. Deben ser capaces de transformar rápidamente las experiencias pasadas en futuros esfuerzos de recuperación.

Vinculación entre atributos, capacidades y componentes

La resiliencia hospitalaria deriva de las relaciones y los vínculos existentes entre las capacidades, los componentes y los atributos descritos en la matriz operativa. En el presente documento de orientación, por ejemplo, el **componente espacial** (elementos estructurales y no estructurales de un establecimiento de salud) incide en la **seguridad** hospitalaria, que es uno de los objetivos de los hospitales resilientes. La seguridad hospitalaria suele denominarse **resiliencia “dura”** del hospital.

Ciertos **atributos** de los hospitales resilientes y la seguridad hospitalaria también guardan relación con el componente espacial. Es el caso de un establecimiento **accesible e inclusivo** para las necesidades de las comunidades a las que atiende, que emplea enfoques transformadores de género para fortalecer el hospital y el sistema de salud, y que aspira a la equidad en materia de salud tanto en la prestación de servicios como en su funcionamiento interno. La prestación de servicios de salud inclusivos y equitativos debe integrar la concientización y la aplicación de los determinantes sociales y las desigualdades que impiden el acceso equitativo de los usuarios del hospital a los servicios de salud, especialmente durante las emergencias (7).

El fortalecimiento de la resiliencia hospitalaria también está vinculado a otros **atributos**. Un hospital seguro debe ser **sostenible** desde el punto de vista ambiental. Más allá de garantizar que los hospitales sean ecológicos y sensibles al cambio climático, los hospitales sostenibles y resilientes mitigan de modo activo su contribución a los desastres climáticos y otras amenazas. La **sostenibilidad fiscal**, o la necesidad de proteger la inversión y movilizar recursos de forma sostenible para mantener la funcionalidad, es otro de los atributos críticos de la resiliencia hospitalaria. La seguridad de un hospital suele asociarse a la capacidad de **absorción**.

La funcionalidad de un hospital, denominada **resiliencia “blanda” u operativa**, abarca los **componentes** necesarios para garantizar la continuidad de la prestación de servicios de salud en caso de emergencias y desastres. Las labores destinadas a reforzar la resiliencia blanda se vinculan a los siguientes componentes: **sistemas** (liderazgo, participación de la comunidad, comunicación y aprendizaje), **estrategias** (políticas y planes), **materiales e insumos** (recursos económicos y físicos) y **personal** (recursos humanos). La resiliencia blanda requiere el atributo de la **agilidad**, lo que significa que la gerencia del hospital debe ser flexible y adaptable en cuanto a coordinación, reubicación y aumento de los distintos componentes.

El atributo de **aprendizaje** abarca todos los componentes de un hospital resiliente y se extiende transversalmente a lo largo de todas las etapas de la GERESD. Estos atributos suelen asociarse a las capacidades de **adaptación, transformación y aprendizaje**.

Implementación de la resiliencia hospitalaria

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, las cuatro preguntas siguientes ayudan a fomentar el debate y contribuyen a poner en práctica la resiliencia hospitalaria (1).

- ¿Resiliencia hospitalaria, **para qué?** Describe el **resultado principal** de la resiliencia hospitalaria y sus repercusiones. En su evaluación deben tenerse en cuenta los atributos de la resiliencia hospitalaria.
- ¿Resiliencia hospitalaria, **a qué?** Pone de relieve el enfoque sistemático **basado en el riesgo y en todas las amenazas** para reforzar la resiliencia, como se recoge en el enfoque integrado de la OMS para la GERESD.
- ¿Resiliencia hospitalaria, **mediante qué?** La integración de la GERESD en el funcionamiento ordinario del hospital, la incorporación de las enseñanzas extraídas de situaciones críticas y la mejora de las capacidades de absorción, adaptación, transformación y aprendizaje contribuyen a garantizar la resiliencia **antes, durante y después** de una emergencia o desastre.
- ¿Resiliencia hospitalaria, **de qué?** Fortalecer la resiliencia de los elementos estructurales y no estructurales de un hospital (o de un sistema de salud), o de sus partes, contribuye a mejorar la resiliencia del conjunto.

Para la puesta en práctica de la resiliencia hospitalaria, el presente documento de orientación y la matriz operativa (véase la sección siguiente) se centran en el “mediante qué” y el “de qué” y describen intervenciones específicas para cada componente (espacio, personal, materiales e insumos, sistemas, estrategias y servicios) a lo largo del ciclo de GERESD.

Dado que las capacidades de resiliencia son dinámicas por naturaleza, las fases de prevención, preparación, respuesta y recuperación se solapan en el seno de la GERESD, sobre todo en los enfoques para múltiples amenazas de la gestión del riesgo de desastres. Para simplificar la estructura del presente documento de orientación, y de conformidad con las directrices de la OMS sobre la resiliencia de los sistemas de salud y las emergencias de salud, la gestión del riesgo se divide en tres etapas: 1) **antes**, 2) **durante** y 3) **después** de la emergencia o desastre (véase cuadro 1).

Cuadro 1. Las tres etapas de la gestión del riesgo de emergencias de salud y de desastres

	ANTES DE LA EMERGENCIA O DESASTRE (operaciones ordinarias del hospital)			DURANTE LA EMERGENCIA O DESASTRE	DESPUÉS DE LA EMERGENCIA O DESASTRE
	Evaluación de riesgos y planificación	Reducción de riesgos (prevención y mitigación)	Preparación	Respuesta ante emergencias	Recuperación
Objetivos	Identificar potenciales amenazas y vulnerabilidades, y priorizar los riesgos que pueden perturbar el funcionamiento normal del hospital.	Prevenir nuevos riesgos o un aumento del riesgo y eliminar o mitigar los riesgos existentes e integrar la gestión del riesgo de emergencias de salud y de desastres (GERESD) en el funcionamiento ordinario del hospital.	Desarrollar las capacidades para responder a las amenazas y recuperarse de sus efectos.	Gestionar los riesgos reales para el hospital que no puedan reducirse de modo eficaz.	Retornar al funcionamiento normal del hospital y reconstruirlo mejor , incluidas las enseñanzas extraídas para el desarrollo continuo de las capacidades.
Vínculos con el nivel nacional	Mecanismos, pautas, estrategias y normas nacionales de coordinación para el fortalecimiento del sistema de salud y la seguridad en salud (por ejemplo, ministerio de salud, Agencia de Gestión de Desastres, Agencia de Protección Ambiental, Código Nacional de Edificación y Seguridad contra Incendios, Ministerio de Hacienda, Planificación, Agencia de Desarrollo Económico, etc.).				
Resultados clave: Servicios	Salvar vidas manteniendo la o las funciones y prestando de manera ininterrumpida servicios críticos y esenciales de calidad (seguros, eficaces, centrados en el paciente, oportunos, eficientes, equitativos) durante las crisis, sin dejar a nadie atrás .				

ANTES: Funcionamiento ordinario del hospital

Esta etapa abarca la **evaluación de riesgos y planificación**, la **reducción de riesgos** y la **preparación**. Cada una de estas áreas incluye acciones clave anticipatorias a una emergencia o desastre.

El primer paso, y también el más importante, es la evaluación del riesgo como fundamento para la planificación (1). La resiliencia hospitalaria comienza con una evaluación estratégica de los riesgos, durante la cual los hospitales consideran múltiples amenazas y vulnerabilidades posibles, y priorizan los riesgos que deben gestionar para evitar que los servicios hospitalarios se vean interrumpidos. La evaluación de riesgos debe integrarse en el funcionamiento ordinario del hospital, y debe servir para actualizar y adaptar de forma continua los planes de resiliencia en función de las evaluaciones periódicas del riesgo de múltiples amenazas (1).

La reducción de riesgos engloba las medidas que adoptan los hospitales para gestionar los riesgos de forma prospectiva, ya sea mediante gestión anticipatoria (prevención de nuevos riesgos o un aumento del riesgo) o gestión correctiva (mitigación, reducción o eliminación de los riesgos existentes) (8). Guiados por un enfoque basado en el riesgo y en todas las amenazas, los hospitales deben centrarse en institucionalizar la reducción de riesgos y los planes de dentro del funcionamiento ordinario del hospital, garantizando al mismo tiempo la seguridad, la agilidad, la inclusión y el aprendizaje.

Las intervenciones de preparación se centran en desarrollar y fortalecer la capacidad del hospital para responder y recuperarse del impacto de múltiples amenazas. Guiada por los marcos de GERESD y de STAR-H (8), la preparación marca el inicio de la gestión compensatoria de riesgos, que sigue a través de la etapa de recuperación. El objetivo de la gestión compensatoria de riesgos es fortalecer la resiliencia hospitalaria frente a los riesgos residuales que no puedan reducirse de manera eficaz.

DURANTE: Fase de respuesta

Durante la **respuesta**, las intervenciones y acciones clave se centran en salvar vidas, proteger la propiedad y adoptar medidas para estabilizar y controlar el incidente a medida que progresa. Como ya hemos mencionado, la gestión compensatoria de riesgos se extiende a lo largo de la fase de respuesta, y su objetivo principal es gestionar los riesgos reales que el hospital no pueda reducir eficazmente de forma prospectiva (8). La capacidad del hospital y sus sistemas para movilizar una respuesta oportuna y coordinada durante las emergencias depende de las capacidades desarrolladas durante la fase de preparación. Durante la respuesta, los hospitales se centran en las intervenciones desarrolladas en función de los efectos previstos de las amenazas; activando los sistemas y aplicando estrategias, y se sirven de los conocimientos y las habilidades conjuntas del personal del hospital para desempeñar las funciones y responsabilidades acordadas, con el respaldo de los recursos adecuados.

DESPUÉS: Fase de recuperación

La recuperación se divide en dos áreas: recuperación y aprendizaje. En la etapa de recuperación, las intervenciones a corto, medio y largo plazo (dirigidas a las instalaciones dañadas) se inician durante la **recuperación temprana**, la **rehabilitación** y la **reconstrucción**, respectivamente. A partir de la gestión compensatoria de riesgos, las intervenciones de recuperación y las acciones clave se centran en reactivar y fortalecer los servicios esenciales de salud y el funcionamiento de los centros en la transición desde la respuesta de emergencia hasta retomar el funcionamiento ordinario mejorado (8). Cabe mencionar entre ellas la limpieza y reparación de las instalaciones, la reanudación de las funciones y servicios normales del hospital, y la garantía de que el personal se encuentra en el estado físico y mental adecuado para reincorporarse a sus tareas y funciones habituales, entre otras.

La resiliencia hospitalaria es el resultado de un proceso continuo de aprendizaje, como ponen de manifiesto las mejoras tangibles que reducen el riesgo de desastres y aumentan las capacidades del hospital con el paso del tiempo. La fase de recuperación pone de relieve la importancia de determinar las enseñanzas obtenidas y aplicar medidas correctivas mediante exámenes posteriores a la acción y la planificación de medidas correctivas, como se recoge en el marco conceptual de la resiliencia hospitalaria (figura 1).

Como puede apreciarse en la figura 3, la resiliencia hospitalaria es el resultado de un proceso permanente y continuo de obtención de enseñanzas y aplicación de medidas correctivas.

Figura 3. Proceso de aprendizaje continuo



Matriz operativa de la resiliencia hospitalaria

La matriz operativa de la resiliencia hospitalaria se organiza en tres etapas: antes, durante y después de una emergencia o desastre. En ella se presentan acciones e intervenciones clave para los cinco componentes: espacio, personal, materiales e insumos, sistemas y estrategias.

ANTES DE LA EMERGENCIA O DESASTRE (operaciones cotidianas del hospital)			DURANTE LA EMERGENCIA O DESASTRE	DESPUÉS DE LA EMERGENCIA O DESASTRE			
	Evaluación y planificación de riesgos	Reducción de riesgos (prevención y mitigación)	Preparación	Respuestade emergencia	Recuperación		
Objetivos	Identificar las amenazas potenciales, las vulnerabilidades y priorizar los riesgos que pueden perturbar el funcionamiento normal del hospital.	Prevenir nuevos riesgos o mayores, eliminar o mitigar los existentes e integrar la gestión del riesgo de emergencias de salud y de desastres (GERESD) en el funcionamiento habitual del hospital.	Desarrollar capacidades para responder y recuperarse del impacto de las amenazas.	Gestionar los riesgos reales para el hospital que no pueden reducirse eficazmente.	Volver al funcionamiento normal del hospital y reconstruirlo mejor , incluyendo las lecciones aprendidas para el desarrollo continuo de capacidades.		
Vínculos con el nivel nacional	Mecanismos nacionales de coordinación, directrices, estrategias y normas para el fortalecimiento del sistema sanitario y la seguridad sanitaria (por ejemplo, ministerio de sanidad, agencia de gestión de desastres, agencia de protección del medio ambiente, código nacional de edificación/seguridad contra incendios, ministerio de hacienda, planificación, agencia de desarrollo económico, etc.).						
Resultados clave: Servicios	Salvar vidas manteniendo la(s) función(es) y prestando servicios críticos y esenciales de calidad (seguros, eficaces, centrados en el paciente, oportunos, eficientes, equitativos) de manera continua en medio de las crisis, sin dejar a nadie atrás .						
RESILIENCIA DURA	ESPACIO Incluye elementos estructurales (constructivos) y no estructurales (infraestructura e instalaciones)	Evaluación estratégica del riesgo de desastres y emergencias hospitalarias	Aplicar medidas de mitigación estructural (por ejemplo, modernización, muros cortafuegos, barreras contra inundaciones). Seguir los códigos de diseño y los requisitos del código de construcción segura para las nuevas instalaciones.	Identificar y probar las áreas operativas clave para la preparación y respuesta del hospital (por ejemplo, rutas de evacuación, áreas de seguridad, recepción y triaje de pacientes, aislamiento, descontaminación, ampliación de espacio, sitios alternativos de atención, centro de operaciones de emergencia (COE) del hospital, logística).	Evaluación rápida de los daños.	Realizar una limpieza y reparación de daños en las instalaciones a corto, mediano y largo plazo.	
		Evaluación de amenazas y vulnerabilidades				Implementar intervenciones de mitigación no estructurales para la infraestructura y los sistemas de respaldo (por ejemplo, proteger los equipos hospitalarios críticos, las instalaciones y las líneas vitales, en términos de calidad y funcionalidad: energía, agua, comunicación, aguas residuales, climatización, combustible, gas, gestión de residuos peligrosos, protección contra incendios, incluidas las fuentes alternativas).	Restauración de sistemas críticos, como los de electricidad, telecomunicaciones, agua, residuos, gases medicinales, calefacción, ventilación y aire acondicionado (a corto y mediano plazo).
							Construir un nuevo hospital seguro y ecológico según las normas de construcción (a largo plazo).
							Evaluación de las capacidades para operaciones cotidianas y de emergencia
	Garantizar que las instalaciones de salud estén diseñadas para satisfacer las necesidades de la comunidad (por ejemplo, la intimidad de las mujeres, la accesibilidad de las personas con discapacidad, etc.).						
REVISIÓN POSTERIOR A LA ACCIÓN Y PLANIFICACIÓN DE MEDIDAS CORRECTIVAS (documentación de las lecciones aprendidas y mejoras)							

RESILIENCIA BLANDA	ESTRATEGIAS	Políticas, planes y coordinación que incluyen diversidad, equidad e inclusión	Mecanismo de coordinación con las autoridades locales	Integrar la GERESD en los sistemas de acreditación, reacreditación y concesión (renovación) de licencias para el funcionamiento de hospitales públicos y privados.		Supervisar la información de los sistemas de alerta temprana , por ejemplo, servicios meteorológicos, gestión de desastres y organismos de salud pública.	Validar, revisar y documentar la información de alerta temprana, incluidas las medidas adoptadas.
			Evaluación de las necesidades de la comunidad, incluidas las poblaciones vulnerables	Reforzar los servicios cotidianos de la unidad de urgencias y la coordinación con otros departamentos del hospital (por ejemplo, gestión de traumatismos, enfermedades transmisibles, triaje rutinario).	Establecer un programa de preparación ante emergencias con un plan de trabajo anual, recursos, objetivos y presupuesto, que incluya, por ejemplo, información sobre riesgos, planificación de la respuesta y la recuperación, procedimientos operativos estandarizados, programa de formación para la respuesta, dotación de recursos, coordinación externa, asociaciones, ejercicios de simulación).	Activar los planes de respuesta de todos los hospitales y los procedimientos operativos estandarizados de acuerdo con los desencadenantes establecidos (incluidos los mecanismos operativos de coordinación, continuidad del servicio, gestión de víctimas masivas y víctimas mortales).	Reducir la respuesta y activar el plan de recuperación.
			Elaborar planes, programas y estrategias de desarrollo empresarial con conocimiento de los riesgos , incluidos los procesos presupuestarios.	Integrar la discapacidad, la equidad y la inclusión en la preparación.	Desarrollar, evaluar y actualizar el plan de acción en caso de incidente para abordar las actividades de respuesta, sin dejar a nadie atrás.		
			Promover intervenciones hospitalarias SMART (Seguro + Verde) , incluidos planes, estrategias y mecanismos de coordinación para la descarbonización de las operaciones hospitalarias habituales (por ejemplo, gestión de residuos, energías renovables, compra de productos sostenibles).	Desarrollar un plan de continuidad del servicio y procedimientos operativos estandarizados (por ejemplo, equipo de planificación, identificación de servicios y funciones críticos, identificación de centros de atención alternativos y sistemas de copia de seguridad de la información y los datos).	Prevención y control de infecciones y vigilancia. Vías de remisión (internas y externas).		
			Reforzar los servicios de apoyo hospitalario estableciendo procedimientos operativos actualizados y planes de desarrollo de capacidades para las operaciones cotidianas (por ejemplo, mantenimiento e ingeniería, dietética, radiología, laboratorio, seguridad, administración, suministro central, farmacia, limpieza, etc.).	Como parte del plan de respuesta de los hospitales ante cualquier amenaza, establecer funciones y responsabilidades claras para el equipo de gestión de incidentes (EGI-H) y el COE del hospital.			
				Desarrollar un plan de brotes de enfermedades transmisibles (por ejemplo, sistema de vigilancia hospitalaria, aislamiento, triaje, gestión de casos, coordinación de salud pública, prevención y control de infecciones [PCI], notificación).			
			REVISIÓN POSTERIOR A LA ACCIÓN Y PLANIFICACIÓN DE MEDIDAS CORRECTIVAS (documentación de las lecciones aprendidas y mejoras)				

SISTEMAS			Reforzar los planes de desarrollo de la capacidad hospitalaria en materia de servicios hospitalarios y liderazgo (por ejemplo, recursos humanos, gestión de la cadena de suministro, gestión financiera y clínica y GERESD).	Desarrollar un plan de gestión de víctimas masivas (por ejemplo, recepción y triaje de pacientes, atención a víctimas, cuidados críticos, cirugía, capacidad de refuerzo) y un plan de gestión de víctimas mortales en masa (por ejemplo, coordinación, identificación, morgue, situaciones legales, devolución de los cuerpos a la familia, equipos de protección personal, etc.).	Evaluación de las necesidades de respuesta.	Evaluación de daños y pérdidas a mediano y largo plazo.	
			Comunicación de riesgos y compromiso de la comunidad. Establecer vínculos con los medios de comunicación locales y participar en actividades cotidianas de relaciones públicas (es decir, responsabilidad social corporativa). Garantizar la accesibilidad de la información y la comunicación para las personas con discapacidad, los pueblos indígenas y otros grupos.				
			Reforzar los mensajes de seguridad mediante carteles, folletos, campañas informativas, etc. (por ejemplo, seguridad contra incendios, PCI), seguridad química, enfermedades contagiosas).	Establecer programas de divulgación comunitaria para apoyar la preparación de las comunidades locales, incluida la participación de los grupos vulnerables, y garantizar que la comunidad conozca los planes alternativos (por ejemplo, formación, ejercicios, planificación comunitaria de la GERESD). Desarrollar, probar y actualizar mensajes de comunicación de riesgos para diversos grupos destinatarios.	Aplicar estrategias de comunicación de crisis (por ejemplo, declaraciones de prensa del responsable de información pública, coordinar entrevistas con los medios de comunicación, emitir mensajes de seguridad internos y externos, comunicar y compartir información a través del SCI en diferentes niveles: • dentro del hospital (interno) • con los pacientes y la comunidad (mecanismos de comunicación externos al hospital) • con otros hospitales, redes y actores de los sistemas sanitarios, a nivel nacional. Informar a las comunidades sobre plataformas de servicio alternativos durante las emergencias.		
			Garantizar que las poblaciones con necesidades especiales (por ejemplo, las personas con discapacidad, los pueblos indígenas, etc.) dispongan de servicios de apoyo adecuados y de información comprensible.				
			Establecer un sólido sistema de gestión de la información hospitalaria para las operaciones hospitalarias de rutina, en el que los conjuntos de datos puedan utilizarse para la planificación de la GRD, así como en la respuesta y recuperación de emergencia, incluyendo el seguimiento y la evaluación.	Reforzar la preparación para hacer operativos los sistemas de emergencia (por ejemplo, formación, recursos, coordinación, asociaciones con otros hospitales, vínculos con partes interesadas externas, ejercicios de simulación, investigación basada en evidencias para mejorar los procedimientos operativos).	Sistema de alerta temprana (por ejemplo, COE local, departamento de meteorología, sistema de vigilancia de enfermedades, procedimientos para activar el plan de respuesta, comunicar y compartir la información de alerta temprana).	Validar la revisión y documentar la información de alerta temprana, incluidas las medidas adoptadas.	

REVISIÓN POSTERIOR A LA ACCIÓN Y PLANIFICACIÓN DE MEDIDAS CORRECTIVAS
(documentación de las lecciones aprendidas y mejoras)

MATERIALES E INSUMOS		SISTEMAS				REVISIÓN POSTERIOR A LA ACCIÓN Y PLANIFICACIÓN DE MEDIDAS CORRECTIVAS (documentación de las lecciones aprendidas y mejoras)
Finanzas, logística y gestión de la cadena de suministro y sostenibilidad		Liderazgo y coordinación, gestión de la información, comunicación de riesgos y participación comunitaria, incluidos el seguimiento y la evaluación, la rendición de cuentas y el aprendizaje continuo				
				Sistema/equipo de gestión de incidentes del hospital (por ejemplo, definir funciones y responsabilidades del EGI-H, hojas de acciones de trabajo, procedimientos de movilización de recursos, planificación de acciones en caso de incidente, coordinación interna/externa, comunicación, elaboración de informes, documentación, continuidad de los servicios esenciales, seguridad y protección, bienestar del personal).	Activar los procedimientos de parada para las operaciones de respuesta del hospital (por ejemplo, identificar los factores desencadenantes de la desactivación del COE del hospital, consolidar la información y la documentación sobre la respuesta, llevar a cabo un plan de información para la revisión posterior a la acción).	
				Activar el COE del hospital (por ejemplo, activación/desactivación, ubicación y disposiciones alternativas, seguridad, configuración, enlaces verticales y horizontales).	Iniciar la planificación de la recuperación.	
				Identificar y abordar los cuellos de botella en el flujo de trabajo y las operaciones (por ejemplo, la saturación del servicio de urgencias). - Innovar en la prestación de servicios. - Desarrollar mecanismos de retroalimentación y evaluación de las intervenciones de respuesta y recuperación. Identificar indicadores y conjuntos de datos críticos para facilitar la toma de decisiones en materia de respuesta y recuperación (por ejemplo, tasa de ocupación de camas, mapas, personal de guardia, lista de contactos del personal, suministros / equipos médicos, oxígeno, agua, combustible, productos químicos, etc.).		
	Reforzar la gestión rutinaria de equipos y suministros (por ejemplo, mantenimiento preventivo de equipos, cadena de suministro, sistema logístico, sistema de inventario, sistema de adquisiciones).	Gestión de existencias e inventarios de medicamentos y suministros de emergencia. Considerar una estrategia de asignación / distribución basada en las necesidades y sistemas de reserva/alternativos / duplicados para la gestión del suministro.			Garantizar que la movilización de recursos sea oportuna y flexible, permitiendo operaciones de respuesta ágiles.	Iniciar la planificación de la recuperación.

PERSONAL Recursos humanos	MATERIALES E INSUMOS Finanzas, logística y gestión de la cadena de suministro y sostenibilidad	Integrar la GERESD en la estrategia, los planes y los programas de desarrollo de recursos humanos (por ejemplo, determinar la capacidad y las aptitudes del personal, incluir las funciones de GERESD hospitalaria en las descripciones de los puestos de trabajo del personal, impartir formación al nuevo personal, actualizar el directorio de personal).	Establecer procedimientos de adquisición de emergencia , incluido el presupuesto. Elaborar una lista de suministros de emergencia. Establecer acuerdos con proveedores y servicios. Mecanismo de financiación de emergencia seguro, flexible y sostenible	Realizar una evaluación rápida de las necesidades. Utilizar normas basadas en las necesidades y ajustadas al riesgo para la asignación, distribución y uso de suministros y medicamentos. Activar las ayudas y los acuerdos con los proveedores.	Equipos (inspección, sustitución de piezas dañadas, limpieza, reparación, reacondicionamiento, según sea necesario y almacenamiento). Mitigar los costos directos e indirectos de la recuperación (incluidas las reparaciones y la reconstrucción).
			Desarrollar las competencias del personal en la aplicación de protocolos, planes y funciones de respuesta (por ejemplo, formación del personal, incluida la participación en actividades comunitarias como parte del sistema de respuesta más amplio).	Apoyo a la seguridad, salud y bienestar del personal y las familias (por ejemplo, instalaciones de descanso, alimentación, control del estrés, agotamiento, medidas de protección como EPP, inmunización, seguros, seguridad / protección).	Salud mental y apoyo psicosocial (por ejemplo, sesiones informativas sobre el estrés, consultas, seguimiento y notificación de señales de alerta).
			Establecer un sistema para movilizar recursos humanos para la respuesta (por ejemplo, establecer procedimientos de movilización, determinar la disponibilidad y las competencias, proporcionar tareas y funciones claras, actualizar el directorio de personal, llamar al personal fuera de servicio, ofrecer apoyo e incentivos como remuneración, descanso, acreditación de voluntarios).	Incentivos financieros y no financieros (por ejemplo, vacaciones, seguros y solicitudes de prestaciones).	
REVISIÓN POSTERIOR A LA ACCIÓN Y PLANIFICACIÓN DE MEDIDAS CORRECTIVAS (documentación de las lecciones aprendidas y mejoras)					



■ Organización de un equipo de evaluación de las metodologías de resiliencia hospitalaria: STAR-H, ISH, INGRID-H. Hospital de Emergencias Villa El Salvador (Lima, Perú). 2022

1. ANTES: Operaciones ordinarias del hospital

En esta sección se describen las acciones clave antes de que se produzca una emergencia o desastre. Esta fase se divide en tres secciones: **evaluación de riesgos y planificación**; **reducción de riesgos**; y **preparación**. Durante la fase previa a la emergencia, los hospitales se sirven de sus capacidades de aprendizaje, absorción y adaptación para identificar, priorizar, prevenir y mitigar los riesgos que podrían perturbar sus operaciones.

Una exhaustiva y sólida evaluación de riesgos permite a los hospitales priorizar y conceptualizar las intervenciones necesarias (8). A este paso le sigue la planificación, para llevar a la práctica las intervenciones definidas e integrarlas en los sistemas y procesos hospitalarios ordinarios. La integración ayudará a garantizar que no se consideren intervenciones *ad hoc* o simplemente como una responsabilidad añadida para el personal.

Las actividades de reducción de riesgos deben integrarse asimismo en los programas de gestión de riesgos y desarrollo de los hospitales para garantizar que se mitigan los riesgos existentes y que no surgen nuevos riesgos como consecuencia del avance y el crecimiento del centro.

Del mismo modo, como parte de la fase previa al incidente, se planifican las medidas de preparación y se asignan los recursos adecuados para apoyar su aplicación, así como el desarrollo de capacidades y competencias para responder y recuperarse de manera eficaz. Esto marca el inicio de la fase de gestión compensatoria de riesgos, en la que los hospitales tratan de fortalecer la resiliencia frente a los riesgos residuales que no puedan reducirse de manera eficaz.

Como parte del proceso de **aprendizaje continuo**, los hospitales deberían repetir la evaluación de riesgos de manera periódica, lo que permite a los establecimientos priorizar los riesgos y actualizar sus sistemas y planes de gestión del riesgo de desastres. El aprendizaje continuo es una de las capacidades críticas que deben desarrollar los hospitales para hacer frente a los nuevos y emergentes riesgos.

1.1 Evaluación de riesgos y planificación estratégica

La evaluación de riesgos y planificación estratégica es el primer paso hacia la resiliencia hospitalaria y la GERESD (3). Los hospitales deben llevar a cabo evaluaciones periódicas del riesgo, que incluyan una evaluación de las amenazas, la vulnerabilidad y la capacidad, con el fin de fundamentar la planificación. La interacción entre amenazas, vulnerabilidades y capacidades es dinámica y está en constante evolución. Por lo tanto, como los riesgos cambian con el tiempo, los hospitales deben vigilar continuamente la evolución del panorama y evaluar, detectar y priorizar los riesgos para adaptar las medidas de preparación a los escenarios cambiantes, y mantener su disposición operativa para responder.

Durante esta etapa, los hospitales deben asegurarse de que cuentan con sólidos sistemas de liderazgo y gestión, tanto en tiempos normales como de emergencia. También es importante disponer de mecanismos claros y estructurados de coordinación con las autoridades locales, incluidas las redes hospitalarias vecinas; ministerios de salud, hacienda y planificación; organismos de gestión de desastres; autoridades de protección ambiental; etc. En coordinación con dichas estructuras, los hospitales deben tener acceso a evaluaciones actualizadas de las necesidades de la comunidad, incluidas consideraciones especiales para los grupos vulnerables.

La Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres define el riesgo como la probabilidad de que un resultado tenga un efecto negativo en las personas, los sistemas o los bienes. Estos efectos pueden deberse a amenazas naturales o inducidas por el ser humano, unidos a las condiciones de vulnerabilidad ya presentes en el hospital, como su capacidad para movilizar una respuesta de emergencia oportuna y eficaz (9). Antes de iniciar la planificación, la gerencia del hospital debe saber cuáles son las amenazas que pueden perturbar los servicios hospitalarios y sus posibles consecuencias, tanto internas en el propio hospital como en la comunidad circundante a la que presta servicio.

La evaluación de riesgos es un proceso para determinar la naturaleza y el alcance del riesgo mediante el análisis de las amenazas y la evaluación de las condiciones de vulnerabilidad existentes que, en conjunto, podrían perjudicar a las personas, dañar los bienes, perturbar los servicios y afectar tanto a los medios de subsistencia como al ambiente del que dependen. La evaluación de riesgos, por lo tanto, forma parte de los procesos de toma de decisiones y elaboración de políticas, y requiere una estrecha colaboración entre las distintas partes de la sociedad. La evaluación de riesgos en los hospitales requiere coordinación y compromiso por parte de expertos en la materia en ámbitos como la ingeniería, la arquitectura, la seguridad y la gestión de desastres. Para llevar a cabo su propia evaluación, los hospitales pueden basarse en evaluaciones anteriores efectuadas por las autoridades locales.

Los mapas de amenazas y vulnerabilidades que detallan la ubicación geográfica específica del hospital y de las comunidades locales constituyen valiosas herramientas de referencia que deben estar disponibles a través de las autoridades locales de gestión de desastres o los sistemas de gestión de la información. La información sobre las comunidades locales también ayudará a los hospitales a anticiparse y prepararse para posibles necesidades de respuesta, especialmente si se les pide que atiendan a las necesidades específicas de grupos vulnerables. Este tipo de información incluye la capacidad de respuesta de instituciones locales (p. ej., cuerpo de bomberos, unidad de rescate, protección civil, departamento local de salud, servicio de ambulancias), que respaldan la respuesta hospitalaria durante las emergencias.

1.1.1 ¿Por qué hacer una evaluación de riesgos?

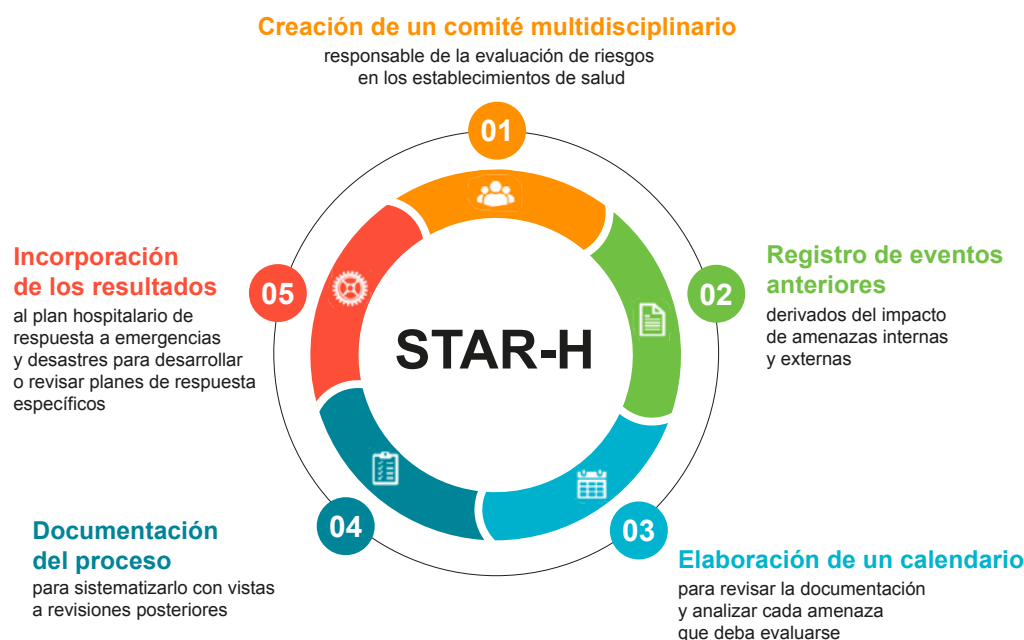
Una evaluación de riesgos proporciona información esencial que los hospitales deben tener en cuenta y analizar a la hora de mejorar su resiliencia.

- Identifica posibles amenazas (naturales, biológicas, tecnológicas y sociales) y la probabilidad de que repercutan en el hospital (emergencia interna), en la comunidad local (crisis externa) o en ambos a la vez.
- Busca puntos vulnerables o debilidades que hagan que los activos del hospital (estructurales, no estructurales, sistemas de gestión de emergencias) sean más susceptibles a los efectos de la amenaza.
- Analiza las posibles consecuencias de un desastre sobre las personas, los bienes (estructurales y no estructurales), los servicios, los medios de subsistencia y el ambiente, tanto en el hospital como en la comunidad.
- Detecta las capacidades actuales para gestionar el impacto de las amenazas, incluida la capacidad del hospital para mantener las operaciones ordinarias y de emergencia, el liderazgo y la gestión, así como los mecanismos de coordinación con las autoridades locales y otras partes interesadas. Esto incluye las capacidades para respaldar las necesidades de las comunidades afectadas, incluidos los grupos vulnerables.

1.1.2 Evaluación de riesgos a nivel hospitalario para la planificación estratégica

En la herramienta STAR-H de la OMS para la evaluación estratégica del riesgo de emergencias y desastres en establecimientos de salud se esboza un sencillo planteamiento en cinco pasos para evaluar los riesgos en un hospital (véase figura 4). Dicha herramienta genera un informe que incluye puntuaciones de riesgo específicas para cada amenaza, así como recomendaciones generales para usarlas de manera adecuada. Incluye cuatro dimensiones de evaluación: a) probabilidad de que se produzca la amenaza; b) gravedad de su repercusión en la vida de las personas presentes, el establecimiento de salud y el funcionamiento del centro; c) vulnerabilidad; y d) capacidad de afrontamiento.

Figura 4. Ciclo de aplicación de STAR-H



Fuente: OPS. STAR-H: Evaluación estratégica del riesgo de emergencias y desastres en establecimientos de salud. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56109>.

1.1.3 Herramientas de evaluación y reducción de riesgos

- Organización Panamericana de la Salud. STAR-H: Evaluación estratégica del riesgo de emergencias y desastres en establecimientos de salud. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56109>.
- Universidad Johns Hopkins, Johns Hopkins Medicine. Community Health Needs Assessment. Baltimore: Universidad Johns Hopkins; 2024. Disponible en: <https://www.hopkinsmedicine.org/about/community-health/johns-hopkins-hospital/community-health-needs-assessment>.
- Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres. National Disaster Risk Assessment: Governance System, Methodologies, and Use of Results. Ginebra: UNISDR; 2017. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/world/words-action-guidelines-national-disaster-risk-assessment-governance-system>.
- Organización Mundial de la Salud. WHO guidance for business continuity planning. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/324850/WHO-WHE-CPI-2018.60-eng.pdf>.

1.2 Herramientas de evaluación de riesgos

La reducción de riesgos de desastre es el concepto y la práctica de reducir los riesgos de desastre mediante esfuerzos sistemáticos para analizar y reducir los factores causales de los desastres. Sus intervenciones tienen por objeto prevenir nuevos riesgos de desastre y reducir los existentes, así como gestionar el riesgo residual, todo lo cual contribuye a fortalecer la resiliencia y lograr un desarrollo sostenible.

La fase de reducción de riesgos hace hincapié en la integración de la reducción de riesgos de desastre en el proceso de planificación hospitalario y en el fortalecimiento de las actividades operativas ordinarias para garantizar la seguridad, la agilidad, la inclusión y el aprendizaje a nivel hospitalario. Ello requiere un examen crítico de la planificación de cada programa, actividad y proyecto, no solo desde el punto de vista de la mejora del funcionamiento del hospital, sino también como una oportunidad para reducir los riesgos existentes de desastre. Ello permite reducir al mínimo su potencial para generar desastres y aumentar la capacidad de respuesta y recuperación frente al efecto de las amenazas. Durante esta etapa, los hospitales gestionan el riesgo de manera prospectiva, adoptando enfoques de gestión del riesgo tanto anticipativos (prevención) como correctivos (mitigación).

Las acciones de mitigación y prevención pretenden reducir los daños y pérdidas potenciales que pueden causar los desastres. Si bien la gestión del riesgo de desastres no permite prevenir los desastres, sí puede evitar que se agraven por descuidar los factores causales y los riesgos gestionables. La mitigación hace referencia específicamente a las medidas adoptadas para reducir la gravedad de los efectos de un desastre. A menudo es imposible evitar por completo los efectos adversos de las amenazas, en particular las de origen natural, pero ciertas estrategias y acciones sí pueden reducir de modo sustancial su escala o gravedad. Aunque ciertos riesgos de desastre no pueden eliminarse, la prevención tiene por objeto reducir la vulnerabilidad y la exposición en contextos en los que, como resultado de ello, desaparece el riesgo de desastre. Invertir en medidas para prevenir las amenazas puede reducir considerablemente la carga de los desastres.

En la sección siguiente se recomiendan acciones por componentes de la resiliencia hospitalaria, como parte de las operaciones ordinarias del hospital.

Espacio

La mayoría de los problemas hospitalarios relacionados con los desastres se deben a la falta de seguridad y resiliencia tanto estructural como no estructural. Además de estos elementos, los gerentes de hospital deben tener en cuenta las implicaciones ambientales y procurar que los hospitales no solo sean seguros, sino también ecológicos (10) y económicamente sostenibles, además de inclusivos. Deben considerarse los siguientes aspectos de la seguridad hospitalaria:

1.2.1 Mitigación estructural

El diseño y la construcción de nuevos hospitales deben tener en cuenta la información sobre riesgos relacionados con las amenazas del entorno y las vulnerabilidades del edificio. De ese modo, podrán incorporarse medidas de mitigación en la fase inicial del diseño, lo cual contribuye a fortalecer la capacidad de la estructura para resistir los efectos de una amenaza.

En el caso de edificios hospitalarios ya existentes, en cuya fase de diseño y construcción no se tuvo en cuenta la información sobre riesgos, aún es posible adoptar medidas de mitigación:

- Adecuar el edificio para reforzar su estructura y hacerlo más resistente a las amenazas, especialmente terremotos y huracanes.
- Instalar sistemas contraincendios para reducir las posibilidades de propagación descontrolada de un incendio a distintas zonas del hospital, facilitando así la decisión de evacuar el edificio o permanecer en él.
- Construir muros de contención a modo de barreras para contener temporalmente las aguas de escorrentía de ríos u otros cursos de agua, que pueden alcanzar niveles excepcionales durante fenómenos meteorológicos estacionales o extremos.

1.2.2 Mitigación no estructural

Los daños en elementos no estructurales pueden paralizar seriamente la capacidad de funcionamiento del hospital, incluso aunque la estructura en sí no haya resultado dañada. Esto incluye los elementos del edificio que no soportan carga, como paredes exteriores y divisorias, ventanas, techos, ascensores, equipamiento mecánico y eléctrico, sistemas de iluminación, mobiliario, etc. La interrupción de los servicios hospitalarios por daños en elementos no estructurales puede ser importante y costosa, dado que la estructura del edificio representa tan solo en torno al 15-20% del costo total de un hospital.

Es preciso adoptar las medidas pertinentes para identificar los elementos no estructurales vulnerables que podrían resultar dañados, y reducir o eliminar los riesgos. Deben considerarse las seis medidas siguientes que contribuyen a que un hospital pueda seguir funcionando en caso de emergencia (11, 12):

- Retirar: en muchos casos, esta puede ser la mejor opción. Los materiales peligrosos que puedan derramarse deben almacenarse fuera del recinto hospitalario.
- Reubicar: reduce el riesgo en la mayoría de los casos. Un ejemplo puede ser un objeto pesado situado en una estantería elevada, que podría caerse y herir a alguien de gravedad. Su reubicación en una estantería a ras de suelo reduce el riesgo.

- **Restringir:** restringir el movimiento de determinados objetos, como tanques de oxígeno y generadores eléctricos, para evitar daños o lesiones mayores al personal o a los pacientes.
- **Reforzar:** reforzar elementos existentes, como respiraderos o muros no reforzados, con mallas metálicas y relleno de cemento.
- **Reemplazar:** sustituir por algo que no represente un riesgo. Por ejemplo, las tejas pesadas suponen una carga añadida de peso para el edificio, y eso lo hace más susceptible de moverse durante un terremoto. Una solución podría ser reemplazarlas por un tejado más liviano y seguro.
- **Redundancia:** planificar fuentes alternativas de elementos críticos no estructurales del hospital, especialmente servicios básicos como electricidad, agua, comunicaciones, climatización, combustible, gas, gestión de residuos, etc.

1.2.3 Accesibilidad y agilidad de las infraestructuras

Las personas con discapacidad padecen importantes desigualdades en materia de salud con respecto al resto de la población. Según el Informe mundial sobre discapacidad, en torno a un 15% de la población mundial tiene algún tipo de discapacidad; de ellas, entre el 2% y el 4% presentan dificultades importantes en cuanto a funcionamiento (13). Esta situación se agrava durante las emergencias, cuando las personas con discapacidad tienen entre dos y cuatro veces más probabilidades de resultar heridas o morir en caso de un desastre debido a una planificación inadecuada a nivel de comunidad y a la falta de acceso a la asistencia durante emergencias y desastres.

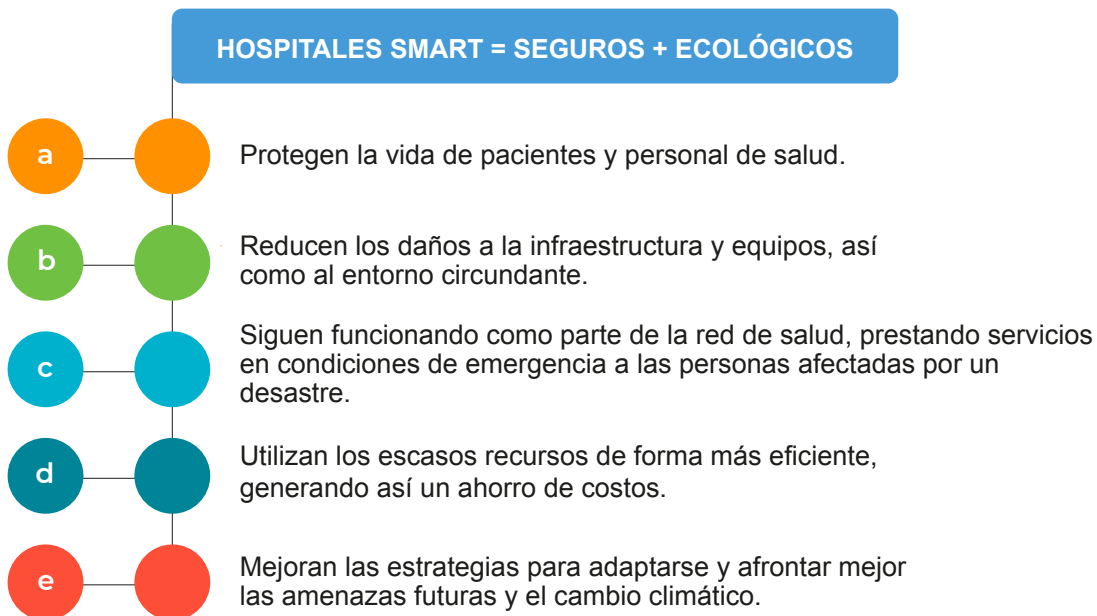
Además de los espacios físicamente inaccesibles del hospital, las personas con discapacidad también se enfrentan a barreras de comunicación y otras dificultades por falta de concientización y capacitación. Sensibilizar al personal sobre las necesidades específicas de las personas con discapacidad mejorará la equidad en materia de salud y la inclusión. Las discapacidades pueden ser visibles e invisibles; por ejemplo, auditivas, físicas, intelectuales, psicosociales y visuales (14). Los hospitales pueden plantearse la posibilidad de asignar espacios específicos para el tratamiento urgente de las personas con discapacidad. Como parte del plan hospitalario, ello puede implicar la conversión del espacio existente con el fin de facilitar la prestación de asistencia.

Para mejorar la resiliencia, los hospitales deben asegurarse de que los planes de respuesta tengan en cuenta a las personas con discapacidad. La herramienta [INGRID-H \(Inclusión para la gestión del riesgo de desastres en hospitales\)](#) permite evaluar la inclusión de la discapacidad en función de cinco áreas: 1) visibilidad de las personas con discapacidad; 2) participación de las personas con discapacidad; 3) accesibilidad universal; 4) capacidades de respuesta desarrolladas; y 5) plan hospitalario de respuesta ante emergencias y desastres.

Un hospital resiliente e inclusivo ha de tener en cuenta las siguientes intervenciones para apoyar a las personas con discapacidad:

- espacio para sillas de ruedas; espacio abierto cerca del mostrador de recepción; espacio suficiente para moverse;
- puertas anchas que permitan el paso de sillas de ruedas y vehículos eléctricos de movilidad;
- uso de tecnologías de asistencia, como pantallas táctiles;
- interruptores, botones y manijas de fácil acceso (p. ej., luces, ascensores, puertas);
- notificaciones visuales para personas con discapacidad auditiva y sonoras para personas con discapacidad visual (p. ej., alarmas de incendio audiovisuales);
- señalización accesible y fácil de entender;
- rampas de acceso y pasamanos.

En última instancia, los gerentes de hospital deben aspirar a construir hospitales inteligentes, de conformidad con los siguientes principios:



Tres herramientas esenciales del [conjunto de herramientas para hospitales inteligentes](#) (10) ofrecen información importante para mejorar la resiliencia hospitalaria:

- El [índice de seguridad hospitalaria](#) permite a los gerentes de hospital determinar la probabilidad de que un hospital siga funcionando durante una emergencia. Se centra principalmente en indicadores estructurales y no estructurales, e incluye factores funcionales.
- La [herramienta de evaluación de la situación de partida](#) permite a los gerentes de hospital recopilar información de referencia para orientar las decisiones de adecuación. Esta herramienta complementa el índice de seguridad hospitalaria y la lista de verificación ecológica, y contiene secciones sobre consumo energético y de agua; calidad ambiental en interiores; componentes del edificio; una encuesta dirigida a las personas presentes en el edificio; y uso del suelo (normativa local de zonificación) (15).
- La [lista de verificación ecológica](#) ayuda a los hospitales a identificar las intervenciones prioritarias que permitirán reducir al mínimo su contribución al cambio climático; por ejemplo, conservación de recursos, recorte de costos, aumento de la eficiencia operativa y reducción de las emisiones de CO₂.

Además de la lista de verificación ecológica, en la publicación [Establecimientos de salud resilientes al clima y ambientalmente sostenibles: Orientaciones de la OMS](#) se describen intervenciones centradas en cuatro ámbitos: 1) personal de salud; 2) gestión del agua, el saneamiento, la higiene y los desechos producto de la atención de salud; 3) servicios de energía sostenibles; y 4) infraestructura, tecnologías y productos (16).

Estrategias

La mayor parte de los problemas que presentan los hospitales en relación con los desastres se deben a la falta de seguridad y resiliencia tanto estructural como no estructural. Además de estos elementos, los gerentes de hospital deben tener en cuenta las implicaciones ambientales y esforzarse por que los hospitales no solo sean seguros, sino también ecológicos (10) y económicamente sostenibles, además de inclusivos. Deben considerarse los siguientes aspectos de la seguridad hospitalaria:

A medida que los hospitales se esfuerzan por alcanzar la meta de la resiliencia, una estrategia con objetivos y metas firmes representa el punto de partida para planificar y ejecutar las medidas pertinentes, dentro de las limitaciones presupuestarias del establecimiento. Los hospitales deben tener una dirección estratégica clara para llevar a cabo la necesaria supervisión institucional con vistas a alcanzar sus metas y objetivos de resiliencia.

Las siguientes consideraciones estratégicas contribuyen a fortalecer la resiliencia hospitalaria:

- Las políticas deben incluir las funciones y responsabilidades de todas las partes interesadas, públicas, privadas y de la sociedad civil, en todos los componentes de una estrategia de gestión hospitalaria del riesgo de desastres multiamenaza, e incluir a los responsables de la planificación y la coordinación, el Reglamento Sanitario Internacional (RSI, 2005), la vigilancia y la alerta temprana, la preparación y respuesta ante emergencias, la recuperación y los servicios de salud.
- Los resultados de la evaluación de riesgos deben fundamentar la planificación para reducir los riesgos y desarrollar capacidades, ejercicios y revisiones, especialmente los realizados para la gestión de riesgos multisectorial con implicación de las autoridades y entidades locales. Debe haber coherencia y continuidad entre los planes de los distintos niveles y jurisdicciones.
- Constituir un mecanismo de coordinación hospitalaria de la GERESD, con las unidades y personas dedicadas, para garantizar una coordinación adecuada entre los departamentos del hospital, otros hospitales de la red zonal, la autoridad local de salud y otros sectores.
- La diversidad, la equidad y la inclusión deben integrarse en las políticas, planes y programas hospitalarios para mejorar las capacidades de afrontamiento y reducir los efectos adversos de las amenazas sobre los grupos vulnerables de la comunidad.

1.2.4 Sistema de acreditación de hospitales

En la mayoría de los países, los sistemas de acreditación y autorización de hospitales son fundamentales para garantizar la calidad de los servicios y la seguridad de los pacientes, mediante la evaluación del desempeño de los hospitales en función de las normas establecidas y la aplicación de mejoras continuas.

El proceso de acreditación es un punto de entrada para la integración de la gestión del riesgo de desastres en el funcionamiento ordinario de los hospitales. Por ejemplo, parte del proceso de acreditación de un centro podría estar vinculado al cumplimiento de las normas internacionales o nacionales de acreditación hospitalaria en materia de gestión de emergencias y desastres. A partir de las experiencias durante la pandemia de COVID-19, la Comisión Conjunta¹ revisó sus normas y requisitos de gestión de emergencias como parte del proceso de acreditación hospitalaria (17). En esta misma línea, los ministerios de salud, responsables de otorgar y renovar la autorización operativa a los hospitales tanto privados como públicos, deberían incluir elementos de gestión de emergencias en el proceso de acreditación.

¹ La Comisión Conjunta acredita y certifica a más de 22 000 entidades y programas de atención de salud en Estados Unidos, entre ellos, hospitales y entidades de salud que prestan servicios de cirugía ambulatoria y en consultorio, salud conductual, atención domiciliaria, análisis clínicos y centros de atención de enfermería.

1.2.5 Comité multidisciplinario de gestión de desastres

Las publicaciones y directrices de la OMS sobre gestión de emergencias y desastres, incluidas las recientes revisiones de las respuestas satisfactorias a la pandemia de COVID-19,² ponen de manifiesto que es fundamental crear un comité multidisciplinario de GERESD en el hospital. Este comité se encarga de elaborar procesos, políticas y procedimientos, impartir capacitación y formación al personal, y recabar los recursos necesarios para garantizar una respuesta rápida, coordinada y eficaz del hospital frente a todo tipo de emergencias. El comité es responsable de todas las facetas del plan operativo de emergencia, incluida la incorporación de ejercicios de simulación y exámenes posteriores a la acción destinados a evaluar la respuesta y determinar oportunidades de mejora.

1.2.6 Planes de desarrollo estratégico para hospitales

Un hospital resiliente es capaz de seguir funcionando en situaciones de emergencia. Para ello, debe estar preparado para generar y reasignar recursos con el fin de garantizar la sostenibilidad económica y la continuidad de sus actividades y servicios (18). La evolución organizativa de un hospital exige mejorar y ampliar continuamente sus operaciones para satisfacer las demandas de la comunidad a la que sirve. Ello incluye la planificación de la construcción de un nuevo edificio (si fuera necesario), la mejora del equipamiento, el uso de tecnología, la ampliación de los servicios de salud y la contratación de más personal (19). Los planes de continuidad de la actividad han tener en cuenta los riesgos y deben incluirse en el proceso de planificación para su armonización con los objetivos de reducción de riesgos.

1.2.7 Funcionamiento ordinario del hospital

En tiempos de normalidad, optimizar la funcionalidad y eficiencia de los hospitales es esencial para garantizar su preparación y resiliencia. Los recursos movilizados para una respuesta de emergencia son los mismos que emplean los hospitales para los servicios operativos ordinarios. Por lo tanto, con anticipación a una emergencia, los hospitales deben establecer procedimientos operativos sólidos para gestionar, por ejemplo, los traumatismos y las enfermedades infecciosas en el servicio de urgencias, ello incluye la recepción de pacientes, el triaje, la evaluación, la descontaminación, el aislamiento y la atención a los heridos. Es necesario, además, garantizar la disponibilidad de medicamentos, material médico e insumos, etiquetas de triaje y equipamiento para hacer frente a un aumento de la demanda.

² Estos documentos pueden descargarse en línea desde los sitios web de [EMRO](#) y de la [OPS](#).

Los servicios de apoyo de carácter no médico son igualmente esenciales para mantener la capacidad de funcionamiento de un hospital. Ejemplo de estos servicios incluyen, administración y finanzas; ingeniería y mantenimiento; limpieza; seguridad y protección; laboratorio de análisis clínicos; radiología; banco de sangre; y la central de suministros. Los hospitales pueden plantearse la posibilidad de integrar los servicios de apoyo y servicios de salud complementarios durante las épocas de normalidad, con el fin de facilitar la adaptación a las demandas de emergencia.

Las medidas de seguridad hospitalaria, desarrolladas para salvaguardar las operaciones ordinarias del hospital, son fundamentales durante las situaciones de emergencia para proteger a los pacientes, el personal y los bienes del hospital; garantizar la continuidad de la atención; prevenir la propagación de enfermedades; y mantener la confianza de las personas. Es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Disponer de un sistema que garantice la seguridad de los pacientes, los visitantes y el personal, incluido el control de accesos, la seguridad de las zonas sensibles, la protección del personal y los bienes frente a las multitudes, y la gestión de tarjetas de identificación, cerraduras y llaves.
- Proteger los bienes del hospital durante la fase de recuperación asegurando los equipos y material médico, controlando el inventario y vigilando que no se produzcan robos ni daños.
- Mantener la comunicación con el personal, los pacientes y otras partes interesadas para mantener a todos ellos informados de las medidas de seguridad y cualquier cambio en el funcionamiento del hospital.
- Coordinarse con las fuerzas locales de orden público para garantizar una respuesta sincronizada a las amenazas contra la seguridad y recibir apoyo para asegurar las instalaciones del hospital. Hay que incluirlas también en la revisión que se haga con posterioridad al desastre de la ejecución de los planes de seguridad.

1.2.8 Operaciones hospitalarias ecológicas

El cambio climático está repercutiendo en la atención y los sistemas de salud, ya que se ven obligados a hacer frente a los costos asociados al aumento de las enfermedades, los cambios en la tasa de prevalencia y las repercusiones en materia de salud derivadas de los fenómenos meteorológicos extremos cada vez más frecuentes. Al mismo tiempo, las propias actividades de la atención de salud contribuyen de manera significativa al cambio climático. Los hospitales tienen un efecto considerable en la salud ambiental, tanto en las fases previas como posteriores a la prestación de servicios, debido a los recursos naturales y productos que consumen y los residuos que generan. Deben tenerse en cuenta las recomendaciones que se indican a continuación para descarbonizar las operaciones hospitalarias.

Recuadro 1. Red Global de Hospitales Verdes y Saludables: descarbonizar el funcionamiento de los hospitales

**Red Global de Hospitales Verdes y Saludables:
descarbonizar el funcionamiento de los hospitales**

La Red Global de Hospitales Verdes y Saludables es una red mundial integrada por más de 70 países. Esta red internacional de hospitales, sistemas de salud y organizaciones trabaja para reducir su huella ambiental, incluida la descarbonización de las actividades hospitalarias. Estas son algunas formas de lograrlo:

- ④ Crear un grupo de trabajo multidisciplinario sobre sostenibilidad a nivel hospitalario o de todo el sistema para ayudar a garantizar que los planes de sostenibilidad y salud ambiental se apliquen en todo el hospital.
- ④ Elaborar políticas y protocolos sobre productos químicos y materiales peligrosos para proteger a los pacientes, al personal, a la salud comunitaria y al medioambiente, ayudando al mismo tiempo a impulsar la demanda de alternativas en toda la sociedad.
- ④ Separar los residuos en origen e iniciar el reciclaje de los residuos no peligrosos.
- ④ Reducir los residuos y las emisiones de gases de efecto invernadero mediante el compostaje, el reciclaje (incluidos los gases anestésicos), un sistema de compras más racional (reducción del embalaje, empleo de productos reutilizables en lugar de desechables y adquisición de productos reciclados) y reducción del transporte de residuos al mínimo (tratamiento y eliminación a nivel local).
- ④ Reducir con el tiempo las emisiones de gases de efecto invernadero y los costos energéticos utilizando formas alternativas de energía limpia y renovable, como la solar, la eólica y los biocombustibles.
- ④ Aplicar estrategias para la conservación del agua: instalación de grifos e inodoros eficientes, la revisión continua de la red de fontanería y tuberías para prevenir fugas, eliminación del agua de sellado y refrigeración en los compresores de aire médico y bombas de vacío, y modernización de los sistemas de refrigeración.
- ④ Considerar la posibilidad de recoger el agua de lluvia y/o reciclar el agua para su uso en procesos específicos.
- ④ Aplicar tecnologías de tratamiento de aguas residuales *in situ* cuando no se disponga de servicio local.

1.2.9 Planes para el desarrollo de las capacidades

El desarrollo de las capacidades es un proceso continuo en el que las personas y el hospital como organización aplican, fortalecen, crean, adaptan y mantienen la capacidad a lo largo del tiempo para alcanzar los objetivos de desarrollo. Para mantener y utilizar estas capacidades en el momento y la situación adecuados, las competencias en gestión del riesgo de desastres deben formar parte integral y estar incorporadas en los planes de desarrollo de capacidades del personal hospitalario que aplican los departamentos de recursos humanos (20). Las actividades de

desarrollo de las capacidades, como la capacitación, los seminarios, los ejercicios, y los intercambios de experiencias, deben incluir competencias de GERESD, como la puesta en marcha de las funciones habituales relacionadas con la cadena de suministro, la gestión de instalaciones, la gestión financiera y la gestión de la información, que también son fundamentales durante las emergencias.

Sistemas

Como ya hemos comentado, el funcionamiento sólido y firme de los servicios hospitalarios habituales, facilitado por personal capacitado y políticas, planes, procedimientos y normas bien establecidos, contribuye significativamente a la continuidad de los servicios durante las emergencias y, en última instancia, a la resiliencia. De manera análoga, el fortalecimiento de la resiliencia hospitalaria blanda (en especial, de sus sistemas) durante las épocas de normalidad es fundamental para hacer posible una respuesta eficaz.

1.2.10 Comunicación de riesgos y participación de la comunidad

La comunicación de riesgos y participación de la comunidad es una parte fundamental de la GERESD. No solo mejora el funcionamiento, la eficiencia y la cultura del hospital en el día a día, sino que es la piedra angular de una gestión eficaz de las emergencias. La información sobre comunicación de riesgos debe dirigirse a todo el personal del hospital, pacientes, visitantes y la comunidad en general, de modo que las personas se sirvan de ella para tomar las mejores decisiones posibles en relación con su seguridad, salud y bienestar.

Recuadro 2. Principios de la comunicación de riesgos y participación de la comunidad eficaces

Principios de la comunicación de riesgos y participación de la comunidad eficaces

- Ⓞ La percepción del riesgo, más que una evaluación técnica, motiva las acciones humanas. La percepción del riesgo suele basarse en las emociones y estar influida por factores locales y culturales.
- Ⓞ Las personas entienden en función de sus propias experiencias y antecedentes. Por consiguiente, la comunicación de riesgos tiene que ser contextual.
- Ⓞ Las personas suelen mostrar un “comportamiento gregario” y seguir a los líderes en caso de emergencia. Por consiguiente, es esencial implicar a los líderes y personalidades influyentes de una comunidad.
- Ⓞ El cambio de comportamiento para pasar a la acción en una intervención de salud es un proceso. Requiere múltiples formas de comunicación, repetidas de manera estratégica, numerosas veces y procedentes de diversas fuentes.
- Ⓞ En una emergencia, las personas están atemorizadas y no siempre piensan de modo racional. Por eso, la comunicación de riesgos debe apelar al corazón y a los instintos.

En el seno de los hospitales, incluso en épocas de normalidad, hay numerosos riesgos, como incendios, fallas en la seguridad, seguridad del paciente, prevención y control de infecciones, riesgos químicos, etc. Las siguientes acciones pueden ayudar a integrar la comunicación de riesgos y participación de la comunidad en las operaciones ordinarias del hospital:

- Reforzar los mensajes de seguridad mediante carteles, folletos y campañas informativas, con un lenguaje adecuado al contexto.
- Aprovechar la celebración de días nacionales o internacionales para reforzar los mensajes de seguridad (p. ej., el Mes de la Prevención de Incendios, el Día Internacional de la Reducción del Riesgo de Desastres, el Día Internacional de la Seguridad del Paciente, el Día Internacional de la Enfermería, el Día de la Tierra, etc.). La lista completa de días y semanas internacionales de las Naciones Unidas puede consultarse [aquí](#).
- Aprovechar los sitios web y las redes sociales para reforzar la comunicación. Estas plataformas permiten pulsar con rapidez la respuesta del público para ajustar el mensaje en consecuencia, si fuera necesario.
- Contrarrestar la desinformación difundiendo información verificada y mensajes procedentes de fuentes fiables (autoridades de salud, OMS, etc.), y desmentir mitos perjudiciales en relación con las emergencias de salud.
- Los grupos vulnerables (p. ej., personas migrantes, comunidades minoritarias, poblaciones de difícil acceso) son especialmente susceptibles a los efectos de la desinformación en materia de salud, debido a su escaso acceso a fuentes de información creíbles y confiables. Esto puede reducir el acceso a la atención de salud y su aceptación, que en ocasiones ya eran de por sí escasos. Determine cuáles son estos grupos vulnerables y emplee estrategias, mensajes y herramientas de comunicación en formatos accesibles y adecuados para llegar a ellos.
- Generar vínculos con los medios de comunicación locales y participar en las actividades habituales de relaciones públicas como parte de la responsabilidad social corporativa.

1.2.11 Sistema de gestión de la información hospitalaria

Los sistemas de información facilitan la planificación, gestión y prestación de servicios de salud y actividades hospitalarias, como la atención integrada al paciente, las funciones empresariales y jurídicas del hospital, la dotación de personal y gestión de recursos humanos, así como la gestión de la cadena de suministro. Dado que los datos del sistema pueden usarse para la gestión estratégica y de proyectos y para la investigación, incluso durante una emergencia, los sistemas robustos de gestión de la información hospitalaria respaldan de manera significativa la reducción

de riesgos, la preparación, la respuesta y la recuperación en los hospitales. Por ejemplo, disponer de grandes conjuntos de datos, como el censo de pacientes, la disponibilidad de camas, las capacidades del personal, los recursos disponibles, los planos arquitectónicos y los mapas de las instalaciones, es importante para la toma de decisiones a tiempo en situaciones de emergencia.

El sistema de información del hospital debe ser capaz de compartir los datos de los pacientes con otros hospitales de la red para permitir la continuidad de la atención por telemedicina u otros medios. De manera análoga, la información puede contribuir a las bases de datos nacionales sobre salud y gestión de desastres proporcionando información sobre promoción de la salud, prevención de enfermedades, labores de detección temprana, planificación, asignación de recursos, epidemiología, etc., a escala local, subnacional y nacional. El sistema de información hospitalaria debe ser también capaz de proporcionar información a sistemas de terceros, como el consejo nacional de seguridad de los medicamentos, las autoridades de registro, el consejo de seguridad vial, la policía, los servicios de emergencia y otros.

A falta de un programa informático para la gestión de la información hospitalaria, los hospitales pueden plantearse la posibilidad de usar la [Plataforma DHIS2](#). Una plataforma de gestión de datos en salud de diseño modular, basada en la web y de código abierto que permite recopilar, agregar, validar, analizar, gestionar y presentar datos estadísticos.

Materiales e insumos

Como ya hemos mencionado, es importante reconocer la importancia de integrar la GERESD en el funcionamiento ordinario de los hospitales. Fortaleciendo la gestión ordinaria de equipos e insumos, por ejemplo, los hospitales no solo refuerzan dichos servicios y funciones críticas, sino que también permiten su rápida adaptación a situaciones de emergencia. De este modo, los hospitales disponen de la flexibilidad necesaria para reasignar los recursos materiales limitados allí donde más se necesitan con el fin de hacer frente a un pico de demanda de atención de pacientes. Los siguientes puntos pueden ayudar a fortalecer la gestión ordinaria de equipos e insumos.

1.2.12 Programa de mantenimiento preventivo

Disponer de un programa de mantenimiento preventivo es una parte esencial del éxito en la gestión de instalaciones. Hace posible que los equipos funcionen de modo eficiente, mejora la seguridad de los empleados y ayuda a evitar reparaciones costosas en el futuro. Además, puede tener sentido desde el punto de vista económico, ya que el mantenimiento correctivo cuesta de tres a cuatro veces más que el preventivo. La clave está en disponer de un sistema establecido para monitorear y programar el mantenimiento con el fin de mejorar la productividad y garantizar que los activos del hospital funcionen cuando más se necesitan.

Recuadro 3. Ventajas de los programas de mantenimiento preventivo

Ventajas de los programas de mantenimiento preventivo

- Ⓢ Reducen al mínimo las interrupciones operativas. El mantenimiento programado puede planificarse y perturba menos el funcionamiento cotidiano del hospital.
- Ⓢ Evitan los períodos de inactividad imprevista y sus consecuencias: personal ocioso, paralización de las actividades, e incumplimiento de plazos y objetivos.
- Ⓢ Mantienen los equipos en condiciones óptimas de trabajo, gracias a la sustitución periódica de piezas, cambio de aceite y otros líquidos, e inspecciones de la calidad.
- Ⓢ Los equipos que funcionan de modo eficiente ahorran energía y costos de electricidad.
- Ⓢ Prolongan la vida útil de los equipos y mejoran su desempeño.
- Ⓢ Fomentan condiciones de trabajo seguras, ya que las comprobaciones rutinarias descubren amenazas y evitan condiciones de trabajo poco seguras, lo cual se traduce en menor número de lesiones y accidentes en el trabajo.

Deben considerarse las siguientes acciones de mantenimiento preventivo:

- Asegurarse de que la maquinaria esté limpia de residuos antes y después de cada turno.
- Comprobar de manera sistemática todas las correas, niveles de líquidos y filtros de la maquinaria, y sustituirlos cuando sea necesario.
- Calibrar los aparatos con regularidad.
- Inspeccionar los elementos estructurales del edificio al menos una vez al año.
- Revisar de manera minuciosa y reparar los sistemas del edificio (electricidad, fontanería, red de telecomunicación) al menos una vez al año.
- Examinar los detectores de incendios dos veces al año y comprobar que sigan cumpliendo la normativa local.
- Confirmar que las zonas de seguridad y precaución estén debidamente señalizadas.
- Revisar y determinar periódicamente la seguridad de la red de telecomunicación (p. ej., virus, programas maliciosos).
- Comprobar que el personal cumple las prácticas seguras, como la seguridad de las contraseñas y las prácticas correctas de correo electrónico (evitar las tácticas de suplantación informática o *phishing*, etc.).
- Cambiar las contraseñas de wifi y otras redes al menos dos veces al año.

1.2.13 Cadena de suministro, inventario y logística de compras

La logística es un elemento clave de la cadena de suministro y requiere planificar y ejecutar acciones que respalden las compras, la gestión de inventarios y la reposición de bienes y servicios. Mantener la cadena de suministro funcionando de forma eficiente, asequible y proactiva contribuye a obtener resultados favorables para los pacientes, pues garantiza que tanto los profesionales de la salud como sus pacientes dispongan de los medicamentos y equipos necesarios.

La capacidad de rastrear, localizar y auditar fácilmente el inventario hospitalario, desde el producto hasta el paciente, puede salvar vidas, ya que permite actuar con rapidez y tomar decisiones rápidas a la hora de movilizar recursos en apoyo a la respuesta ante una emergencia. Además, un sistema logístico que funcione correctamente y una sólida cadena de suministro permiten al hospital limitar de forma habitual retrasos e ineficiencias innecesarios. Deben considerarse las siguientes acciones clave para fortalecer la cadena de suministro y los aspectos logísticos de los hospitales:

- Implementar un sistema centralizado de compras para optimizar el control y la supervisión del inventario.
- Utilizar inventarios gestionados por los proveedores con lectores de códigos de barras para no tener que teclear pedidos ni hacer llamadas telefónicas urgentes para reponer existencias.
- Disponer de un sistema informático seguro y preciso que garantice que las historias clínicas sean correctas, de modo que el personal pueda centrarse en los pacientes y no en el papeleo.

1.2.14 Gestión financiera de la atención de salud

La función principal de la gestión financiera en las organizaciones de salud es gestionar el dinero y el riesgo de modo que ayude a los hospitales a prestar servicios de salud eficientes a todos los pacientes. Es importante que los hospitales tengan la capacidad de acceder a las reservas disponibles y desembolsar fondos rápidamente para hacer frente a las necesidades de emergencia, garantizando así el flujo ininterrumpido de suministros y servicios.

Entre las responsabilidades ordinarias de los departamentos de finanzas en épocas de normalidad cabe mencionar las siguientes: cumplimiento de órdenes de compra, finalización de ventas de mercancías y servicios, negociación de contratos con proveedores de servicios y contratistas, gestión de nóminas, y mantenimiento de reservas de efectivo para gastos imprevistos o no planificados. Una base sólida, buenas prácticas y normas financieras previo a una emergencia facilitarán la rapidez de actuación y toma de decisiones a tiempo en las situaciones de emergencia.

Personal

La gestión de recursos humanos se ocupa de cuestiones relacionadas con el personal de salud, como la contratación, la capacitación, el desarrollo, la retribución, la motivación y la retención, la comunicación y la administración. La integración de la GERESD en el desarrollo rutinario de los recursos humanos hospitalarios mejorará la capacidad del personal de salud para prepararse y responder a los desastres.

1.2.15 Integración de la gestión del riesgo de emergencias de salud y de desastres en el desarrollo ordinario de los recursos humanos

La integración de la GERESD en las estrategias, planes y programas ordinarios de desarrollo de los recursos humanos hospitalarios requiere una combinación de evaluación, desarrollo de la capacitación, incorporación a la descripción de los puestos de trabajo, creación de grupos de trabajo, alianzas y evaluación. A continuación se enumeran algunas acciones clave para facilitar este proceso:

- Evaluar la capacidad existente; esto es, evaluar los conocimientos, habilidades y actitudes del personal de salud en relación con la GERESD para determinar las brechas y las oportunidades de mejora. Describa, supervise y mantenga las capacidades y habilidades de la plantilla.
- Desarrollar programas de capacitación sobre GERESD; esto es, programas que integren la gestión del riesgo en la capacitación y el desarrollo ordinarios del personal de salud. Estos programas deben incluir una serie de temas, como la preparación, respuesta y recuperación ante desastres, la comunicación de riesgos y el apoyo psicosocial.
- Incluir las competencias relativas a la GERESD en la descripción de los puestos de trabajo y en las evaluaciones de desempeño del personal, con el fin de garantizar que el personal dispone de los conocimientos y habilidades necesarios para desempeñar sus funciones en situaciones de emergencia. Ello mejora el seguimiento y la evaluación, y puede servir de base para premios, incentivos y ascensos.
- Actualizar periódicamente el directorio de la plantilla. Puede utilizarse una lista de contactos en ejercicios de árbol de llamadas cuando sea necesario llamar a todo el personal o movilizar al equipo hospitalario de gestión de incidentes.
- Animar a todo el personal de salud a perseguir el crecimiento profesional en relación con la GERESD estableciendo objetivos y planes de capacitación como parte de la gestión del desempeño y el desarrollo profesional del personal.
- Incluir las funciones y responsabilidades del personal en materia de GERESD dentro de la orientación y capacitación del nuevo personal.

- Crear grupos de trabajo o comités de GERESD que cuenten con la participación de personal de salud de diversos departamentos para supervisar la integración de la gestión del riesgo en el desarrollo de los recursos humanos.
- Generar alianzas con expertos y entidades de GERESD para proporcionar apoyo técnico y orientación con vistas al desarrollo y a la aplicación de programas de capacitación sobre estos temas.
- Evaluar periódicamente la eficacia de los programas de capacitación en materia de GERESD y actualizarlos en función de los comentarios recibidos y de la evolución de las necesidades y circunstancias.

1.2.16 Herramientas y recursos para la reducción de riesgos

- Organización Panamericana de la Salud. Recursos de la Iniciativa Hospitales SMART. Washington, D.C.: OPS. Disponible en: <https://www.paho.org/es/hospitales-inteligentes>.
- Organización Mundial de la Salud. Establecimientos de salud resilientes al clima y ambientalmente sostenibles: Orientaciones de la OMS. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240012226>.
- Organización Mundial de la Salud. Checklists to assess vulnerabilities in health care facilities in the context of climate change. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/340656>.
- Organización Panamericana de la Salud. Inclusión para la gestión del riesgo de desastres en hospitales (INGRID-H). Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/6-12-2018-inclusion-para-gestion-riesgo-desastres-hospitales-ingrid-h>.
- Red Global de Hospitales Verdes y Saludables. Documentos guía. Reston (Virginia, EE.UU.): GGHH; 2024. Disponible en: <https://hospitalesporlasaludambiental.org/documentos-guía>.
- Organización Mundial de la Salud. Health service continuity planning for public health emergencies: A handbook for health facilities. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033337>.
- Organización Mundial de la Salud. Risk communication and community engagement action plan guidance COVID-19 preparedness and response. Interim guidance. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: [https://www.who.int/publications/i/item/risk-communication-and-community-engagement-\(rcce\)-action-plan-guidance](https://www.who.int/publications/i/item/risk-communication-and-community-engagement-(rcce)-action-plan-guidance).
- Organización Mundial de la Salud. An ad hoc WHO technical consultation managing the COVID-19 infodemic: call for action, 7-8 April 2020. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010314>.

- Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres. Public communication for disaster risk reduction. Ginebra: UNISDR; 2017. Disponible en: <https://www.undrr.org/publication/public-communication-disaster-risk-reduction>.
- Red Internacional de Hospitales y Servicios de Salud Promotores de la Salud. Estándares para la promoción de la salud en hospitales y servicios de salud 2020. Hamburgo: Red Internacional HPH; 2020. Disponible en: <https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2022/01/Spanish-2020-HPH-Standards.pdf>.

1.3 Preparación

Toda amenaza que afecte a un hospital y ocasione una emergencia o desastre puede tener consecuencias muy diversas. Por lo tanto, la planificación con anterioridad a la crisis es esencial para garantizar que se hayan desarrollado y están disponibles los conocimientos y habilidades adecuados para una respuesta y una recuperación seguras.

Los hospitales que están preparados pueden responder de forma rápida y adecuada, con la consiguiente reducción de muertes, traumatismos y sufrimiento innecesarios, lo que aminora el impacto de una amenaza y contribuye a la resiliencia. Las capacidades se generan en torno a los vínculos con los sistemas de alerta temprana e incluyen actividades como planificación de la respuesta, asignación de recursos, coordinación, creación de alianzas, evacuación, comunicación de riesgos, capacitación y ejercicios. El apoyo institucional, jurídico y presupuestario de carácter formal es esencial.

La **preparación genera las capacidades necesarias para gestionar eficazmente todo tipo de emergencias y lograr una transición ordenada desde la respuesta hasta la recuperación sostenida.**

La Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres ([UNDRR](#)) [define la preparación](#) como el conocimiento y las capacidades que han desarrollado los gobiernos, las organizaciones profesionales de respuesta y recuperación, las comunidades y las personas para prever el impacto de eventos o condiciones de amenaza probables, inminentes o en curso, y poder responder y recuperarse de ellos.

La disposición operativa o alistamiento, es definida por la OMS como “la interfaz entre las acciones de preparación a largo plazo y la respuesta inmediata a las emergencias. Las intervenciones tienen como objetivo crear, mejorar y mantener las capacidades operativas para responder a los riesgos y garantizar capacidades sostenidas, manteniendo así un estado de disposición para responder de manera oportuna y eficaz.”

Espacio

1.3.1 Organización del espacio para poner en práctica la respuesta

Los hospitales deben ser flexibles y capaces de adaptar las instalaciones o espacios existentes a las demandas en caso de una emergencia. Las funciones operativas críticas deben activarse en zonas específicas previamente identificadas del hospital. Cabe considerar las siguientes acciones:

- Determinar previamente las zonas del hospital que serán críticas para las operaciones de respuesta. Por ejemplo, recepción de pacientes y triaje; áreas de tratamiento divididas en secciones según la prioridad; zona de evacuación y áreas de seguridad; zona de descontaminación; centro de operaciones de emergencia del hospital (COE-H); etc. Establezca las disposiciones adecuadas para apoyar estas funciones y tener a mano planos y mapas.
- Identificar las zonas operativas mediante señalización, marcas de colores o símbolos (p. ej., flechas) para guiar el flujo de pacientes durante la respuesta a un incidente con gran número de víctimas.
- Definir instalaciones o espacios que puedan adaptarse o reconvertirse para ampliar la capacidad de atención masiva de un hospital (p. ej., pasillos y vestíbulos; espacios abiertos; gimnasio o salón de actos como lugares alternativos de atención; una sala de conferencias como COE-H). Las instalaciones para la reducción gradual de la respuesta requieren recursos materiales y humanos específicos (véanse detalles en la sección 3, “Fase de recuperación”, apartado 3.1.4).
- Adoptar las medidas necesarias para apoyar la operatividad de las zonas funcionales durante la respuesta: fuentes de agua (medidas para el escurrimiento); disponibilidad de equipos de protección personal (EPP) en la zona de descontaminación; etiquetas o cintas de triaje y EPP en la zona de triaje; equipo de comunicación, planos y gráficos en el COE-H.
- Agrupar a los pacientes en cohortes, según el riesgo de infección o en función de si han dado positivo a una determinada enfermedad durante un brote. El uso de pabellones separados o edificios específicos durante los brotes de enfermedades infecciosas puede reducir la propagación de la enfermedad (21). Durante la agrupación por cohortes, es importante asignar zonas apropiadas y separadas para familiares y visitantes. Designe un enlace con el hospital y proporcione actualizaciones periódicas sobre el estado de salud de los pacientes.

Estrategias

1.3.2 Programa de preparación ante emergencias

La preparación ante emergencias va más allá de simplemente tener un plan. Requiere un programa, con un plan de trabajo establecido, presupuesto y una persona a tiempo completo responsable de su ejecución y seguimiento. El programa

de preparación ante emergencias proporciona la estructura para elaborar planes de respuesta y recuperación ante emergencias.

- Los planes de respuesta y recuperación deben tener en cuenta los riesgos y basarse en un sólido proceso de evaluación de riesgos. Deben desarrollarse de forma participativa y consultiva, implicando a los principales departamentos internos para promover la apropiación y a organizaciones externas, como autoridades locales de gestión de desastres, autoridades locales de salud pública, departamentos de bomberos y policía, la Sociedad Nacional de la Cruz Roja/Media Luna Roja, entre otros.
- Cada hospital debe conocer las características demográficas de su zona de cobertura (p. ej., adultos mayores, mujeres, población infantil, personas con discapacidad) y el perfil de riesgos de la comunidad. Esta información constituye la base para desarrollar las capacidades de respuesta. Para efectos de planificación, los hospitales pueden servirse de los datos demográficos procedentes de censos locales, encuestas o registros administrativos de las autoridades locales o los centros de salud pública.
- Los planes hospitalarios deben estar vinculados a los planes de las redes locales o zonales de salud y a los planes estratégicos nacionales.
- Un plan es un documento detallado en el que se describe por escrito quién hace qué, cómo, dónde y cuándo. El ministerio de salud tiene una función normativa en la elaboración de políticas, directrices y un marco estándar que los hospitales han de seguir a la hora de desarrollar sus planes. Se promueve así la sinergia y la interoperabilidad cuando se activen los planes durante la respuesta.
- Los planes son documentos vivos que requieren actualización constante, ya que sus detalles suelen quedar obsoletos nada más redactarse. El plan debe revisarse también cada vez que se activa para reflejar lo aprendido, ya sea durante los ejercicios previos al desastre o en respuesta a una emergencia real. Las enseñanzas extraídas deben documentarse y transmitirse en distintas plataformas de aprendizaje y gestión del conocimiento, como congresos y otros encuentros de formación colaborativa, incluidas las redes hospitalarias. En el apartado 3.2 puede consultarse más información sobre la revisión posterior a la acción y el proceso de aprendizaje basado en la experiencia.

1.3.3 Planificación de la continuidad de los servicios

Una vez que el hospital ha determinado los servicios que deben seguir funcionando inmediatamente después de un desastre, puede definir y priorizar los recursos de otros servicios para apoyar y aumentar estas funciones críticas, como urgencias, cirugía, laboratorio, etc. Cabe la posibilidad de retrasar o suspender temporalmente algunos servicios no esenciales, como las consultas externas y las intervenciones

quirúrgicas programadas. La decisión final puede adoptarse una vez satisfechas las necesidades de respuesta y evaluados los recursos.

Durante la respuesta a un desastre en gran escala, es frecuente que un hospital, o parte de él, no pueda seguir funcionando, ya sea porque el propio centro ha sufrido daños o porque el rápido aumento de la demanda de atención de salud rebasa su capacidad (como ocurrió en algunos hospitales durante la pandemia de COVID-19). Para planificar tales situaciones, es preciso identificar otros emplazamientos alternativos de atención. Los planes deben especificar los momentos clave de decisión en que deben activarse estos sitios alternativos, la configuración de las instalaciones, los requisitos de personal y el traslado de pacientes a la nueva ubicación.

El acceso a la información y los datos es otro aspecto de la continuidad de los servicios hospitalarios. Dado que la mayoría de los sistemas hospitalarios de gestión de la información han pasado a trabajar con datos electrónicos, los sistemas de copia de seguridad y la seguridad y protección de los datos son fundamentales para minimizar las interrupciones de la información y los procedimientos administrativos y clínicos.

1.3.4 Plan hospitalario de respuesta a emergencias multiamenaza

En este plan integral se adopta un enfoque multiamenaza, que permite a los hospitales ampliar su capacidad para hacer frente a todas las amenazas al fortalecer las funciones básicas de respuesta ante emergencias. El plan de respuesta multiamenaza es un enfoque sistemático y coordinado para mitigar, responder y recuperarse de una emergencia. Proporciona orientación e instrucciones al personal clave sobre sus funciones y responsabilidades, y describe los protocolos de comunicación, los procedimientos de gestión de recursos, los planes de evacuación, la evaluación de incidentes y las estrategias de toma de decisiones. Cabe considerar los siguientes pasos a la hora de elaborar este plan:

1. Creación de un comité de planificación. Forme un comité de planificación multidisciplinario con representantes de diversos departamentos del hospital, como administración, servicios clínicos, urgencias, seguridad, instalaciones, informática y comunicaciones. Este comité dirigirá el proceso de planificación.
2. Conducir la identificación de amenazas mediante una evaluación de riesgos. Detecte posibles amenazas y riesgos, tanto de origen natural (p. ej., terremotos, huracanes), como tecnológicos (p. ej., cortes de electricidad, vertido de materiales peligrosos), biológicos (p. ej., pandemias, brotes de enfermedades infecciosas) y sociales (p. ej., accidentes de transporte, concentraciones multitudinarias, incidentes con tirador activo). Evalúe la probabilidad y la posible repercusión de cada amenaza para priorizar las tareas de planificación.

3. Determinación de las funciones esenciales. Determine las funciones del hospital que deben mantenerse durante las emergencias. Puede tratarse de la atención al paciente, las comunicaciones, la gestión de recursos, los servicios básicos, la seguridad, etc. Priorice estas funciones según su importancia para la seguridad del paciente y la capacidad de llevar a cabo la misión del hospital.
4. Formulación de procedimientos de respuesta en caso de emergencia. Formule procedimientos operativos estandarizados de respuesta ante emergencias para cada amenaza identificada. Estos procedimientos deben incluir instrucciones claras y concisas para la actuación del personal. Aborde áreas clave como la evaluación y notificación de incidentes, la gestión de pacientes, las comunicaciones, la evacuación, la gestión de recursos, las funciones y responsabilidades del personal, y la coordinación con organismos externos.
5. Establecimiento de un sistema de comando de incidentes (SCI). El SCI es una estructura estandarizada para la gestión de emergencias. Designe un comandante o gerente del incidente que será responsable de la coordinación general y la toma de decisiones. Establezca los puestos del personal de mando, como operaciones, planificación, logística, y finanzas o administración, para garantizar una gestión eficaz de los recursos y la plantilla.
6. Creación de un centro de operaciones de emergencia en el hospital (COE-H). Designe una ubicación física para el COE-H, que hará las veces de nodo de mando y coordinación. Equipe el COE-H con las capacidades de gestión de recursos, los sistemas de información y las herramientas de comunicación necesarios. Determine los requisitos de personal y los protocolos de activación del COE-H. Una opción es convertir una sala de conferencias existente en COE-H.
7. Coordinación con socios externos. Forje alianzas y formalice acuerdos con instituciones externas, como entidades locales de gestión de emergencias, hospitales vecinos, departamentos de salud pública y agentes de primera intervención. Colabore en la planificación, la puesta en común de recursos, el intercambio de información y acuerdos de ayuda mutua. Garantice la existencia de líneas claras de comunicación y coordinación durante las emergencias.
8. Capacitación y formación de la plantilla. Organice sesiones periódicas de capacitación y formación para que el personal del hospital se familiarice con el plan de respuesta ante emergencias, sus funciones y responsabilidades, y los procedimientos pertinentes. Imparta capacitación sobre gestión de incidentes, comunicación en situaciones de emergencia, primeros auxilios y otros temas afines. Asegúrese de que los integrantes de la plantilla conocen sus funciones dentro del SCI-H.

9. Puesta a prueba y ejecución del plan. Realice periódicamente ejercicios de simulación y simulacros para comprobar la eficacia del plan de respuesta ante emergencias. Puede tratarse de ejercicios teóricos, ejercicios funcionales o simulaciones a escala real. Evalúe la respuesta, identifique los puntos fuertes y las áreas susceptibles de mejora, y revise el plan en consecuencia. Involucre a instituciones y asociados externos en ejercicios conjuntos para mejorar la coordinación y la interoperabilidad.
10. Mantenimiento y actualización del plan. Revise y actualice el plan de emergencia como mínimo una vez al año, o siempre que se produzcan cambios significativos en la infraestructura, el funcionamiento o la normativa del hospital. Manténgase informado sobre las amenazas emergentes y la evolución de las mejores prácticas en la gestión de emergencias. Mejore de forma continua el plan a partir de las enseñanzas extraídas de incidentes reales, ejercicios de simulación, y comentarios del personal y los asociados externos.

1.3.5 Equipo de gestión de incidentes del hospital

El equipo de gestión de incidentes del hospital (EGI-H) es un grupo de personas responsables de gestionar y coordinar la respuesta ante emergencias o incidentes en el ámbito hospitalario. Suele activarse en caso de acontecimientos importantes que requieren un enfoque coordinado y estructurado de la gestión de emergencias.

Recuadro 4. Funciones del equipo de gestión de incidentes del hospital (EGI-H)

Funciones del EGI-H

- ④ Mando del incidente. La designación de un comandante del incidente instaura una estructura de mando clara. Este puesto es responsable de la gestión global del incidente, la dirección estratégica y la toma de decisiones.
- ④ Coordinación y comunicación. El EGI-H garantiza la coordinación y comunicación efectivas entre los departamentos, el personal y los organismos externos implicados en la respuesta de emergencia, facilitando el flujo de información, estableciendo canales de comunicación y garantizando la difusión precisa y puntual de la información.
- ④ Gestión de recursos. Evalúa las necesidades de recursos, identifica los recursos disponibles y coordina su asignación y utilización. Estos incluyen personal, equipamiento, insumos e instalaciones. El EGI-H puede crear también sistemas de seguimiento de recursos, adquisiciones y apoyo logístico.
- ④ Evaluación del incidente y conocimiento de la situación. Recopila y analiza información para evaluar la repercusión del incidente, su alcance y la evolución de las necesidades. Se ocupa de mantener la información de la situación; para ello, supervisa la evolución del incidente, evalúa las amenazas y se anticipa a posibles dificultades o cambios en la situación.
- ④ Planificación y operaciones. Desarrolla planes de acción, estrategias y procedimientos operativos ante incidentes basados en evaluaciones y objetivos. Supervisa la ejecución de las acciones de respuesta, gestiona los períodos operativos específicos de cada incidente y adapta los planes según se considere necesario.
- ④ Seguridad y protección. Garantiza la seguridad de pacientes, personal y visitantes durante el incidente. Aplica medidas para mitigar los riesgos, abordar los problemas de seguridad y elabora protocolos de gestión de accesos, control del tránsito y otros aspectos relacionados con la seguridad.

Recuadro 5. Elementos del equipo de gestión de incidentes del hospital (EGI-H)

Elementos del EGI-H

- ⊗ Liderazgo y funciones. Defina claramente las funciones, responsabilidades y relación jerárquica de los miembros del EGI-H. Imparta capacitación al comandante del incidente y a los principales jefes de sección.
- ⊗ Estructura orgánica. Diseñe un organigrama que refleje la estructura del EGI-H, las relaciones de dependencia jerárquica y el flujo de comunicación.
- ⊗ Procedimientos operativos estandarizados (POE). Elabore POE en los que se describan los protocolos para activar un incidente; las comunicaciones, la toma de decisiones, la gestión de recursos y la coordinación.
- ⊗ Sistemas de comunicación. Establezca sistemas de comunicación confiables, incluidas las alternativas a los medios tradicionales.
- ⊗ Capacitación sobre preparación. Ofrezca capacitación sobre los principios de la gestión de incidentes, procedimientos de emergencia, funciones y responsabilidades. Lleve a cabo simulacros, ejercicios y simulaciones periódicos para mejorar la preparación y garantizar una coordinación eficaz entre los miembros del equipo.
- ⊗ Activación y respuesta. Active el EGI-H en respuesta a incidentes de importancia, siguiendo los protocolos y criterios establecidos. Reúna al equipo, lleve a cabo las sesiones informativas iniciales y garantice una transición fluida al modo de respuesta.
- ⊗ Planificación de la actuación ante un incidente. Elabore planes de actuación ante incidentes con los objetivos, estrategias y tareas específicas de la respuesta. Establezca períodos operacionales, asigne responsabilidades y coordine las actividades en el seno del EGI-H y con otras entidades implicadas en la respuesta.
- ⊗ Documentación y elaboración de informes. Mantenga registros precisos de las actividades relacionadas con el incidente, las decisiones y la utilización de recursos. Elabore informes de situación, actualizaciones del estado del incidente y otra documentación necesaria para las partes interesadas tanto internas como externas.
- ⊗ Coordinación con los asociados externos. Establezca una comunicación y coordinación efectivas con los organismos externos, como entidades locales de gestión de emergencias, departamentos de salud pública, fuerzas de orden público y otros establecimientos de salud. Fomente las alianzas, los acuerdos de ayuda mutua y el intercambio de información para mejorar las capacidades generales de respuesta.

1.3.6 Centro de operaciones de emergencia del hospital

El COE-H es un lugar centralizado dentro de un hospital o establecimiento de salud desde donde se coordinan y gestionan el personal y los recursos clave durante una emergencia o incidente grave. Hace las veces de nodo de comunicación, toma de decisiones y asignación de recursos, con el fin de garantizar una respuesta organizada y eficaz. A continuación se enumeran las funciones y los elementos clave de un COE-H.

Recuadro 6. Funciones del centro de operaciones de emergencia del hospital (COE-H)

Funciones del COE-H

- ④ Gestión y coordinación de incidentes. El COE-H facilita la gestión y coordinación generales de la respuesta del hospital ante emergencias. Garantiza que todos los departamentos y la plantilla del hospital trabajen juntos, siguiendo los protocolos y procedimientos establecidos.
- ④ Conocimiento de la situación. Mantiene el conocimiento en tiempo real del incidente y del estado operativo del hospital. Recopila y analiza información procedente de diversas fuentes, supervisa la evolución del incidente y evalúa su repercusión en el establecimiento.
- ④ Toma de decisiones y elaboración de políticas. Proporciona información precisa y puntual a la dirección y a las partes interesadas para respaldar la toma de decisiones, y ayuda a la elaboración de políticas, procedimientos y directrices específicos para el incidente, garantizando una respuesta coherente y cohesionada.
- ④ Gestión de recursos. Evalúa las necesidades y la disponibilidad de recursos de todo tipo (personal, insumos, equipamiento y espacio) en el hospital. Coordina la asignación y utilización de recursos, garantizando que se destinen a las áreas de máxima prioridad.
- ④ Comunicación y gestión de la información. Establece y mantiene canales de comunicación tanto internos (en el seno del hospital) como externos (con las partes interesadas y organismos pertinentes), garantiza el flujo puntual y preciso de información, facilita la coordinación y se ocupa de poner al día al personal clave y a las partes interesadas.
- ④ Coordinación con los socios externos. Interactúa con instituciones externas, como entidades de gestión de emergencias, departamentos de salud pública y otros establecimientos de salud, para intercambiar información, coordinar la ayuda mutua y colaborar en las tareas más amplias de respuesta.
- ④ Seguimiento y gestión de pacientes. Supervisa el seguimiento y la gestión de los pacientes en todo el centro. Garantiza que los pacientes sean clasificados, tratados y trasladados adecuadamente según sea necesario, al tiempo que mantiene con precisión los registros de estado y ubicación de los pacientes.
- ④ Continuidad de las operaciones. Ayuda a mantener las funciones y servicios del hospital durante las emergencias. Evalúa y aborda las afectaciones operativas, elabora planes de contingencia y coordina la reanudación de las operaciones normales tras el incidente.

Recuadro 7. Elementos del centro de operaciones de emergencia del hospital (COE-H)

Elementos del COE-H

- ⊞ Espacio físico. El COE-H requiere un espacio físico designado dentro del hospital capaz de albergar al personal, los sistemas de comunicación, las pantallas de información y las herramientas de gestión de recursos. Dicho espacio debe ser seguro, accesible y estar equipado con la tecnología y la infraestructura esenciales.
- ⊞ Equipo de gestión de incidentes (EG). El personal clave incluye miembros del EGI, jefes de departamento, responsables administrativos y expertos en la materia. Cada cual tiene responsabilidades y estructuras jerárquicas claramente definidas.
- ⊞ Sistemas de comunicación. Es esencial disponer de sistemas de comunicación confiables; por ejemplo, teléfonos, radios, acceso a Internet, redes informáticas y otras herramientas de comunicación tanto interna como externa.
- ⊞ Herramientas de gestión de la información. Permiten recopilar, analizar y difundir información; por ejemplo, sistemas informáticos, pantallas, programas de gestión de incidentes y plataformas de intercambio de información.
- ⊞ Seguimiento y gestión de recursos. El COE-H debe disponer de sistemas de gestión de inventarios y programas informáticos de seguimiento para gestionar los distintos recursos del hospital, como el personal, los insumos, el equipamiento y las camas.
- ⊞ Procedimientos operativos estandarizados bien documentados en los que se describen las distintas funciones, papeles y responsabilidades. Deben revisarse periódicamente, actualizarse y transmitirse al personal.
- ⊞ Sistemas de respaldo y redundancia. Para garantizar la continuidad de las operaciones, el centro de mando debe contar con sistemas alternativos de energía, sistemas de comunicación redundantes y planes de contingencia.

1.3.7 Gestión de incidentes masivos y víctimas mortales en masa

Los planes de **gestión de incidentes masivos** (con gran número de personas afectadas y víctimas masivas) se basan en la capacidad de los servicios hospitalarios de urgencias para atender a múltiples heridos en épocas de normalidad; por ejemplo, en caso de grandes accidentes de tránsito o laborales. Durante los desastres en gran escala, los hospitales deben cooperar con otros asociados en el marco de un sistema integral en el que participen otras partes interesadas, desde las autoridades locales hasta otros hospitales, pasando por diversas organizaciones de respuesta.

Los recursos para satisfacer las demandas de respuesta a emergencias son limitados y, por lo tanto, las estrategias deben incluir la priorización de la asignación de recursos allí donde más falta hagan (lo cual ayuda también a salvar vidas). La planificación para incidentes con saldo masivo de víctimas comienza en el área afectada y tiene en cuenta al personal de primera intervención y el transporte controlado de los pacientes, para no saturar un único hospital. A medida que evoluciona el incidente, la estrategia debe contemplar asimismo la gestión de los pacientes a medida que llegan al hospital, lo cual requiere la coordinación con diferentes departamentos del hospital, incluida la posibilidad de necesitar transporte secundario de pacientes a otros centros para la continuidad de la atención. Los hospitales deben ampliar su capacidad para hacer frente a las intervenciones críticas descritas en los planes de respuesta hospitalaria. La planificación de incidentes con arribo masivo de víctimas incluye:

- Un mecanismo de gestión interna del incidente, vinculado a las estructuras y sistemas locales y nacionales de gestión de incidentes. Desde el COE-H designado, el EGI-H capitanea las funciones de mando, control, coordinación y comunicación.
- Las disposiciones para la recepción de pacientes, el triaje de las múltiples víctimas y la atención urgente, organizadas por el servicio de urgencias, deben coordinarse con otras unidades hospitalarias: análisis clínicos, radiología, cirugía, unidades de cuidados intensivos y salas de hospitalización.
- En los planes de respuesta debe describirse el modo en que respaldan la respuesta otras áreas hospitalarias de carácter no médico.
 - ◊ Ingeniería y mantenimiento, para garantizar la disponibilidad ininterrumpida de servicios básicos de apoyo a las operaciones críticas del hospital, como puedan ser la electricidad, el agua, la climatización, las comunicaciones, la gestión de residuos, etc., cuando los proveedores locales de servicios se hayan visto también afectados. La unidad desempeña un papel importante en la puesta en marcha de centros alternativos de atención, el COE-H e instalaciones de descanso para el personal que trabaja en turnos prolongados.
 - ◊ Hacen falta disposiciones administrativas y económicas que permitan acceder con rapidez a las reservas de efectivo para la adquisición urgente de bienes y servicios, incluida la suscripción de acuerdos de ayuda mutua con los proveedores. Para facilitar la toma de decisiones, la administración del hospital debe planificar el intercambio de información crítica con el EGI-H sobre el censo de pacientes, capacidad de camas, lista de recursos (tanto materiales como de personal), etc. Igual importancia reviste la documentación y el mantenimiento de registros de compras y contrataciones. El análisis de toda esta información será un componente importante de la revisión posterior a la acción.

- ◇ Seguridad, para garantizar el acceso y salida controlados a las zonas críticas del hospital. De este modo se evita el hacinamiento, se ofrece un entorno laboral seguro para el personal del hospital y se garantiza la circulación fluida de vehículos y personas tanto en el interior como en los alrededores del hospital. Esta unidad debe coordinarse asimismo con las fuerzas locales de orden público cuando proceda.
- ◇ La unidad de nutrición garantiza el suministro adecuado y la calidad de los alimentos tanto para los pacientes como para el personal, especialmente durante las operaciones de respuesta prolongada.

La **gestión de un saldo masivo de víctimas mortales** aborda el reto al que se enfrentan los hospitales cuando deben gestionar un número elevado de cadáveres. La mayoría de los hospitales carecen de un plan para gestionar las defunciones masivas o bien el plan existente es insuficiente o está desfasado. Es preciso determinar con antelación la capacidad de refuerzo necesaria para afrontar los picos de demanda. En caso necesario, deben elaborarse planes para ampliar el espacio existente en el depósito de cadáveres y estudiar otras alternativas, como camiones frigoríficos y espacios refrigerados, siempre prestando la debida atención a la sensibilidad social y cultural del asunto. Los hospitales pueden coordinar planes con las autoridades locales y las organizaciones de respuesta para gestionar *in situ* los cadáveres en lugar de trasladarlos al hospital, de modo que los establecimientos de salud puedan centrar sus esfuerzos y recursos en la atención médica para salvar vidas.

Los hospitales deben ser capaces de detectar y descontaminar a los pacientes que hayan estado expuestos a materiales peligrosos que supongan una amenaza para su salud o para la seguridad del centro. Deben prever, además, que personal debidamente entrenado y protegido lleve a cabo los procedimientos de descontaminación fuera del servicio de urgencias, siempre con el EPP adecuado. Debe prestarse atención a la intimidad del paciente (gestión de sus objetos de valor y su ropa) y al manejo de toda arma introducida en el hospital.

Las **fallas en la comunicación**, a menudo consecuencia previsible de un desastre, repercuten de modo considerable en las tareas de respuesta. Los hospitales deben examinar sus sistemas de comunicación interna (personal y pacientes) y los canales de comunicación con organismos externos. Para hacer frente a los problemas previstos de comunicación, hacen falta múltiples niveles de redundancia; por ejemplo, radios bidireccionales, sistemas de voiceo, teléfonos móviles, SMS y líneas telefónicas exclusivas en el centro de operaciones de emergencia. Además, como sistema de respaldo, pueden emplearse mensajeros para transmitir información de un lugar a otro.

1.3.8 Plan de respuesta ante brotes de enfermedades transmisibles

Los brotes de enfermedades infecciosas pueden potencialmente desbordar la capacidad de un hospital para prestar servicios ordinarios. Los recursos humanos y materiales, incluidos el espacio hospitalario y los medicamentos, pueden resultar insuficientes para satisfacer la demanda, sobre todo en el caso de una epidemia que dure varias semanas, meses o años, como fue el caso de la pandemia de COVID-19. Este tipo de situación requiere que un establecimiento de salud adapte sus prioridades y rutinas de trabajo para organizar una respuesta coordinada e integral frente a una situación en rápida evolución y que puede ser compleja. Epidemias y pandemias inciden también en la capacidad de otros sectores para seguir prestando servicios y pueden tener importantes repercusiones socioeconómicas en la población general. Los hospitales deben tener en cuenta las posibles consecuencias para el personal (p. ej., transporte y bancos) y para los proveedores de servicios externos, especialmente de servicios básicos para el hospital y de material médico crítico.

Los hospitales deben revisar su disposición operativa para hacer frente a la afluencia de pacientes y al aumento de la demanda de servicios de atención de salud. Esto incluye priorizar y aplicar medidas frente a amenazas biológicas, de modo especial las que puedan causar enfermedades respiratorias agudas graves, con el fin de detectar casos sospechosos, limitar la transmisión dentro del centro y prestar atención médica especializada. Entre dichas medidas, cabe mencionar la activación de protocolos y procedimientos de aislamiento en espacios físicos; capacitación y entrenamiento del personal en el uso de EPP; el manejo de los pacientes; y la obtención y manipulación de muestras biológicas.

Durante las emergencias de evolución lenta o paulatina, como el brote de una enfermedad infecciosa, los hospitales deben contar con lo siguiente:

- sistema de vigilancia hospitalaria;
- definición de caso actualizada del ministerio de salud;
- protocolos de triaje para brotes infectocontagiosos;
- EPP en número suficiente y personal capacitado para usarlos correctamente;
- protocolos del servicio de urgencias para aislar a los pacientes sospechosos;
- vías establecidas para la derivación, tanto interna como externa;
- activación del sistema de gestión de la información hospitalaria, con personal de prevención y control de infecciones (PCI) integrado en el EGI-H.

Recuadro 8. Mejora de la disposición operativa del hospital ante situaciones de emergencia por brote

Mejora de la disposición operativa del hospital ante situaciones de emergencia por un brote

- ⊗ El liderazgo y el EGI-H son esenciales para gestionar las operaciones de emergencia. En los hospitales que ya cuentan con planes de gestión de crisis y preparación ante emergencias, se sugiere adaptarlos a los requisitos básicos tanto para la respuesta ante brotes epidémicos como para el mantenimiento de los servicios esenciales ordinarios.
- ⊗ La coordinación y la comunicación garantizan que el análisis de riesgos y la toma de decisiones se basen en datos, garantizando así la confianza efectiva entre todo el personal del hospital y las partes interesadas. Ello incluye la comunicación y coordinación en el seno del hospital, y los vínculos con las autoridades locales y nacionales, incluidas las comunidades y los servicios de atención primaria.
- ⊗ La vigilancia y la gestión de la información son fundamentales para el seguimiento y el control de los brotes, especialmente en hospitales y en centros de cuidados a largo plazo. La gestión de la información hospitalaria complementa la vigilancia y reviste importancia para concientizar a la población sobre los riesgos de salud asociados y las medidas necesarias para reducirlos.
- ⊗ La comunicación de riesgos y la participación de la comunidad ayudan a limitar o detener la propagación de rumores sobre un brote, y pueden emplearse para transmitir información precisa y clara sobre la enfermedad.
- ⊗ La capacidad de refuerzo (recursos humanos, camas, equipamiento, insumos) permite a un hospital ampliar su capacidad para gestionar un aumento súbito o rápidamente progresivo de la demanda de servicios. Es preciso tener en cuenta a quienes prestan servicios de salud a la población afectada: equipos médicos de emergencia, personal médico y de enfermería, etc., que pueden proceder de otros países o de otras partes del mismo país que no se hayan visto afectadas por la crisis.
- ⊗ Los planes de respuesta deben contemplar la continuidad de los servicios esenciales de apoyo. A medida que un brote evoluciona y requiere aumentar rápidamente la preparación ante emergencias y la disposición operativa, los hospitales también deben tener en cuenta las necesidades ordinarias de atención médica y quirúrgica.
- ⊗ La gestión de pacientes incluye los ingresos y derivaciones, las tareas de triaje, diagnóstico, tratamiento, flujo de pacientes, rastreo, alta y seguimiento, así como la gestión de servicios de apoyo, servicios de farmacia, y las funciones de logística e insumos.
- ⊗ La prevención y control de infecciones (PCI) reduce al mínimo el riesgo de contagio al personal del hospital, a los contactos estrechos, a los visitantes y a otros pacientes sanos o residentes en centros de cuidados a largo plazo que estén siendo atendidos en el establecimiento de salud.
- ⊗ La identificación y el diagnóstico rápidos garantizan una cadena de acontecimientos lógica y práctica durante la gestión de casos. Los servicios de laboratorio prestarán apoyo a actividades como la vigilancia, la PCI y la gestión de los pacientes.
- ⊗ La salud laboral, la salud mental y el acompañamiento psicosocial son necesarios para reducir los efectos psicológicos y sociales adversos de la emergencia en los pacientes hospitalizados, el personal y los miembros de la comunidad afectada.

Sistemas

1.3.9 Participación de la comunidad

Como ya hemos mencionado, las emergencias y desastres ponen a prueba los limitados recursos de un hospital y de todo el sistema de respuesta local. Uno de los principales retos es el control inmediato sobre el terreno de una situación caótica, en la que la comunicación suele ser difícil (véase el apartado 1.3.7, “Gestión de incidentes masivos”). A menudo, las personas presentes en el lugar de los hechos llevan a los pacientes al hospital más próximo, en cualquier medio de transporte disponible, sin comunicarse con el hospital receptor. Esto puede dar lugar al desbordamiento de la capacidad del hospital más próximo y a la infrautilización de otros centros cercanos.

Los planes hospitalarios de emergencia deben estar vinculados con los planes comunitarios para crear sinergias y procurar que la respuesta de emergencia sea lo más eficiente posible. Los hospitales pueden iniciar este proceso implicándose en la preparación de la comunidad y desarrollando las habilidades básicas de respuesta de los agentes comunitarios de primera intervención, de modo que los pacientes sean clasificados, priorizados y transportados al hospital adecuado. Ello ayudará a identificar y dar prioridad a los pacientes críticos que requieren atención médica inmediata; reducir las pérdidas de tiempo (lo cual ayuda a salvar vidas); y evitar que uno de los hospitales se vea desbordado. La extensión a la comunidad puede fortalecerse también mediante la planificación, los ejercicios de simulación y los exámenes posteriores a la acción.

1.3.10 Comunicación de riesgos

La comunicación de riesgos ha sido una estrategia eficaz cuando la sociedad entera y la comunidad afectada se implican con las autoridades de salud y los expertos como asociados en pie de igualdad para el intercambio de información, consejos y opiniones. La comunicación de riesgos es un vínculo con la sociedad, que se esfuerza en convencer a las comunidades vulnerables de que se impliquen en las labores para reducir el riesgo de desastres, teniendo en cuenta sus necesidades, percepciones, tradiciones y cultura.

Los hospitales deben tener un plan para colaborar con los medios de comunicación, aunque no se recomienda conceder acceso a los medios a un hospital durante un desastre. En lugar de esto, los medios de comunicación recibirán información periódica y objetiva sobre el estado de las instalaciones y las actividades en curso. Las sesiones informativas deben programarse en un lugar y a una hora predeterminados. Como parte del EGI-H, se designa un responsable de información pública para dirigir las tareas de comunicación, bajo la supervisión del comandante del incidente. El responsable de información pública tiene las siguientes responsabilidades:

- Establecer una zona designada para las actividades de cobertura informativa con los medios de comunicación, alejada del COE-H y de las zonas donde se atiende a los pacientes.
- Mantener el contacto con los responsables de información pública de la comunidad y de los organismos locales para colaborar en la elaboración de mensajes coherentes de información pública y para los medios de comunicación.
- Solicitar, antes de su difusión, la revisión y aprobación por parte del comandante del incidente de los mensajes de información pública y para los medios de comunicación.
- Elaborar periódicamente mensajes de información y actualización de la situación para mantener informados al personal del hospital, pacientes y visitantes sobre el incidente y la situación de la comunidad y el hospital.

Recuadro 9. Elaboración de mensajes de comunicación de riesgos

Elaboración de mensajes de comunicación de riesgos

- ⊕ Desarrollo de objetivos y mensajes clave. El fracaso de una comunicación eficaz obedece a menudo a la ausencia de objetivos de comunicación y mensajes clave claros. La fijación de objetivos y la determinación de mensajes deben completarse antes de emitir cualquier comentario público, especialmente en situaciones de emergencia. La OMS y el ministerio de salud pueden proporcionar orientación técnica.
- ⊕ Determinación del público destinatario. La población general no es monolítica, sino una combinación de diferentes grupos. Una comunicación eficaz requiere determinar o segmentar tales grupos y elaborar mensajes específicos dirigidos a ellos (p. ej., población de riesgo, personalidades influyentes, responsables de la toma de decisiones y personas que, sin estar directamente afectadas, tienen un interés en la emergencia).
- ⊕ Ensayo de los mensajes. Que un mensaje funcione para nosotros no necesariamente significa que vaya a funcionar también para nuestro público destinatario. Los ensayos sirven para poner a prueba nuestras suposiciones sobre qué funcionará y por qué. Nos ayudan a conocer mejor al público destinatario con el que deseamos comunicarnos. Los ensayos nos permiten comprobar si las comunicaciones funcionan y, en caso contrario, cómo ajustarlas. Es un proceso necesario que ahorra tiempo y dinero al no malgastar esfuerzos en comunicaciones ineficaces.
- ⊕ Canales y herramientas. Los canales y mensajes de comunicación deben adaptarse al público destinatario, aun cuando el contenido del mensaje sea básicamente el mismo. Las fuentes deben gozar de la confianza de la población destinataria (p. ej., redes sociales, juntas comunitarias, medios de difusión, líderes comunitarios, personalidades influyentes).
- ⊕ Seguimiento. El objetivo del seguimiento es determinar si se está llegando al público destinatario previsto y si los mensajes se entienden. Supervise los cambios deliberados de comportamiento que se hayan producido. Utilice las tendencias epidemiológicas, los medios de comunicación, las redes sociales, las entrevistas a informadores clave y las encuestas para comprobar si los mensajes están siendo eficaces. El seguimiento ayuda asimismo a gestionar, abordar y corregir la desinformación.

1.3.11 Puesta en marcha de sistemas de emergencia

Los sistemas y planes de emergencia sólidos que reflejen un proceso de planificación colaborativo son el punto de partida para iniciar las actividades de respuesta. Es importante integrar los hospitales en los sistemas nacionales de atención de emergencias como parte de las intervenciones ordinarias de resiliencia. Para fortalecer la operatividad de estos sistemas, considérense las siguientes acciones:

- Integrar la preparación en los programas de capacitación para desarrollar las capacidades del personal, incluido el uso del equipamiento.
- Organizar sesiones de orientación para las principales partes interesadas, incluida su función en el sistema (p. ej., autoridades locales, departamento local de salud, otros hospitales, cuerpo de bomberos).
- Llevar a cabo ejercicios de simulación en hospitales para poner a prueba los preparativos y efectuar las correcciones necesarias. Recorra a participantes de diversos departamentos hospitalarios y lleve a cabo simulacros con frecuencia, también de noche y en el fin de semana; tras lo cual, el hospital puede avanzar hacia ejercicios funcionales a escala real que incluyan la gestión de “víctimas” maquilladas. La participación de la comunidad es fundamental para identificar los elementos que funcionan o que necesitan mejoras.
- Realizar investigación operativa para mejorar los sistemas y procedimientos.

El marco del sistema de atención de emergencias de la OMS recoge las funciones esenciales de la atención urgente en el lugar de la lesión o enfermedad, durante el transporte, y hasta el servicio de urgencias del hospital y las primeras etapas de la hospitalización. Esta referencia se incluye en el apartado 1.3.18, “Herramientas y recursos para la preparación ante emergencias”.

Materiales e insumos

1.3.12 Gestión de existencias e inventarios

Cuando los hospitales necesitan acceso inmediato a medicamentos e insumos, recurren a los inventarios médicos para obtener información precisa sobre las existencias actuales y su ubicación concreta. Los sistemas hospitalarios de gestión de inventarios deben ser sólidos y flexibles, algo que los hospitales aprendieron durante la pandemia de COVID-19. Los procesos de gestión de inventarios deben ser capaces de seguir el progreso de los artículos inventariados desde el momento de la entrega hasta su utilización final, incluidos los datos relacionados con el uso. Las siguientes recomendaciones ayudan a garantizar que los sistemas de gestión de inventarios e insumos hospitalarios contribuyan a la preparación ante emergencias:

- Evaluar las vulnerabilidades de las infraestructuras clave de la cadena de suministro (p. ej., rutas de transporte, puentes, puertos marítimos, aeropuertos) que puedan interrumpir el suministro; y desarrollar planes de contingencia para la cadena de suministro con el fin de reducir al mínimo las posibles repercusiones.
- Mantener un inventario centralizado.
- Mantener una lista precisa de los artículos inventariados y mantener las existencias en niveles adecuados. Ello permitirá efectuar las compras en función de la demanda, identificar tendencias y anticipar necesidades futuras.
- Gestionar las fechas de caducidad y las retiradas de productos, evitando así el despilfarro y las pérdidas económicas innecesarias.
- Identificar alternativas a los artículos inventariados o identificar nuevos proveedores.
- Establecer un inventario de reserva para evitar el agotamiento de las existencias.
- Elaborar procedimientos de emergencia para las compras, el control, la protección y la elaboración de informes.

1.3.13 Adquisición y gestión de medicamentos e insumos de emergencia

La eficacia de los procedimientos de adquisición de emergencia requiere una combinación de planificación previa, flexibilidad, rapidez, transparencia, gestión de riesgos y coordinación. De este modo, se garantiza que los hospitales dispongan de las existencias necesarias de medicamentos e insumos de emergencia para hacer frente a los picos de demanda y que los pacientes reciban a tiempo la adecuada atención.

Un sistema de compras eficaz, además, permite a los hospitales optimizar los recursos y evitar la duplicación de esfuerzos, con el consiguiente ahorro de costos. Los procedimientos de adquisición de emergencia son fundamentales para garantizar la rápida adquisición de los bienes y servicios necesarios para ayudar a las personas afectadas por la crisis. Se indican a continuación algunas consideraciones clave para mejorar la disposición hospitalaria:

- En caso de emergencia de salud o desastre, los hospitales deben plantearse la posibilidad de disponer de insumos específicos y procedimientos establecidos, ya que las actividades de respuesta agotarán rápidamente las reservas existentes. Las auditorías periódicas ayudarán a determinar si los niveles de existencias son correctos. Los insumos de emergencia pueden rotarse en el flujo de uso diario para garantizar que la reserva no caduque.

- Para que el proceso de compra sea transparente y congruente, deben determinarse de antemano criterios y umbrales de adquisición predefinidos para los distintos métodos de compra.
- Los procedimientos de adquisición de emergencia deben ser lo suficientemente flexibles como para adaptarse a las necesidades y circunstancias cambiantes. Ello incluye la capacidad de modificar los umbrales y métodos de compra, y considerar fuentes alternativas de bienes y servicios.
- La oficina de compras debe establecer de antemano posibles contratos de aprovisionamiento para los artículos que suelen utilizarse en situaciones de emergencia. De este modo, los proveedores podrán suministrar rápidamente los artículos y servicios necesarios.
- Es preciso desarrollar procedimientos de adquisición de emergencia que acorten el proceso para ahorrar tiempo. Ello incluye asignar presupuestos disponibles a los que se pueda acceder de forma rápida para compras de emergencia.
- Elaboración de una lista de equipos e insumos de emergencia críticos. Conviene supervisar periódicamente su estado y definir disposiciones de contingencia en cuanto a dónde y cómo obtener dichos artículos.
- Los procedimientos de adquisición de emergencia deben ser transparentes, con rendición de cuentas y auditables. Ello incluye la documentación clara del proceso de compra, la comunicación abierta y la elaboración de informes periódicos sobre las actividades de compra.
- Los procedimientos de adquisición de emergencia deben incluir estrategias de gestión de riesgos para garantizar que los bienes y servicios se adquieren de forma segura y eficiente. Ello incluye evaluar y mitigar los riesgos asociados al proceso de compra, como el fraude, la corrupción y los riesgos para la salud.
- Es esencial la coordinación y comunicación eficaces entre todas las partes implicadas en el proceso de adquisición. Ello incluye la coordinación con otros organismos de respuesta ante desastres, autoridades locales y grupos comunitarios.

1.3.14 Acuerdos con proveedores y servicios

La formalización de acuerdos con proveedores y servicios, como parte de la preparación, requiere una combinación de evaluación de necesidades, selección de proveedores, negociación de contratos, supervisión del desempeño, gestión de riesgos, y revisión y actualización periódicas. El objetivo es garantizar que los bienes y servicios necesarios estén disponibles en caso de emergencia y que los proveedores asuman la responsabilidad de cumplir las normas acordadas. Deben tenerse en cuenta los siguientes elementos clave a la hora de establecer dichos acuerdos:

- **Evaluación de las necesidades** para determinar los tipos de bienes y servicios que se necesitarán durante una emergencia.
- **Selección de proveedores** que puedan proporcionar los bienes y servicios necesarios durante una emergencia, teniendo en cuenta su disponibilidad, confiabilidad y relación costo-efectividad.
- Formalización de **acuerdos sobre el nivel de los servicios** en los que se definan el alcance del trabajo, los productos o servicios entregables, los plazos y los criterios de calidad para cada proveedor.
- **Negociación de contratos** con los proveedores, que incluyan términos y condiciones, como precios, condiciones de pago, parámetros de desempeño y mecanismos de resolución de conflictos.
- Sistema de **supervisión del desempeño de los proveedores** para garantizar que cumplen el acuerdo sobre el nivel de los servicios y las obligaciones contractuales.
- Plan de **gestión de riesgos** que incluya planes de contingencia para casos de interrupción de la cadena de suministro, incumplimiento por parte de los proveedores y otros imprevistos.
- **Revisión y actualización** periódicas de los acuerdos con proveedores y servicios en función de la evolución de las necesidades y circunstancias, así como de los comentarios y observaciones de las partes interesadas.

1.3.15 Mecanismos financieros de emergencia

Establecer mecanismos de financiamiento flexibles y sostenibles con anterioridad a la respuesta a un desastre garantiza que los fondos estén disponibles cuando se necesiten. Una respuesta de emergencia eficaz no solo depende de la disponibilidad de financiamiento, sino también del modo en que se asignan y gastan los fondos. El objetivo es garantizar que el financiamiento esté disponible y se emplee de manera eficiente y eficaz. Las siguientes recomendaciones permiten mejorar la disposición económica de un hospital:

- **Mapeo de los recursos.** Determine posibles fuentes externas de financiamiento (p. ej., subvenciones públicas, donaciones privadas, ayuda internacional) y fondos accesibles internamente.
- **Elaboración del presupuesto.** Elabore un presupuesto en el que se describan los costos asociados a las actividades de respuesta ante emergencias.
- **Estrategias de financiamiento.** Formule estrategias para garantizar el financiamiento, como solicitud de subvenciones, patrocinios corporativos y actividades de recaudación de fondos. Constituya un fondo de emergencia

y defina procedimientos para las modalidades de gasto urgente con el fin de acelerar los desembolsos, junto con una gestión económica y una rendición de cuentas sólidas.

- **Alianzas.** Forje alianzas con otras instituciones (como organismos públicos, organizaciones sin ánimo de lucro y entidades del sector privado) para movilizar recursos y financiamiento.
- **Flexibilidad.** Asegúrese de que los mecanismos financieros sean lo suficientemente flexibles para responder a las necesidades y circunstancias cambiantes, como puede ser el caso de la magnitud y gravedad del desastre o la aparición de nuevas amenazas. Establezca normas de compra flexibles que permitan a los hospitales negociar directamente con los proveedores. Levante las restricciones de tiempo y diligencia debida en el proceso de licitación, el número mínimo de candidatos y los pagos por adelantado.
- **Sostenibilidad.** Desarrolle mecanismos de financiamiento sostenible que puedan utilizarse a largo plazo, incluidas estrategias para mantener el financiamiento y atraer nuevas fuentes de recursos económicos.
- **Rendición de cuentas.** Configure un sistema y procedimientos de seguimiento y elaboración de informes sobre el uso de los fondos, incluidas auditorías periódicas y evaluaciones de resultados. Fije niveles claros de autorización de gastos de emergencia como parte de los planes de respuesta hospitalaria.
- **Oportunidad.** Defina procesos y procedimientos para garantizar el acceso oportuno a los fondos durante la respuesta a un desastre. Consulte con las autoridades nacionales y locales la normativa y los requisitos de reembolso, y asegúrese de que la documentación requerida se prepara de conformidad con las directrices.

Personal

1.3.16 Desarrollo de las competencias del personal

El desarrollo de las competencias que necesita el personal hospitalario para aplicar de manera eficaz los protocolos, planes y funciones de respuesta ante emergencias requiere un planteamiento sistemático e integral. El objetivo es garantizar que el personal del hospital disponga de los conocimientos y habilidades necesarios para responder eficazmente a las emergencias y mitigar las repercusiones desfavorables en los pacientes y en la comunidad. Cabe considerar las siguientes acciones para reforzar la preparación del personal:

- **Evaluación de las necesidades de capacitación.** Evalúe los conocimientos, habilidades y aptitudes del personal hospitalario en relación con los protocolos, planes y funciones de respuesta ante emergencias, con el fin de identificar las lagunas y las áreas que puedan necesitar mejoras.

- **Asignación de funciones y responsabilidades en caso de emergencia.** Al asignar tareas, use el título del puesto en lugar del nombre de la persona que lo ocupará, pues los puestos son permanentes, mientras que las personas pueden ir cambiando por rotación o desgaste del personal.
- **Elaboración de listas de acciones del puesto,** a modo de guía de referencia rápida sobre tareas específicas en caso de emergencia: propósito, supervisor del que dependen y desglose de la tarea (tarea de respuesta inmediata: hasta 2 horas; intermedia: de 2 a 12 horas; o prolongada: más de 12 horas), y desmovilización. Estas listas pueden utilizarse durante las sesiones informativas y los exámenes posteriores a la acción para aprender de las experiencias e introducir mejoras en caso necesario.
- **Programas de capacitación.** Diseñe y organice programas de capacitación adaptados a las necesidades y funciones específicas del personal hospitalario; por ejemplo, planes y procedimientos de respuesta ante emergencias, sistemas de comando de incidentes, triaje y gestión de pacientes, protocolos de comunicación, y uso de EPP. Ofrezca capacitación periódica de puesta al día para garantizar que el personal del hospital mantiene las competencias y conoce los protocolos y funciones de respuesta ante emergencias.
- **Programa anual de ejercicios** que ofrezca al personal la posibilidad de revisar y practicar las tareas de emergencia previstas, así como aplicar los protocolos y funciones de respuesta ante emergencias en un entorno realista. Los ejercicios pueden ir desde simples ejercicios de debate (simulaciones teóricas) para diferentes unidades o funciones, hasta un ejercicio funcional más completo o a escala real al final del año, que combine todas las funciones de respuesta. Se anima asimismo a los hospitales a participar en ejercicios comunitarios con las autoridades locales, organizaciones de respuesta y otros hospitales de la red zonal para practicar y ensayar los planes y disposiciones de la zona local.
- **Incorporación de las competencias de respuesta ante emergencias en las evaluaciones del desempeño.** La descripción de los puestos de trabajo debe reflejar las competencias necesarias en materia de respuesta ante emergencias y tenerse en cuenta para la evaluación del desempeño del personal hospitalario, con el fin de garantizar la obligación de rendir cuentas sobre las funciones y responsabilidades en caso de emergencia.
- **Fomento de una cultura de preparación** en todo el hospital, mediante la comunicación y la implicación continuas con el personal, los pacientes y los asociados de la comunidad. Ello puede incluir actividades como campañas de concientización, extensión a las comunidades y alianzas con los organismos locales de gestión de emergencias.

1.3.17 Movilización de recursos humanos para la respuesta

Establecer un sistema eficaz para movilizar y avisar a los recursos humanos antes y durante la activación del plan de respuesta a un desastre requiere planificación, capacitación, dotación de personal, alianzas, recursos y evaluación. Con el fin de asegurarse de que disponen de los recursos humanos necesarios para responder a los desastres y prestar atención de calidad a los pacientes, los hospitales pueden tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- **Elaboración de un plan de gestión de los recursos humanos** en el que se describan las funciones y responsabilidades del personal durante los desastres, se identifiquen las habilidades y competencias necesarias, y se expliciten los protocolos para movilizar y gestionar el personal.
- **Creación de una matriz de dotación de personal** en la que se indique el número y la categoría del personal necesario para los distintos tipos y niveles de emergencias. La matriz de dotación de personal debe tener en cuenta factores como el número previsto de pacientes, la gravedad de las lesiones y la disponibilidad de recursos.
- **Establecimiento de un sistema de aviso** para avisar y movilizar rápidamente al personal en caso de emergencia. El sistema de aviso debe incluir protocolos para entrar en contacto con el personal (además del teléfono, los hospitales pueden recurrir a SMS, buscapersonas o anuncios por el sistema de megafonía del hospital), comprobar su disponibilidad y desplegarlo en los lugares adecuados.
- **Directorio actualizado del personal**, incluida la responsabilidad de mantener actualizada la información de contacto con los miembros del EGI-H y con los puntos focales en las entidades y organismos locales: COE, salud pública, bomberos, policía, protección civil, etc.
- **Organizar disposiciones de transporte** para convocar al personal fuera de servicio.
- **Instalaciones para el personal con horario ampliado** y para quienes no puedan volver a su domicilio; incluye comida, refrescos y zonas de descanso. Los hospitales pueden considerar cuál es el mejor modo de apoyar a las familias de los miembros del personal convocados que se vieron obligados a evacuar. Los programas hospitalarios de capacitación deben incluir la preparación de las familias y la mejora de la resiliencia del personal (su capacidad para volver al trabajo cuando sea necesario).
- **Posibilidad de ofrecer incentivos al personal** convocado de vuelta al trabajo en caso de emergencia y a quienes trabajen en turnos de horario ampliado. Ello puede hacerse mediante subsidios, abono de horas extraordinarias, seguros o permisos remunerados con posterioridad a la crisis; también la entrega de recomendaciones o certificados de servicio ejemplar que pueden incorporarse a la documentación de desempeño del personal para futuros ascensos y mejoras salariales.

- **Alianzas** con otros establecimientos de salud, entidades y organismos de gestión de emergencias para compartir recursos, conocimientos y experiencias durante los desastres. Estas alianzas pueden abarcar acuerdos de ayuda mutua, contratos preestablecidos y programas de capacitación cruzada.
- **Disponibilidad garantizada de recursos suficientes** para respaldar la movilización del personal durante los desastres. Ello puede incluir los insumos, el equipamiento y el transporte.
- **Evaluación y mejora periódicas del sistema** para garantizar su eficacia y eficiencia. Ello incluye revisar las matrices de dotación de personal, efectuar los exámenes posteriores a la acción y actualizar los programas y protocolos de capacitación.

1.3.18 Herramientas y recursos para la preparación ante emergencias

- Colegio Estadounidense de Médicos de Emergencia. Hospital Disaster Preparedness Self-Assessment Tool. [Irving (Tejas, Estados Unidos)]: ACEP; [sin fecha]. Disponible en: <https://www.calhospitalprepare.org/post/hospital-disaster-preparedness-self-assessment-tool>.
- Organización Panamericana de la Salud. Índice de preparativos ante emergencias y desastres en salud. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51450>.
- Organización Mundial de la Salud. Rapid hospital readiness checklist: Interim Guidance. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-hospital-readiness-checklist-2020.1>.
- Organización Panamericana de la Salud. STAR-H: Evaluación estratégica del riesgo de emergencias y desastres en establecimientos de salud. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56109>.
- Organización Panamericana de la Salud. INGRID-H: Inclusión para la gestión del riesgo de desastres en hospitales. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51059/9789275320525_spa.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. Mass casualty management systems: strategies and guidelines for building health sector capacity. Ginebra: OMS; 2007. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/43804>.
- Organización Mundial de la Salud. Service Availability and Readiness Assessment (SARA) Reference Manual, Version 2.2. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: [https://www.who.int/data/data-collection-tools/service-availability-and-readiness-assessment-\(sara\)](https://www.who.int/data/data-collection-tools/service-availability-and-readiness-assessment-(sara)).
- Academia de la OMS. Mass casualty preparedness and response in emergency units. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/world/guide-mass-casualty-preparedness-and-response-emergency-units>.

- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. La gestión de cadáveres en situaciones de desastre: Guía práctica para equipos de respuesta. Segunda edición (revisada). Washington, D.C.: OPS; 2016. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50607>.
- Organización Mundial de la Salud. Risk Communication and Community Engagement (RCCE) Action Plan Guidance COVID-19 Preparedness and Response. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: [https://www.who.int/publications/i/item/risk-communication-and-community-engagement-\(rcce\)-action-plan-guidance](https://www.who.int/publications/i/item/risk-communication-and-community-engagement-(rcce)-action-plan-guidance).
- Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para el Pacífico Occidental. The COVID-19 risk communication package for healthcare facilities. Manila: WPRO; 2020. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/331140>.
- Organización Mundial de la Salud. WHO COVID-19 Essential Supplies Forecasting Tool (COVID-ESFT) v4.1. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Tools-Essential_forecasting-2022.1.
- Grupo Asesor Internacional de Operaciones de Búsqueda y Rescate. NSARAG Guidelines. Ginebra: INSARAG; 2020. Disponible en: <https://www.insarag.org/methodology/insarag-guidelines/>.
- Organización Panamericana de la Salud. Clasificación y estándares mínimos para los equipos médicos de emergencia. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57880>.
- Organización Mundial de la Salud. Simulation exercise resources. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://extranet.who.int/sph/simex>.
- Organización Panamericana de la Salud. Herramienta de evaluación de la preparación hospitalaria frente a la violencia. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: <https://campus.paho.org/es/curso/herramienta-de-evaluacion-de-la-preparacion-hospitalaria-frente-la-violencia>.
- Organización Panamericana de la Salud. Sistema de comando de incidentes para hospitales (SCI-H). Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: <https://campus.paho.org/es/curso/sistema-de-comando-de-incidentes-para-hospitales>.
- Organización Panamericana de la Salud. Caja de herramientas: preparación de los países para emergencias de salud y desastres. Washington, D.C.: OPS; [sin fecha]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/emergencias-salud/preparacion-paises-para-emergencias-salud-rsi/caja-herramientas-preparacion>.
- Organización Mundial de la Salud. WHO Emergency care system framework. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/who-emergency-care-system-framework>.

- Organización Mundial de la Salud. WHO Tools for strengthening emergency care systems. Ginebra: OMS; [sin fecha]. Disponible en: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/emergencies-trauma-care/who-tools-for-strengthening-emergency-care-systems---feb-2020.pdf>.



■ Redundancia de un sistema de extinción de incendios. Hospital General Regional 2, Instituto Mexicano del Seguro Social, El Marqués (Querétaro, México). Centro Colaborador MEX-35 de la OPS/OMS para Servicios de Salud Resilientes. 2021

1.4 Voluntariado

Algunas situaciones de desastre anteriores han atraído a numerosas personas voluntarias deseosas de ayudar, un fenómeno conocido como “voluntariado convergente”, con afluencia de profesionales de la salud no requeridos o inesperados que acuden para prestar apoyo. Si bien el voluntariado puede ser una buena fuente de mano de obra complementaria en situaciones de emergencia, las personas bienintencionadas, pero sin experiencia, que no están familiarizadas con el sistema local de respuesta hospitalaria ni con la comunidad afectada, pueden aumentar la confusión u obstaculizar incluso las operaciones. Los hospitales deben estudiar detenidamente la mejor manera de emplear el voluntariado y gestionar sus servicios. Cabe considerar los siguientes aspectos antes de involucrar a personas voluntarias en un hospital:

- Los hospitales pueden acreditar previamente a un grupo multidisciplinario de personas voluntarias, definiendo cuándo y cómo se las involucrará y las tareas específicas que desempeñarán. Los hospitales pueden implicar asimismo a este grupo de personas voluntarias en las actividades de preparación previas a los desastres, como la capacitación y los ejercicios.
- Deben desplegarse planes para revisar, confirmar y reconfirmar de forma periódica las credenciales profesionales del personal médico. El proceso de acreditación del voluntariado médico garantiza que las cualificaciones se ajusten a las tareas asignadas y a las prácticas médicas del país afectado. Las facultades de medicina son una buena fuente de colaboración voluntaria, sobre todo cuando el hospital se halla adscrito a una de ellas.
- Es importante definir cómo detectar y solicitar personas voluntarias adecuadas. Indique un orden preferente para aceptar voluntarios: por ejemplo, primero, personal de centros adscritos; luego, de centros asociados; más tarde, voluntariado médico nacional; y, por último, profesionales de la salud no planificados o *ad hoc*.
- Elaboración de disposiciones sobre cómo se supervisará y evaluará a las personas voluntarias como parte del plan de respuesta ante emergencias de una organización.

1.5 Equipos médicos de emergencia

Basándose en las experiencias del Grupo Asesor Internacional de Operaciones de Búsqueda y Rescate (INSARAG, por su sigla en inglés), la OMS impulsó una [iniciativa de equipos médicos de emergencia](#) (conocidos como EMT por su sigla en inglés) para mejorar la oportunidad y la calidad de los servicios de salud prestados por los EMT nacionales e internacionales, y aumentar la capacidad de los sistemas de salud nacionales para activar y coordinar las capacidades de respuesta rápida.

Como parte de esta iniciativa, la OMS elaboró orientaciones sobre la [Clasificación y estándares mínimos para los equipos médicos de emergencia](#). Los EMT acreditados están integrados por profesionales de la salud –personal médico, personal de enfermería, personal paramédico, personal de apoyo, especialistas en logística– que tratan o apoyan a los pacientes afectados por una emergencia o desastre. Como se indica en la publicación de la OMS, el personal paramédico se divide en cuatro categorías en función de su movilidad y del nivel de atención que prestan. En el cuadro 2 puede apreciarse la combinación de movilidad y el nivel de atención que caracteriza a cada uno de los tipos de EMT.

Cuadro 2. Clasificación de la OMS de los equipos médicos de emergencia

Clasificación de la OMS de los EMT			
Tipo	Descripción	Capacidad	Duración mínima del despliegue
1 Móvil	Equipos ambulatorios móviles para acceder a las comunidades más pequeñas en zonas remotas	Más de 50 pacientes ambulatorios al día	2 semanas
1 Fijo	Equipos ambulatorios fijos con o sin carpa o tienda de campaña	Más de 100 pacientes ambulatorios al día	2 semanas
2	Centros de hospitalización con cirugía	Más de 100 pacientes ambulatorios y 20 pacientes hospitalizados 7 intervenciones de cirugía mayor o 15 de cirugía menor al día	3 semanas
3	Atención por derivación, hospitalización, cirugía y alta dependencia	Más de 100 pacientes ambulatorios y 40 hospitalizados, incluidas 4 a 6 camas de cuidados intensivos Quince intervenciones de cirugía mayor o 30 de cirugía menor al día	4 a 6 semanas
Equipos de atención especializada	Equipos que pueden unirse a los centros locales o EMT para prestar atención especializada complementaria	Variable	Variable

Las capacidades se desarrollan en términos de POE para guiar las actividades de respuesta de los EMT. Cuando un equipo supera el proceso de clasificación, puede incorporarse al registro de la OMS de equipos desplegables internacionalmente. De manera análoga, los equipos locales de los países anfitriones podrán integrarse sin problemas en los EMT extranjeros y trabajar conjuntamente de forma cooperativa. De este modo, se garantiza una atención de emergencia estandarizada y de calidad, y se despliega una respuesta médica bien coordinada, con la consiguiente mejora de los efectos en la salud de la población afectada.

2. DURANTE: Fase de respuesta

Incluso los hospitales mejor preparados deberán afrontar ciertas consecuencias inevitables de una emergencia de salud o desastre. Entre los retos más complejos figuran el aumento de la demanda de servicios médicos, la escasez de recursos, y la interrupción de las comunicaciones y las líneas de abastecimiento. Así mismo, incluso un pequeño e inesperado aumento de los ingresos puede suponer el desbordamiento de un hospital. El desgaste del personal y la disponibilidad limitada de equipos e insumos críticos pueden reducir aún más el acceso a la atención de salud.

Aunque la gestión compensatoria de riesgos se inicia durante la fase de preparación, continúa en la de recuperación, en la que el objetivo es fortalecer la resiliencia hospitalaria frente a los riesgos residuales que no puedan reducirse eficazmente. Durante la fase de respuesta, es probable que los hospitales recurran a las cuatro capacidades de resiliencia ya descritas: absorber los riesgos residuales que no puedan reducirse eficazmente; adaptarse al pico de demanda de servicios de salud de calidad y continuos; transformarse; y aprender de la recuperación a medida que reanudan sus funciones normales.

En medio de tales retos y demandas, los hospitales deben ser capaces de iniciar una respuesta oportuna y eficaz.

Recuadro 10. Guía rápida para iniciar la respuesta hospitalaria ante emergencias

Guía rápida para iniciar la respuesta hospitalaria ante emergencias

1. Active el plan hospitalario de respuesta ante emergencias y ponga en marcha el sistema de comando de incidentes del hospital (SCI-H).
2. Abra el centro de operaciones de emergencia del hospital (COE-H).
3. Recopile, verifique y valide rápidamente la información crítica relacionada con el incidente, el estado de los sistemas hospitalarios y la capacidad operativa del hospital.
4. Determine los objetivos de la respuesta al incidente para brindar orientación y fijar prioridades. Formule estrategias y acciones para alcanzar los objetivos del plan.
5. Asigne los puestos en el equipo de gestión de incidentes del hospital (EGI-H) en función de las cualificaciones y la disponibilidad del personal.
6. A partir de la evaluación de la situación, estime las necesidades y asigne los recursos pertinentes.
7. Inicie las alertas y notificaciones comunitarias apropiadas.
8. Establezca vínculos de comunicación y respuesta con los asociados locales de respuesta pertinentes.
9. Lleve a cabo sesiones informativas para explicar el plan de acción ante el incidente, su ejecución y grado de progreso.
10. Reevalúe la eficacia de las estrategias y tácticas del plan de acción ante un incidente. A medida que vaya disponiendo de nueva información, ajuste el plan, la asignación de recursos y las prioridades.

Espacio

2.1 Evaluación de daños y reasignación del espacio hospitalario

El efecto directo de determinadas amenazas, como terremotos, inundaciones, ciclones, incendios o explosiones, puede afectar a la integridad estructural y los elementos no estructurales de un edificio. Cuando esto ocurra, los hospitales deben estar preparados para efectuar una rápida evaluación de los daños en sus instalaciones. Este proceso permite determinar la naturaleza y el alcance de los daños, y proporciona información fundamental para asignar las prioridades de respuesta. Es importante señalar que las acciones presentadas en este apartado guardan relación con el componente de preparación (véase el apartado 1.1), en el que se elaboraron protocolos de actuación para los planes de respuesta hospitalaria.

Una vez activados el SCI-H y el plan de respuesta, cabe plantearse las siguientes medidas inmediatas:

- Los jefes de unidad deben evaluar rápidamente los daños y la funcionalidad de las infraestructuras críticas en las zonas bajo su responsabilidad, mediante un formulario estándar o una lista de verificación.
- Las evaluaciones deben contener información sobre el estado de los siguientes sistemas: climatización, electricidad, telecomunicaciones, suministro de agua, gases medicinales, saneamiento, vías y accesos (tanto internos como en las inmediaciones); e incluir las necesidades de ayuda externa.
- Los informes de evaluación deben enviarse al responsable designado en el EGI-H a través de los canales acordados. A modo de ejemplo, en muchos EGI-H, esta información se comunica al director de la división de infraestructuras, gestionada por el jefe de unidad del departamento de ingeniería, bajo el mando del jefe de la sección de operaciones.
- El EGI-H analiza los informes de evaluación para determinar las prioridades del plan de acción ante un incidente.

Los hospitales deben planificar asimismo el máximo aprovechamiento del espacio hospitalario disponible para dar cabida a la mayor demanda de atención a pacientes. En los planes de respuesta debe indicarse cómo convertir las zonas existentes (como pasillos, vestíbulo, gimnasio, salón de actos y salas de conferencias) según sea necesario para satisfacer la demanda.

Estrategias

2.2 Seguimiento de la información de alerta temprana

El acceso a los sistemas de alerta temprana y a la información que estas proporcionan es fundamental para la respuesta hospitalaria ante emergencias y desastres. Entre las fuentes de información para la alerta temprana cabe mencionar las siguientes:

- sistemas de vigilancia epidemiológica, ya sea dentro del propio hospital o a través del ministerio de salud;
- servicio de meteorología, para la información sobre borrascas, inundaciones y sequías;
- organismo nacional de gestión de desastres;
- autoridades locales y centros de operaciones de emergencia (COE);
- medios de comunicación locales.

Los hospitales pueden recibir la notificación de una situación de emergencia o desastre a través de un sistema centralizado de despacho de emergencias, como las fuerzas de orden público, los servicios médicos de emergencia, el departamento local de salud o la autoridad local de gestión de emergencias. Existen tres tipos de notificación:

- “Aviso” indica que no hace falta ninguna respuesta inmediata por parte del sistema, pero existe la posibilidad de una respuesta.
- “Alerta” indica que la necesidad de una respuesta es probable o inminente, y se requiere un nivel elevado de disposición operativa para la respuesta.
- “Activación” indica que se requiere una respuesta inmediata.

En la mayoría de los casos, los hospitales reciben poca o ninguna advertencia anticipada de un incidente, sobre todo en el caso de desastres de efecto repentino como terremotos, inundaciones torrenciales, corrimientos de tierras o explosiones. Cuando se ven afectados, sin embargo, los hospitales deben estar preparados para movilizar rápidamente una respuesta, gestionando aspectos como incendios, heridos, evacuación, daños en la estructura y el equipamiento, etc.

2.3 Activación del plan de respuesta para todo tipo de amenazas

La activación del plan de respuesta hospitalaria comienza con la información de alerta temprana (situaciones que probablemente alteren el funcionamiento normal del hospital) y los desencadenantes previamente detectados (puntos de decisión basados en cambios en la disponibilidad de recursos, que requieren adaptaciones en la prestación de servicios de salud a lo largo del proceso continuo de atención) (22). Cabe considerar las siguientes recomendaciones para la activación y movilización oportunas de una respuesta hospitalaria de emergencia:

- Establecer y definir claramente los factores desencadenantes de la respuesta que permitan un reconocimiento temprano y una rápida movilización de los recursos de respuesta adecuados (p. ej., número de víctimas potenciales, magnitud de la emergencia, materiales peligrosos, actividad terrorista).
- Definir niveles escalonados de activación de la respuesta. Cada nivel debe tener parámetros claramente definidos (p. ej., repercusión en el hospital, servicios hospitalarios necesarios, requisitos logísticos).
- Estar preparado y ser capaz de movilizar una respuesta las 24 horas del día, los días festivos y fines de semana incluidos.
- Identificar, por su cargo, a la persona responsable y autorizada para activar el plan de respuesta (p. ej., médico jefe de guardia, gerente del hospital, jefe del servicio de urgencias u otro).
- Activar el centro de operaciones de emergencia del hospital.

En el cuadro 3 se muestra un ejemplo de matriz de activación de la respuesta hospitalaria. A la hora de adaptar una estructura parecida, es importante basarse en la capacidad individual de cada hospital.

Cuadro 3. Matriz de activación de la respuesta hospitalaria

Nivel de activación	Definición y parámetros	Autoridad competente para la activación	Notificación
1 Alerta o notificación	Información recibida acerca de una situación o incidente que repercutirá (o podría repercutir) de modo extraordinario en el funcionamiento del centro hospitalario	Administrador de turno (en horario laboral habitual) o supervisora de enfermería (fuera del horario laboral habitual)	- Administrador de guardia localizada - Enfermera jefe del servicio de urgencias, comandante del incidente - Supervisor de servicios ambientales o de ingeniería - Sistemas de salud o centro de operaciones de emergencia (COE) en red - Responsables de seguridad laboral y de protección - Unidad de telecomunicaciones - Gobierno local
2 Impacto menor	Situación o incidente real con repercusión menor en el funcionamiento del centro Servicio de urgencias, factores clínicos 10 pacientes reales, o 3 pacientes con traumatismos graves - Más de 4 horas de espera en el servicio de urgencias - Más del 50% por encima de la cifra normal de pacientes en el servicio de urgencias 1 a 10 pacientes admitidos por encima del número de camas autorizadas Factores logísticos - Perturbaciones limitadas, contenidas o con una repercusión menor en el funcionamiento 15% del personal no disponible para el servicio - Escasez de artículos no críticos o solo queda suministro de artículos críticos para 48 horas - Necesidad de evacuación horizontal de pacientes, visitantes o personal de una zona de un edificio	Comandante del incidente	- Administrador de guardia localizada - Enfermera jefe del servicio de urgencias - Supervisor de servicios ambientales o de ingeniería - Sistema de salud o centro de operaciones de emergencia (COE) en red - Responsables de seguridad laboral y de protección - Telecomunicaciones - Directores de otros departamentos, en función de las circunstancias - Gobierno local, seguridad pública, salud pública, COE

Cuadro 3. Matriz de activación de la respuesta hospitalaria (continuación)

Nivel de activación	Definición y parámetros	Autoridad competente para la activación	Notificación
3 Impacto moderado	Situación o incidente real con repercusión moderada y fuera de lo común en el funcionamiento del centro Servicio de urgencias, factores clínicos • 20 pacientes reales o 5 pacientes con traumatismos graves • Más de 8 horas de espera en el servicio de urgencias • Más del 100% por encima de la cifra normal de pacientes en el servicio de urgencias durante 8 horas • 11 a 30 pacientes admitidos por encima del número de camas autorizadas (en el censo de pacientes)	Comandante del incidente	• Administrador, enfermera jefe del servicio de urgencias, coordinador de gestión de emergencias • Supervisores de servicios ambientales y de ingeniería • Sistema de salud o COE en red • Departamento de enfermería • Responsables de seguridad laboral y de protección • Telecomunicaciones • Directores de otros departamentos, en función de las circunstancias • Gobierno local, seguridad pública, salud pública, COE
	Factores logísticos • Perturbaciones que afectan a un área o sistema importantes o esenciales para la misión, o que afectan al funcionamiento general • 25% del personal no disponible para el servicio • Escasez de artículos críticos o solo queda suministro de artículos críticos para 24 horas • Necesidad de evacuación vertical de pacientes, visitantes o personal de un piso entero de un edificio • Incidente de más de 8 horas de duración		
4 Impacto mayor	Situación o incidente real con repercusión importante y fuera de lo común en el funcionamiento del centro Servicio de urgencias, factores clínicos • 50 pacientes reales • Más de 12 horas de espera en el servicio de urgencias • Más del 200% por encima de la cifra normal de pacientes en el servicio de urgencias • 31 a 50 pacientes admitidos por encima del número de camas autorizadas (en el censo de pacientes)	Comandante del incidente, en consulta con el director general del hospital	• Administrador, enfermera jefe del servicio de urgencias, coordinador de gestión de emergencias • Supervisores de servicios ambientales y de ingeniería • Sistema de salud o COE en red • Departamento de enfermería • Responsables de seguridad laboral y de protección • Telecomunicaciones • Directores de otros departamentos, en función de las circunstancias • Gobierno local, seguridad pública, salud pública, COE
	Factores logísticos • Perturbación de la infraestructura física o de los servicios básicos que afecta múltiples áreas o sistemas • 40% del personal no disponible para el servicio • Escasez crítica de artículos esenciales • Evacuación completa de un edificio de atención a pacientes • Incidente de más de 24 horas de duración		

2.4 Prevención y control de infecciones

Los sistemas de vigilancia hospitalaria sirven para detectar brotes de enfermedades infecciosas. El seguimiento de las tendencias epidemiológicas y los cambios en los patrones pueden impulsar a la gerencia hospitalaria, al equipo de PCI y al comité de gestión de desastres del hospital a indagar y emitir avisos, de conformidad con las directrices de notificación del Reglamento Sanitario Internacional.

Las prácticas de PCI desempeñan un papel fundamental a la hora de reducir los brotes de enfermedades infecciosas, especialmente en el entorno de los establecimientos de salud. Cada programa hospitalario debe designar un punto focal para incorporar las precauciones ordinarias de PCI, sirviéndose de las directrices hospitalarias de PCI para lo siguiente:

- higiene de las manos;
- protección del personal de salud (p. ej., como mínimo, profilaxis posterior a la exposición, vacunaciones, uso de EPP);
- uso y eliminación seguros de los objetos punzocortantes;
- descontaminación de aparatos, dispositivos y equipos médicos;
- triaje de pacientes contagiosos;
- reprocesamiento de equipos e instrumental médico reutilizable;
- limpieza ambiental sistemática;
- higiene respiratoria y precauciones al toser;
- técnicas asépticas sin contacto;
- gestión eficaz de los residuos;
- manipulación adecuada de la ropa de cama y lencería hospitalaria.

2.5 Evaluación rápida de las necesidades

En el período inmediatamente posterior a la repercusión, el comandante del incidente lleva a cabo una evaluación rápida de las zonas afectadas del hospital para determinar las necesidades de respuesta. Esta evaluación integral (en lugar de una evaluación de los distintos componentes individuales del hospital) proporciona una visión global de la repercusión en el entorno operativo del hospital. Priorice las acciones de respuesta y los recursos, y céntrese en lo necesario para salvar vidas y prevenir la mortalidad relacionada con la repercusión. Las necesidades de insumos, equipamiento y medicamentos dependerán del tipo de emergencia y de la capacidad de respuesta del hospital.

Las siguientes preguntas pueden servir de guía para una evaluación rápida de las necesidades:

- ¿Cuál es la emergencia? ¿De qué tipo de amenaza se trata?
- ¿Existe algún riesgo para la seguridad (materiales peligrosos, violencia, etc.)?
- ¿Se ha estabilizado la situación o puede agravarse?
- ¿Qué repercusión ha tenido en las instalaciones del hospital (p. ej., daños, lesiones, perturbaciones)?
- ¿Cuántos pacientes se espera que lleguen? Se trata solo de estimaciones basadas en la amenaza y en el patrón de traumatismos. Por ejemplo, un terremoto genera un gran volumen de pacientes traumatológicos, pero la llegada de los pacientes puede retrasarse debido al bloqueo de las carreteras. Sin embargo, la primera oleada de pacientes (heridos capaces de caminar o con heridas leves) puede ser transportada por transeúntes sin haber recibido atención médica.
- ¿Qué recursos hacen falta para gestionar la emergencia? ¿Están disponibles o se necesita ayuda externa?

Los hospitales deben preparar también disposiciones para:

- Gestionar la afluencia de familiares; cabe disponer para ello de un centro o espacio de coordinación familiar para gestionar sus preocupaciones al tiempo que se mantiene un acceso controlado a las zonas críticas del hospital.
- Organizar las visitas de personalidades de modo que no perturben la respuesta de emergencia.

2.6 Sistema de comando de incidentes del hospital

Una vez activado el plan hospitalario de respuesta ante emergencias, entra en funcionamiento el SCI-H (23). El SCI-H es la entidad central de mando, control, coordinación y comunicaciones en relación con la respuesta colectiva del hospital. Una vez activado el SCI-H, el EGI-H comienza a trabajar desde el COE-H designado.

Tras activar el SCI-H, plantéese la posibilidad de adoptar las siguientes medidas críticas:

- El comandante del incidente, que habrá llevado a cabo una evaluación rápida de los daños y las necesidades, asigna tareas a los miembros del EGI-H.
- El EGI-H y el personal crítico tanto hospitalario como de primera intervención revisan las listas de acciones de los distintos puestos (qué harán, cuándo lo harán y a quién informarán una vez hecho).

- Actualización de la información en función de la disponibilidad de recursos hospitalarios (recursos humanos y materiales, capacidad de camas y capacidad para hacer frente a un pico de demanda).
- Elaboración de un plan de acción ante un incidente que se transmitirá al COE local o al puesto de mando sobre el terreno (véase el apartado siguiente).
- El hospital utiliza protocolos preestablecidos para prepararse a recibir pacientes y llevar a cabo el triaje.
- El EGI-H recibe actualizaciones sobre el estado de la respuesta y ajusta el plan de acción ante un incidente en consecuencia.
- Las acciones de respuesta se actualizan en función de las comunicaciones internas y externas.
- El oficial de enlace gestiona las relaciones con los organismos de apoyo externos.
- Los responsables de seguridad supervisan las cuestiones de salud laboral, seguridad y protección relacionadas con las operaciones de respuesta, y prestan asesoramiento para afrontar los problemas.

En situaciones que requieran una respuesta prolongada, el EGI-H debe garantizar lo siguiente:

- Las áreas y servicios prioritarios del hospital deben contar con el apoyo necesario para seguir funcionando.
- Deben activarse procedimientos para convocar al personal y considerar la posibilidad de recurrir a fuerza laboral voluntaria.
- Durante una fase de respuesta prolongada, las intervenciones quirúrgicas programadas y otros servicios hospitalarios no esenciales deben cancelarse o posponerse.

2.7 Planificación de la actuación ante un incidente

La planificación de la actuación ante un incidente y el plan de acción ante un incidente son fundamentales en la respuesta a emergencias. La planificación de la actuación ante un incidente ayuda a sincronizar las operaciones y a garantizar que respaldan los objetivos de la respuesta al incidente.

Debe elaborarse un plan de acción ante un incidente para cada período operativo.³ Este plan de acción orienta el proceso inicial de toma de decisiones sobre la gestión del incidente y las actividades continuas de planificación. Es el vehículo a través del cual se comunican las expectativas y proporciona a los gestores del incidente orientaciones

³ Un período operativo es el tiempo programado para ejecutar un conjunto dado de acciones tácticas, tal y como se especifica en el plan de actuación ante el incidente. Los períodos operativos pueden ser de duración variable, pero normalmente no superan las 24 horas.

claras sobre las acciones prioritarias. El plan de acción sirve asimismo como documento de referencia clave para el proceso de examen posterior a la acción.

El plan de acción ante un incidente incluye una lista exhaustiva de las tácticas, recursos y apoyos necesarios para alcanzar los objetivos en un plazo determinado. Los distintos pasos del proceso, ejecutados de manera secuencial, contribuyen a garantizar un plan de acción integral. A la hora de elaborar el plan de acción ante un incidente, debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- La elaboración del plan de acción ante un incidente es un proceso cíclico, basado en un período operativo; los pasos de la planificación deben repetirse en cada período operativo.
- El EGI-H elabora el plan de acción ante un incidente a partir de la mejor información disponible en el momento de la reunión de planificación. No deben retrasarse las reuniones de planificación por esperar a recibir más información en una fecha posterior.
- Durante la fase inicial de la gestión de un incidente, la situación puede ser caótica y a veces resulta difícil hacerse una composición de lugar. A menudo, el comandante del incidente se ve obligado a elaborar con celeridad un plan inicial a partir de información escasa o incompleta. Es preciso comunicar al EGI-H el plan inicial.
- A medida que el incidente vaya evolucionando, el margen añadido de tiempo y la incorporación de personal, sistemas de información y tecnologías harán posible una planificación más detallada y la catalogación de las acciones y enseñanzas extraídas.

Recuadro 11. Características principales de un plan de acción ante un incidente

Características principales de un plan de acción ante un incidente

- ④ Informa al COE-H, a las organizaciones externas y al personal sobre los objetivos de la respuesta al incidente para el próximo período operativo, los recursos específicos necesarios, las acciones prioritarias para alcanzar los objetivos y otros datos operativos (p. ej., información meteorológica, restricciones, limitaciones, seguridad).
- ④ Identifica la asignación de trabajos y proporciona una hoja de ruta para el período operativo con el fin de que las personas involucradas puedan comprender cómo contribuye su esfuerzo al éxito global de la operación.
- ④ Muestra cómo encajan en la organización el personal de supervisión específico y los diversos elementos operativos.
- ④ Proporciona un calendario de las reuniones y sesiones informativas clave durante el período operativo.

Las siguientes reuniones y sesiones informativas forman parte del proceso de planificación y se repiten en cada ciclo operativo hasta la conclusión del incidente.

- **Fijación y actualización de objetivos.** El comandante del incidente fija los objetivos de la respuesta al incidente para el período operativo inicial. Al concluir dicho período operativo inicial, el comandante del incidente revisa los objetivos de la respuesta al incidente y puede validarlos, modificarlos o fijar nuevos objetivos.
- **Reunión de estrategia (equipo de mando y estado mayor).** Después de fijar o revisar los objetivos de la respuesta al incidente, el comandante del incidente se reúne con el equipo de mando y el estado mayor (y otras figuras clave, según proceda) para debatir los objetivos y brindar orientación.
- **Preparación de la reunión de táctica.** Una vez determinado el enfoque para alcanzar (o procurar alcanzar) los objetivos de la respuesta al incidente, el jefe de la sección de operaciones planifica una reunión para formular las tácticas y determinar los recursos necesarios durante el período operativo.
- **Reunión de táctica.** Los participantes clave revisan las tácticas propuestas y planifican la asignación de recursos. Dirige la reunión de táctica el jefe de la sección de operaciones. Otros participantes clave son el jefe de la sección logística, el responsable de seguridad y un representante de planificación, entre otros.
- **Reunión de planificación.** Tras la reunión de táctica, el personal colabora para determinar las necesidades de apoyo y asignar recursos específicos. La reunión de planificación sirve como recapitulación final y para aprobar los planes operativos y la asignación de recursos desarrollados durante y después de la reunión táctica. Al término de la reunión de planificación, el equipo de mando y el estado mayor confirman su apoyo al plan.
- **Preparación y aprobación del plan de acción ante un incidente.** Sobre la base del acuerdo alcanzado en la reunión de planificación, el comandante del incidente aprueba el plan.
- **Sesión informativa sobre el período operativo.** Cada período operativo comienza con una sesión informativa. El personal de supervisión y táctica del incidente recibe el plan de acción ante un incidente en el marco de la sesión informativa. Los miembros del equipo de mando y del estado mayor presentan los objetivos de la respuesta al incidente, repasan la situación actual e intercambian información relacionada con las comunicaciones o la seguridad. A continuación, los supervisores informan al personal asignado sobre sus respectivas tareas.

2.8 Centro de operaciones de emergencia del hospital

El EGI-H se sirve del COE-H para convocar a los miembros del equipo y coordinar las actividades de respuesta (clínica, servicios de apoyo, administración y financiamiento); priorizar los recursos; gestionar la información; y garantizar la seguridad y protección de las operaciones. Además, utiliza las [4C \(comunicación, cooperación, coordinación, colaboración\)](#) para facilitar el proceso de toma de decisiones.

Dado que el COE-H no es una estructura permanente, los hospitales deben determinar qué factores desencadenantes llevarán a la decisión de activar las operaciones, pues ello obliga a acondicionar el espacio existente y adquirir equipamiento y recursos esenciales, como equipos informáticos y de comunicaciones, mapas, tableros, etc. El plan de respuesta hospitalaria debe definir claramente tales factores desencadenantes e identificar quién está autorizado a activar el COE-H. Entre los posibles criterios para activar el COE-H, cabe mencionar los siguientes:

- aumento de la demanda hospitalaria para gestionar la emergencia;
- número elevado de pacientes;
- situación que requiere la priorización y asignación de recursos limitados a áreas críticas para garantizar la continuidad de las operaciones;
- necesidad de colaboración coordinada de múltiples departamentos del hospital, incluida la posible participación de organismos externos de apoyo y la coordinación con los COE de otras entidades.

A la hora de seleccionar la ubicación y el diseño del COE-H, ténganse en cuenta las siguientes necesidades:

- **Accesibilidad.** La zona es de fácil acceso desde cualquier parte del hospital, de manera ininterrumpida (las 24 horas del día durante los siete días de la semana), y no interfiere con las operaciones críticas, como el servicio de urgencias, ni con las zonas de acceso público.
- **Flexibilidad.** Hay espacio suficiente para alojar el equipamiento, mobiliario, insumos y tecnología que precisa el EGI-H.
- **Sostenibilidad.** Hay infraestructura suficiente para respaldar las operaciones de emergencia de manera ininterrumpida (las 24 horas del día durante los siete días de la semana); ello incluye el acceso a circuitos eléctricos, tomas de corriente, iluminación, sistemas informáticos de emergencia, entre otros, así como las disposiciones para alimentación, agua y descanso durante períodos prolongados de operación.
- **Seguridad (protección).** Deben protegerse las instalaciones, sus ocupantes, los equipos y sistemas de comunicaciones, y la información sensible. Solo se permitirá la entrada a las personas autorizadas.

- **Supervivencia.** El emplazamiento debe ser capaz de resistir las consecuencias de las amenazas locales y evitar las zonas típicas de riesgo interno. Para situaciones en las que la ubicación preferente no funcione bien, el plan debe contemplar una ubicación alternativa.
- **Interoperabilidad.** La ubicación debe planificarse de modo que garantice la capacidad de emplear la tecnología para intercambiar información tanto ordinaria como urgente con otros COE.

2.9 Comunicación y coordinación

La comunicación en situaciones de crisis describe el proceso de proporcionar datos sobre una emergencia o desastre que requiere una respuesta inmediata. La fase inicial de una crisis se caracteriza por una situación de confusión e intenso interés por parte de los medios de comunicación. La información suele ser incompleta, y los datos verificados, escasos. Los canales de comunicación a menudo se ven interrumpidos. Es esencial reconocer que la información procedente de los medios de comunicación, de organismos externos e incluso de otras entidades de respuesta puede no ser del todo exacta. Es vital saber todo lo posible sobre lo ocurrido, determinar la respuesta de comunicación de la entidad u organismo, y confirmar cuanto antes la magnitud del incidente. La tarea de los comunicadores de crisis consiste en proporcionar al personal del hospital, a los pacientes y a la población general información fácil de entender, creíble, precisa, coherente y oportuna, que les permita tomar decisiones con conocimiento de causa.

En la fase inicial de una crisis, son fundamentales tanto la precisión de la información que se difunde como la rapidez con la que los responsables de la respuesta reconocen la situación. No disponer de todos los datos en los momentos iniciales no exime a los comunicadores de crisis de su responsabilidad de informar al personal, a los responsables de la toma de decisiones y a la población general sobre lo que se sabe. Una declaración sincera como “todavía no lo sabemos” es mejor que un completo apagón informativo.

Recopilar y transmitir información (tanto interna como externa) es fundamental para gestionar con éxito el incidente **dentro del hospital**. Las siguientes estrategias y tecnologías (si las hubiere) facilitan una comunicación interna eficaz:

- Recopilar información de distintos servicios o departamentos del hospital por teléfono, intranet, correo electrónico o fax.
- Proporcionar radios a zonas específicas del hospital y asignar canales o frecuencias designados.
- Hacer que los formularios completados por el personal estén disponibles en la intranet o internet, o bien se faciliten en formato impreso.
- Difundir actualizaciones periódicas de la situación, orientaciones sobre la respuesta y solicitudes de ayuda por radio, intranet o internet, documentos impresos o reuniones presenciales.

- Disponer el uso de un sistema de mensajería para transmitir información, sobre todo si fallan los canales de comunicación principales.
- Implicar al personal de mando clave y a los especialistas médico-técnicos para garantizar que todo el personal del hospital recibe la información correcta, disipando así rumores y aliviando preocupaciones. Ello ayuda, además, a gestionar la “infoxicación” por exceso de información (incluidas las informaciones falsas o engañosas).

Es preciso mantener debidamente informados a pacientes y visitantes. Para transmitir información sobre lo que ha ocurrido y lo que se está haciendo para resolver los problemas, pueden usarse los siguientes medios:

- anuncios a través del sistema de megafonía del hospital;
- mensajes tranquilizadores por parte del personal;
- canal de televisión del hospital (si hay uno);
- difusión estratégica de actualizaciones informativas en todo el hospital;
- distribución de material impreso a los pacientes con las bandejas de comida.

La comunicación con los **asociados externos para la respuesta** también es esencial. Si una situación se desarrolla sin notificación inicial por parte de los servicios médicos de emergencia, bomberos o fuerzas de orden público, es preciso actualizar a los asociados externos para la respuesta sobre la situación y las solicitudes de asistencia. En cuanto a las comunicaciones externas del hospital, las principales consideraciones son:

- El intercambio periódico de información y la toma conjunta de decisiones entre todos los hospitales de la red del área local permiten aprovechar al máximo los recursos hospitalarios y ayudan a evitar que se desborde la capacidad de los centros más pequeños.
- Establezca vínculos con grupos comunitarios conocidos de radioaficionados locales que sean de confianza, expertos y posean equipos de comunicación confiables. Tenga en cuenta que la mayoría de los canales de radioaficionados no son seguros y cabe la posibilidad de que estos mensajes los escuchen destinatarios no deseados, como los medios de comunicación y la población general.
- Las teleconferencias y videoconferencias son también instrumentos útiles.
- Mantenga periódicamente actualizado un directorio de recursos de entidades y proveedores externos para poder localizar rápidamente sus datos de contacto.
- El oficial de enlace asignado es el contacto principal del hospital con todas las entidades externas, y a menudo será el conducto para la comunicación bidireccional entre el COE-H y el COE local y otros centros locales de coordinación de área.

Durante la fase inicial de una emergencia, los comunicadores de crisis deben adoptar medidas para consolidar su **credibilidad ante el público**. Ello permite a la población general poner cara a la función de responder, indagar y resolver en situaciones de crisis. El modo en que un portavoz atiende las consultas del público y los medios de comunicación, y lo que dice, contribuye también a consolidar la credibilidad del hospital y el sistema de salud. Comprométase ante las personas e indique que usted está al mando y tiene el control, y que seguirá ofreciendo más datos a medida que se vayan recibiendo. En la comunicación con el público general y con los grupos afectados, es preciso tener en cuenta lo siguiente:

- Transmita empatía, seguridad y tranquilidad. Reduzca la agitación emocional.
- Designe portavoces de la crisis o del hospital, y determine canales y métodos formales de comunicación.
- Fomente un entendimiento amplio y general de las circunstancias de la crisis, sus consecuencias y los resultados previstos a partir de la información disponible.
- Adapte los mensajes y materiales de comunicación previamente elaborados por las autoridades de salud y la OMS.
- Reduzca en la medida de lo posible la incertidumbre en relación con la crisis.
- Ayude a la población general a comprender las responsabilidades de las distintas instituciones involucradas en la respuesta.
- Fomente la autoconfianza (explicar a las personas que pueden ayudarse a sí mismas o ser capaces de lograr un objetivo) mediante actividades de respuesta personal, y explique cómo y dónde puede obtenerse más información.

Recuadro 12. Consejos y orientaciones sobre comunicación de crisis

Consejos y orientaciones sobre comunicación de crisis (24)

- ⊕ No tranquilice por demás. El objetivo no es aliviar todas las preocupaciones, sino ofrecer detalles precisos. Considere declaraciones como: “Se trata de una tormenta peligrosa, pero la población puede adoptar medidas para reducir el riesgo. Si es posible, permanezca en casa y no salga a la calle hasta que pase la tormenta y se despejen carreteras y caminos”.
- ⊕ Reconozca el grado de incertidumbre. Proporcione únicamente información verificada: “La situación está evolucionando y aún no disponemos de todos los datos. Sin embargo, basándonos en lo que sabemos, esperamos...”.
- ⊕ Haga hincapié en que hay un proceso en marcha para averiguar más. Describa ese proceso en términos sencillos: “Estamos tomando muestras a todas las personas con síntomas gripales, y las muestras se están analizando para determinar la cepa exacta”.
- ⊕ Ofrezca orientación anticipada. Si tiene conocimiento de consecuencias adversas en el futuro, informe a las personas de lo que cabe esperar. Por ejemplo, para anticipar los efectos secundarios de un antibiótico, se puede explicar: “Este antibiótico de amplio espectro es un medicamento eficaz, pero en algunas personas puede causar molestias digestivas, como náuseas y diarrea”.
- ⊕ Muestre que lamenta la situación y no adopte una actitud a la defensiva. Diga, por ejemplo: “Nos gustaría contar ya con más dosis de vacunas” o “Lamentamos que...” para admitir errores o fallos de organización.
- ⊕ Reconozca los temores de la población. No diga a las personas que no deben tener miedo: están asustadas y tienen derecho a estarlo. En lugar de ello, emplee frases como: “Entendemos que la gente esté preocupada y asustada, y es normal sentir miedo cuando nos enfrentamos a una realidad incierta”.
- ⊕ Reconozca el sufrimiento compartido. Algunas personas estarán menos asustadas que abatidas o afligidas, y se pueden sentir desesperadas y derrotadas. Reconozca el sufrimiento causado por un incidente catastrófico y, acto seguido, ayude a las personas a avanzar hacia el futuro mediante acciones positivas. Use frases como: “Ahora mismo, con tantas personas en los refugios, es difícil ver cómo podrán las cosas volver a la normalidad. Estamos esforzándonos al máximo para que la población pueda retornar pronto a su hogar”.
- ⊕ Exprese sus deseos. Diga: “Ojalá supiéramos más” u “Ojalá nuestras respuestas pudieran ser más claras”.
- ⊕ Muestre su disposición a contestar preguntas del tipo de: “Qué pasaría si...”. Son las preguntas que todo el mundo se plantea y para las que se desea una respuesta de los expertos. No obstante, a menudo resulta poco práctico fomentar las especulaciones de ese tipo cuando la crisis está contenida y no es probable que afecte a un número elevado de personas. Por otro lado, es razonable responder a este tipo de preguntas si dichas situaciones hipotéticas pudieran ocurrir en la realidad y las personas deberían estar emocionalmente preparadas para ello. Emplee frases como: “Nos hemos planteado la posibilidad de que la situación empeore, y hemos encontrado espacios adicionales para transformarlos en refugios”.
- ⊕ Ofrezca a las personas tareas que hacer. En una emergencia, algunas acciones se dirigen a las víctimas, a las personas expuestas o a quienes podrían verse afectadas. Indicar acciones sencillas en caso de emergencia da a las personas una sensación de control y ayuda a motivarlas para que permanezcan atentas a lo que ocurre. También puede ser útil brindar a las personas la posibilidad de elegir entre distintas acciones en función de su nivel de preocupación. Ofrezca una gama de respuestas: una respuesta mínima, una respuesta máxima y una respuesta intermedia recomendada. Emplee frases como: “Quizá quieran cocer bien las espinacas antes de comerlas; es posible que deseen evitar el consumo de espinacas; o tal vez prefieran comer solo espinacas congeladas envasadas”.
- ⊕ Inste a que las personas hagan más. El papel más importante del portavoz posiblemente sea pedir a las personas que gestionen el riesgo y trabajen para encontrar soluciones junto con ustedes. Las personas pueden tolerar riesgos considerables, sobre todo cuando lo hacen de manera voluntaria. Si se reconoce la gravedad y complejidad del riesgo, y se reconocen los temores de la población, es posible pedirles que den lo mejor de sí. El portavoz, sobre todo si está sobre el terreno y corre riesgos personales, puede servir de modelo de comportamiento adecuado: no se trata de expresar una alegría falsa, sino la auténtica voluntad de seguir adelante de la mejor manera posible y de adoptar decisiones razonables. Su determinación para afrontar el riesgo ayudará a otras personas a buscar modelos de comportamiento.

2.10 Movilización de recursos oportuna y flexible

La movilización de recursos oportuna y flexible es fundamental para que los hospitales puedan responder rápidamente a una emergencia. Aplicar las estrategias que se describen a continuación ayuda a los hospitales a garantizar que los pacientes reciban los medicamentos, el material médico y la atención necesaria en una situación de emergencia:

- **Planificación previa a la emergencia.** Formule planes detallados que contemplen sistemas de gestión de inventarios diseñados específicamente para material médico y medicamentos; y esboce estrategias para la adquisición, almacenamiento y organización de medicamentos e insumos esenciales en función de posibles situaciones de emergencia. Mantener inventarios actualizados y conocer las necesidades específicas de la población de pacientes permite a los hospitales garantizar la disponibilidad de los medicamentos e insumos adecuados durante las emergencias.
- **Almacenamiento e inventario disponible en el momento preciso.** Mantenga reservas estratégicas de medicamentos e insumos esenciales para satisfacer las demandas inmediatas en caso de emergencia. Supervise y reponga periódicamente estas reservas según las necesidades. Emplee técnicas de gestión de inventarios disponibles en el momento preciso para mantener los insumos disponibles sin exceso de existencias, optimizando el espacio y reduciendo al mínimo los residuos.
- **Redes colaborativas y coordinación regional.** Participe en redes colaborativas y sistemas de coordinación regional para facilitar el intercambio de medicamentos y material médico en situaciones de emergencia. Ello puede incluir la coordinación con organismos locales, regionales y nacionales de gestión de emergencias, establecimientos de salud vecinos y organizaciones comunitarias. A través de estas redes, los hospitales pueden solicitar y prestar asistencia, compartir los recursos excedentarios y garantizar una distribución más equitativa de medicamentos e insumos en las zonas afectadas.
- **Gestión eficiente de la cadena de suministro.** Ponga en marcha sistemas eficientes de gestión de la cadena de suministro para agilizar la compra, el transporte y la distribución de medicamentos y material médico. Ello incluye entablar relaciones con proveedores confiables, desplegar sistemas de seguimiento en tiempo real y emplear tecnologías avanzadas de logística. Al optimizar la cadena de suministro, los hospitales pueden garantizar la entrega puntual de medicamentos e insumos a la primera línea de respuesta ante emergencias.

- **Priorización y asignación.** Priorice la asignación de medicamentos y material médico según la gravedad y urgencia de las necesidades de los pacientes. Los hospitales pueden aplicar protocolos de triaje para identificar y clasificar a los pacientes en función del nivel de atención requerido. Ello permite a los hospitales asignar los recursos donde más se necesitan, garantizando así que los medicamentos e insumos críticos lleguen a los pacientes que requieren atención inmediata.
- **Redistribución flexible de los recursos.** Mantenga la flexibilidad en la asignación de recursos mediante la redistribución de medicamentos e insumos dentro de un centro o entre distintos departamentos hospitalarios en función de los cambios en la demanda durante la emergencia. Ello incluye trasladar recursos de las áreas no urgentes a las unidades de cuidados intensivos o reasignar personal para aprovechar del modo más eficiente los insumos disponibles. Otra posibilidad es que los hospitales colaboren con farmacias y proveedores locales para acceder a recursos complementarios en caso necesario.
- **Seguimiento continuo y adaptación.** Supervise continuamente el uso y la disponibilidad de medicamentos y material médico durante la respuesta de emergencia. Los hospitales pueden adaptar rápidamente sus estrategias de movilización de recursos siguiendo de cerca la situación de los inventarios, los patrones de uso y las necesidades de los pacientes. Ello puede implicar un ajuste de los planes de compras, un aumento de la producción o la identificación de proveedores alternativos para hacer frente a cualquier posible escasez o excedente.
- **Cumplimiento de la normativa.** Cumpla los requisitos normativos y las directrices relacionadas con la adquisición, el almacenamiento y la distribución de medicamentos y material médico. El cumplimiento de la normativa garantiza que los medicamentos e insumos adecuados se adquieren de fuentes autorizadas y satisfacen las normas de calidad y seguridad. Ello ayuda a evitar el uso de productos falsificados o de mala calidad durante las emergencias.

2.11 Estándares basados en necesidades y ajustados en función del riesgo

El resultado de la evaluación de las necesidades orientará al EGI-H sobre los recursos necesarios para respaldar la respuesta. Si los recursos disponibles fueran insuficientes para satisfacer la demanda, la función del EGI-H es priorizar los recursos existentes y asignarlos para satisfacer las necesidades de refuerzo. En general, fijar normas basadas en las necesidades y ajustadas en función del riesgo para situaciones de emergencia requiere una combinación de evaluación de las necesidades y los riesgos, estandarización, establecimiento de prioridades, asignación, seguimiento y evaluación, y revisión y actualización periódicas. El objetivo último es garantizar que los recursos se distribuyan de manera justa y eficaz, con énfasis en satisfacer las necesidades más urgentes de la población afectada.

Considérense las siguientes acciones para gestionar los recursos durante la fase de respuesta:

- **Evaluación de las necesidades.** Lleve a cabo una evaluación exhaustiva para determinar las necesidades de la población afectada, incluidos los grupos vulnerables y quienes corren mayor riesgo.
- **Estandarización.** Formule criterios generales para evaluar las necesidades y el riesgo, incluidos los indicadores y umbrales para determinar la gravedad de la emergencia.
- **Priorización.** Priorice los recursos en función de la gravedad de la emergencia, las necesidades de la población afectada y el nivel de riesgo.
 - ◊ Cuando los recursos son limitados (como ocurrió con los EPP durante la pandemia de COVID-19), pueden modificarse las normas de uso, adoptando un enfoque de ajuste en función del riesgo para adaptarse a la situación de escasez hasta que se establezca la disponibilidad de recursos. Explore las herramientas existentes, como la [calculadora de EPP](#) creada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos para calcular la duración del suministro restante de EPP en función del ritmo promedio de consumo. Esta herramienta puede ayudar a un centro hospitalario a hacer previsiones sobre sus necesidades futuras.
 - ◊ El EGI-H puede activar acuerdos de ayuda mutua y con los proveedores para que no se interrumpa el suministro de material hospitalario crítico.
- **Asignación.** Diseñe un proceso transparente y equitativo para asignar los recursos, como alimentos, agua, refugio y material médico. Determine los medios más eficaces de entrega y distribución (p. ej., a través de organizaciones locales y redes comunitarias).
 - ◊ Las decisiones sobre el traslado de recursos desde zonas no esenciales pueden guardar relación con el espacio, las instalaciones, el equipamiento, los insumos y el personal médico.
 - ◊ A través de los COE, solicite recursos suplementarios (en caso necesario) a las autoridades locales, los departamentos de salud pública, las fuerzas de orden público, etc.
 - ◊ Asegure la coordinación estrecha con los COE locales y los puestos de mando sobre el terreno para supervisar y controlar la distribución de los pacientes con el fin de evitar que algún hospital se sature.

- ◊ Asigne los escasos equipos, insumos y medicamentos, de forma que se salve el mayor número de vidas, en lugar de centrarse en salvar a personas concretas. Téngase en cuenta lo siguiente:
 - ◆ Modificación de las normas de control de infecciones para permitir el aislamiento de grupos en lugar de unidades de aislamiento unipersonal.
 - ◆ Limitación del uso de respiradores a las situaciones quirúrgicas.
 - ◆ Creación de lugares de atención alternativos en instalaciones que no fueron diseñadas para la prestación de atención médica, como centros escolares, iglesias u hoteles (modificación temporal de la protección de la intimidad y la confidencialidad).
- **Flexibilidad** a la hora de ajustar las normas sobre el uso de material médico, como la utilización y reutilización de equipamiento e insumos comunes (camas de hospital, guantes, batas, mascarillas, etc.).
- **Seguimiento y evaluación.** Instaure un sistema para supervisar y evaluar la eficacia de las normas, incluido el seguimiento de la asignación y distribución de recursos y la evaluación de las repercusiones en la población afectada.
- **Revisión y actualización periódicas.** Revise y actualice periódicamente las normas en función de cómo vayan evolucionando las necesidades y las circunstancias, así como de las reacciones de la población afectada y las partes interesadas.

Personal

Los recursos humanos de un hospital desempeñan un papel fundamental durante las situaciones de emergencia. Ayudan a elaborar y aplicar planes de preparación ante desastres y a gestionar la seguridad del personal, cubrir las necesidades de personal y garantizar que los pacientes reciban atención ininterrumpida durante la emergencia y una adecuada atención de seguimiento una vez superada la emergencia.

2.12 Protección, seguridad, salud y bienestar del personal

Los recursos humanos de un hospital son fundamentales para gestionar el aumento de la demanda de emergencia y mantener los servicios esenciales para los pacientes ingresados preexistentes. Son aún más importantes durante las operaciones de respuesta prolongada, cuando el agotamiento del personal es habitual y, si no se gestiona adecuadamente, puede ocasionar un aumento de los errores médicos, infecciones intrahospitalarias, escasez de personal, ineficiencia general del hospital y una interrupción de las operaciones. Se recomiendan las siguientes acciones para la gestión de los recursos humanos durante una emergencia:

- Vigilar los signos y síntomas de agotamiento y estrés del personal.
- Ofrecer al personal tiempo e instalaciones de descanso suficientes mediante la gestión de los horarios de trabajo.
- Los responsables de seguridad del EGI-H deben informar al personal sobre los recursos de que dispone.
- Supervisión periódica de las cuestiones de seguridad y protección para garantizar un entorno laboral seguro.
- Mantener controlado el acceso a las zonas críticas del hospital.
- Vacunar al personal.
- Supervisar y documentar las lesiones del personal relacionadas con incidentes. Proporcionar el apoyo y la compensación necesarios, según proceda.
- Mantener una plantilla suficiente durante las emergencias para evitar la sobrecarga de trabajo y el agotamiento, que pueden poner en peligro la seguridad y la salud del personal.
- Proporcionar servicios de apoyo en salud mental para el personal y sus familiares, incluidos asesoramiento, gestión del estrés y apoyo mutuo entre pares.
- Elaborar planes de apoyo familiar para garantizar que las familias estén informadas, preparadas y atendidas durante las emergencias y conozcan los servicios de apoyo disponibles.
- Forjar alianzas con organismos locales de gestión de emergencias y otras organizaciones para compartir recursos, experiencia y apoyo durante las emergencias.

2.13 Herramientas y recursos de respuesta

- Organización Panamericana de la Salud. Marco de respuesta multiamenaza del sector de la salud. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51498>.
- Organización Mundial de la Salud. Report of the WHO global technical consultation on public health and social measures during health emergencies. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240043213>.
- Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. Hospital emergency response checklist. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/hospital-emergency-response-checklist>.

- Organización Mundial de la Salud. Infection prevention and control in the context of coronavirus disease (COVID-19): a living guideline. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC-guideline-2023.2>.
- Organización Mundial de la Salud. Minimum requirements for infection prevention and control programmes. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516945>.
- Organización Mundial de la Salud. Decontamination and reprocessing of medical devices for health-care facilities: aide-memoire. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/364587>.
- Organización Mundial de la Salud. Transmission-based precautions for the prevention and control of infections: aide-memoire. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHL-IHS-IPC-2022.2>.
- Autoridad de Servicios Médicos de Emergencia de California. Hospital Incident Command System: Guidebook and Appendices. Rancho Cordova (California, EE.UU.): California EMSA; 2014. Disponible en: <https://emsa.ca.gov/disaster-medical-services-division-hospital-incident-command-system>.
- Organización Mundial de la Salud. Comunicación de riesgos en emergencias de salud pública: directrices de la OMS sobre políticas y prácticas para la comunicación de riesgos en emergencias. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/272852>.
- Organización Mundial de la Salud. Everyone's business: Whole-of-society action to manage health risks and reduce socio-economic impacts of emergencies and disasters: Operational guidance. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015081>.
- Organización Mundial de la Salud. Guidance on preparing for national response to health emergencies and disasters. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037182>.
- Organización Panamericana de la Salud. Clasificación y estándares mínimos para los equipos médicos de emergencia. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57880>.
- Hanfling D, Hick JL, Stroud C (coordinadores). Crisis Standards of Care: A Toolkit for Indicators and Triggers. Washington, D.C.: National Academies Press; 2013. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK202381>.



■ Planta de tratamiento de aguas residuales. Hospital General de Zona 33, Instituto Mexicano del Seguro Social, Bahía de Banderas (Nayarit, México). Centro Colaborador MEX-35 de la OPS/OMS para Servicios de Salud Resilientes. 2022

3. DESPUÉS: Fase de recuperación

Esta sección abarca dos etapas: recuperación y aprendizaje. Inmediatamente después de una crisis, las intervenciones apremiantes salvan vidas. Estas acciones sientan las bases de una recuperación sostenible y un rápido regreso a la normalidad. La fase de recuperación abarca intervenciones a corto plazo para la recuperación temprana; intervenciones a corto y medio plazo que contribuyen a la rehabilitación; e intervenciones a medio y largo plazo destinadas a la reconstrucción. De manera ideal, la transición a través de estas etapas de recuperación permite a los hospitales aumentar su disposición para la próxima emergencia. El objetivo principal de la fase de recuperación es que los hospitales retomen su funcionamiento en los niveles anteriores a la emergencia y se reconstruyan mejor mediante capacidades de transformación y aprendizaje.

Los hospitales se vuelven más resilientes cuando ponen en práctica las enseñanzas extraídas durante la respuesta a y la recuperación de desastres y emergencias de salud anteriores. Mejorar la resiliencia exige que los hospitales adopten un proceso de aprendizaje continuo y efectúen cambios para mejorar las prácticas con el paso del tiempo. Las experiencias y enseñanzas extraídas deben analizarse y aplicarse como parte integrante de un ciclo de mejora constante, y deben arraigarse en la cultura organizativa del hospital. Deben afianzarse tanto en la gestión ordinaria como en la prestación de los servicios hospitalarios habituales. Disponer de programas sólidos de GERESD contribuye a poner en marcha intervenciones de prevención y mitigación de amenazas, y a desarrollar capacidades para gestionar las crisis, a partir de una evaluación contextual y la priorización de los riesgos. Estas intervenciones son fundamentales para la resiliencia y disposición generales de un hospital.

3.1 Recuperación

Materiales e insumos

3.1.1. Acciones de recuperación hospitalaria

Para reducir al mínimo la interrupción de los servicios médicos, la recuperación comienza rápidamente en el entorno hospitalario. Es imperativo regresar a la normalidad lo antes posible para seguir prestando atención médica continua a los pacientes hospitalizados y atender las necesidades médicas de la población general. Las operaciones de respuesta y recuperación en caso de desastre son interdependientes, se solapan y a menudo se llevan a cabo de forma simultánea. La evaluación de las necesidades de servicios sociales y de salud de la comunidad, así como de los recursos de recuperación para satisfacer dichas necesidades,

puede llevarse a cabo durante las operaciones de respuesta en curso. La rápida retirada de escombros y la reparación de los daños que hayan podido sufrir las instalaciones son ejemplos de intervenciones de recuperación temprana durante la fase de respuesta.

A medida que un hospital pasa a la fase de recuperación, las instalaciones reasignadas a corto plazo irán retomando su uso y funciones habituales. Si la infraestructura hospitalaria ha sufrido graves daños, puede ser necesario adaptar o seguir usando las instalaciones provisionales para garantizar la continuidad de la atención. Siguen algunos ejemplos:

- Las instalaciones en tiendas de campaña u otros puntos alternativos de atención pueden utilizarse para satisfacer las necesidades urgentes de atención inmediata de salud de la comunidad afectada. Los EMT pueden colaborar en la puesta en funcionamiento de estas instalaciones para ofrecer servicios tanto ambulatorios como de hospitalización.
- Consultorios móviles.
- Si la reconstrucción de las instalaciones dañadas requiere mucho tiempo, es posible que se necesiten estructuras modulares temporales como una medida provisional.

Otras actividades hospitalarias clave que cabe tener en cuenta durante la fase de recuperación son:

Acceso

- Deben garantizarse accesos seguros de entrada y salida a los edificios para personas, ambulancias y despacho de mercancías.

Edificios

- Antes de utilizar los edificios, o partes de ellos, deben haberlos declarado seguros para el uso previsto las entidades oficiales y de control competentes: protección contra incendios (Código de Seguridad Humana),⁴ medioambiente (calidad del agua y del aire) e ingeniería (integridad estructural y eléctrica, sistema de gases medicinales, etc.).
- Disponibilidad de un sistema y servicios de extinción de incendios.
- Existencia de un plan adecuado de control y contención de plagas.
- Personal y recursos suficientes para mantener las instalaciones (edificios con su equipamiento) actualmente en uso.

⁴ El [Código de Seguridad Humana](#) es un conjunto de requisitos de protección contra incendios concebido para proporcionar un grado razonable de seguridad frente a los incendios. Abarca las características de construcción, protección y funcionamiento diseñadas para proporcionar seguridad frente al fuego, el humo y el pánico.

- Existencia de sistemas adecuados de control ambiental (gestión de residuos, ruidos, PCI, seguridad radiológica, seguridad general del edificio, calidad del agua, climatización).

Sistema eléctrico

- Central principal e interruptores de transferencia de los servicios públicos operativos.
- Fusibles e interruptores operativos.
- Transformadores inspeccionados.
- Disponibilidad de generadores de emergencia, baterías de reserva y combustible para la unidad de cuidados intensivos y otras áreas críticas. Los generadores deben tener combustible suficiente.
- Comprobación del voltaje y amperaje de los equipos.

Instalaciones e ingeniería

- Planta de refrigeración operativa (enfriadora/DX/unidad de absorción, bombas, válvulas y controles, torres de refrigeración, ventiloconvectores).
- Central de calefacción operativa (sistema de calderas; sistemas de apoyo [bombas de agua de alimentación, depósito de gasóleo, etc.]; sistema de calefacción [convertidores, válvulas, etc.]; vapor de proceso [esterilizadores, sistemas generales del edificio, etc.]; depósito de combustible relleno; proveedor de combustible disponible).
- Sistema de distribución operativo (conductos, incluida capacidad funcional de detección o alarma de humos, y compuertas; tuberías; válvulas y controles, incluida desconexión de emergencia funcional del ventilador conectada al sistema de alarma contra incendios y capacidad de purga de humo de emergencia; tubos verticales; filtración; presión negativa [capacidad de mantener intercambios de aire conforme a las pautas de CDC de Estados Unidos]).
- Disponibilidad de productos químicos de tratamiento (tratamiento de aguas, tratamiento de calderas).

Sistema de gestión de residuos

- Sistema implementado para el manejo (p. ej., cintas transportadoras, compactadores) y eliminación de basura (sólida y líquida).
- Sistema implementado para el almacenamiento y la eliminación de residuos médicos y peligrosos sujetos a regulación.

Sistema de agua

- Disponibilidad de agua potable para beber, baños, servicios dietéticos y todos los servicios previstos para los pacientes.
- Bombas de distribución operativas.
- Torres o depósitos de agua operativos.
- Sistemas de alcantarillado (sanitario y pluvial) operativos.
- Sistema de extinción de incendios operativo (bombas contra incendios, tuberías verticales y de rociadores, y capacidad de detección/alarma del caudal de agua).

Si fuera necesario reconstruir un hospital durante la recuperación a largo plazo, las comunidades pueden aprovechar la oportunidad para montar instalaciones permanentes que sean respetuosas con el medioambiente y aborden las vulnerabilidades anteriores. Se han identificado enfoques para abordar la vulnerabilidad de un hospital y hacer que tanto el establecimiento de salud como la comunidad sean más resilientes y sostenibles, mediante una combinación de intervenciones estructurales, no estructurales y funcionales.

- **Reforzamiento estructural**, mediante el uso de elementos de construcción que potencien al máximo la resiliencia (p. ej., vidrios resistentes a los impactos; medidas de impermeabilización; sistemas de respaldo para servicios críticos como electricidad, calefacción, climatización, fontanería).
- **Adaptación incremental**, un enfoque que aborda las vulnerabilidades operativas que puedan conducir a la pérdida de funciones. Por ejemplo, los sistemas críticos pueden trasladarse fuera de un sótano o piso bajo en las zonas propensas a inundaciones. Algunos hospitales ubican los servicios de urgencias en el segundo piso y el estacionamiento o las oficinas administrativas en la planta baja. Además, es posible aplicar redundancias de los sistemas críticos (p. ej., múltiples generadores eléctricos de emergencia).
- **Reconstrucción y renovación**, que brindan la oportunidad de mejorar las características de diseño de las instalaciones que repercuten en la atención y la experiencia de los pacientes (p. ej., proximidad entre urgencias, quirófanos y radiología).
- **Restablecimiento de consultorios esenciales de atención primaria** y garantía de coordinación con otros componentes del sistema de salud.
- **Adopción de normas y prácticas de construcción** que garanticen de manera continua la seguridad y la funcionalidad en caso de desastre.
- **Evaluación de posibilidades** de mejorar la sostenibilidad de los establecimientos de salud (p. ej., reducir la huella de CO₂ o el desperdicio de agua).

Estrategias

3.1.2 Estrategias de recuperación a corto plazo

La recuperación a corto plazo (para la prestación de servicios inclusivos y continuos, PCI y vigilancia) es inmediata y se solapa con la respuesta. Incluye acciones como la prestación de servicios esenciales de salud pública y seguridad, el restablecimiento de los servicios básicos interrumpidos y otros servicios esenciales, el restablecimiento de las rutas de transporte, y el suministro de alimentos y refugio a las personas desplazadas por el incidente.

La recuperación a corto plazo debe centrarse primero en garantizar que se cubran las necesidades médicas inmediatas de la población. A menudo, ello requiere:

- Garantizar el acceso a centros de atención urgente y refugios, con apoyo adecuado para las personas en situación de riesgo, incluidos los grupos vulnerables.
- Cadenas de suministro funcionantes para la adquisición de medicamentos y material médico.
- Aplicar las precauciones habituales durante la administración de vacunas tanto al personal de salud como a particulares.
- Hacer un seguimiento al personal del hospital para detectar síntomas y enfermedades, y establecer procedimientos de notificación que ayuden a la detección temprana.

A medida que avanza la recuperación a corto plazo, la atención se centra en restablecer los servicios hospitalarios de salud (tanto de hospitalización como ambulatorios) y la prestación de atención primaria de salud. Esto es especialmente relevante para las personas en situación de vulnerabilidad clínica, como las que precisan de atención continua por enfermedades crónicas. Si no se restablece rápidamente la atención inmediata, las afecciones preexistentes podrían empeorar y ocasionar un aumento secundario de las víctimas del desastre.

3.1.3 Evaluación de daños y pérdidas

Aunque la evaluación de los daños y pérdidas tras el desastre se solapa entre las fases de respuesta y de recuperación, dicha evaluación debería efectuarse de forma más exhaustiva durante la recuperación. Es fundamental para determinar la repercusión del desastre en los hospitales y orientar las tareas tanto de respuesta como de recuperación. Se trata de evaluar el alcance de los daños sufridos por las instalaciones hospitalarias, el equipamiento médico y los insumos, así como las repercusiones en el funcionamiento del hospital y la atención a los pacientes.

En este informe de evaluación se proporciona, además, un costo estimado de las reparaciones y sustituciones necesarias para restablecer la funcionalidad del hospital. Asimismo, proporciona la información necesaria para la toma de decisiones, la asignación de recursos y la planificación del restablecimiento de las operaciones hospitalarias y la atención al paciente.

Un proceso sistemático para llevar a cabo una evaluación de los daños y pérdidas incluye los siguientes pasos:

- **Determinación de las zonas afectadas.** El primer paso consiste en determinar las zonas afectadas por el desastre. Ello incluye las instalaciones del hospital, el equipamiento médico y los insumos, así como las infraestructuras y la comunidad circundantes.
- **Evaluación rápida de las necesidades.** A continuación, se lleva a cabo una evaluación rápida de las necesidades para determinar las necesidades inmediatas del hospital, como material médico, equipamiento y personal. Esta evaluación es fundamental para determinar la respuesta inicial al desastre.
- **Evaluación de daños.** Una vez atendidas las necesidades inmediatas, se procede a evaluar de forma detallada los daños físicos sufridos por las instalaciones hospitalarias (la integridad estructural de los edificios del hospital), la funcionalidad del equipamiento médico y la disponibilidad de insumos esenciales. Esta información es crucial para determinar los recursos necesarios para la reparación y sustitución.
- **Evaluación de pérdidas.** Evaluar las pérdidas ayuda a determinar las repercusiones del desastre en el funcionamiento del hospital, la atención a los pacientes y el personal. Dicha evaluación examina la pérdida de funcionalidad causada por el desastre, incluidos los efectos en el funcionamiento del hospital y la atención a los pacientes, el número de pacientes y miembros del personal afectados por el desastre, así como las repercusiones en el financiamiento y la reputación del hospital.
- **Informes y comunicación.** Los resultados de la evaluación se comunican a la dirección del hospital, las autoridades locales y otras partes interesadas. Ello incluye comunicar el alcance de los daños y las pérdidas, así como las necesidades inmediatas y a largo plazo del hospital, como reparación de infraestructuras, capacitación del personal y medidas de preparación ante desastres.

3.1.4 Centros de atención poshospitalaria

Tras un desastre, los hospitales suelen verse desbordados de pacientes, muchos de los cuales pueden no requerir el nivel avanzado de atención que ofrece un hospital. Eso genera cuellos de botella en el sistema de salud, que retrasan el tratamiento de

quienes más lo necesitan. Una posible solución es recurrir a un centro de atención poshospitalaria al que trasladar a los pacientes que están estables, pero siguen necesitando atención médica fuera del hospital y en un entorno más cómodo y menos estresante. De esa forma, se liberan camas hospitalarias y el personal médico puede centrarse en los casos más críticos.

La creación de centros de atención poshospitalaria exige una cuidadosa planificación y coordinación para garantizar que los pacientes reciban la atención que necesitan. Tenga en cuenta los siguientes aspectos a la hora de poner en marcha un centro de atención poshospitalaria:

- **Ubicación.** El centro debe situarse en una zona accesible y segura tanto para el personal como para los residentes, cerca del hospital o centro médico del que dependa. De ese modo, los pacientes podrán ser trasladados más fácilmente del hospital al centro de atención poshospitalaria.
- **Personal.** El centro debe contar con personal suficiente para funcionar de manera eficaz y eficiente. La plantilla incluye personal médico, personal de seguridad, personal administrativo y voluntariado.
- **Refugio.** El centro debe proporcionar a los residentes un refugio seguro y cómodo, ya sea en forma de tiendas de campaña, remolques u otras estructuras temporales resistentes a las inclemencias del tiempo.
- **Protocolos y procedimientos.** Deben garantizar el traslado seguro de los pacientes del hospital al centro de atención poshospitalaria. También deben garantizar que los pacientes reciban el nivel de atención adecuado y que sus necesidades médicas se evalúen de forma continua.
- **Alimentación y agua.** El centro debe contar con una fuente fiable de alimentación y agua potable, ya sea a través de un servicio de comidas o mediante donaciones de comercios, empresas y organizaciones locales.
- **Saneamiento.** El centro debe disponer de suficientes instalaciones sanitarias, como aseos, duchas y lavamanos. La limpieza y desinfección periódicas permiten mantener un entorno limpio e higiénico.
- **Atención médica.** El centro debe contar con insumos y personal suficientes para prestar primeros auxilios y atención médica básica. Ello puede abarcar servicios de triaje, dispensación de medicamentos y derivación a hospitales u otros establecimientos de salud, según sea necesario.
- **Seguridad y protección.** Las medidas adecuadas para garantizar la seguridad de pacientes y personal incluyen garantizar la protección del centro, proteger a los pacientes de infecciones, y proporcionar un entorno seguro y cómodo.

3.1.5 Servicios de rehabilitación

La rehabilitación de los pacientes que requieren tales servicios (incluidas las personas con discapacidad y otros grupos vulnerables) es fundamental por varios motivos. Ayuda a restablecer la función física y la movilidad, a tratar enfermedades crónicas, a abordar las necesidades de salud mental y a prevenir problemas de salud secundarios. La rehabilitación es un componente clave para ayudar a los pacientes a recuperarse y rehacer su vida.

Las emergencias y los desastres pueden reducir la capacidad de personas que cuidan y espacios de atención (como residencias) para atender y apoyar a las personas con discapacidad. La situación de la población infantil y adultos mayores con discapacidad se agrava aún más en situaciones de emergencia, por la separación de sus familias y de los mecanismos tradicionales de atención comunitaria.

La rehabilitación de las personas con discapacidad requiere una serie de intervenciones específicas. Debe destinarse un espacio adecuado (al menos 12 metros cuadrados) a los servicios de rehabilitación. Se indican a continuación algunas intervenciones clave:

- Proporcionar dispositivos de movilidad y de ayuda. Las ayudas para la movilidad, como sillas de ruedas, muletas y andaderas, permiten a las personas con discapacidad desplazarse y participar en las actividades cotidianas.
- La fisioterapia mejora la fuerza, la flexibilidad y la movilidad, y alivia el dolor y las molestias.
- La ergoterapia o terapia ocupacional ayuda a desarrollar las habilidades y estrategias necesarias para llevar a cabo las actividades cotidianas y participar en entornos laborales o educativos.
- Los servicios protésicos y ortésicos pueden proporcionar aparatos a medida para sustituir o brindar soporte a miembros o partes del cuerpo que se han perdido o han quedado deteriorados.
- Las infraestructuras accesibles (p. ej., rampas, ascensores y aseos accesibles) facilitan el acceso a edificios y espacios públicos.

Es probable que las comunidades con escasos recursos y sistemas de rehabilitación poco desarrollados tengan dificultades para prestar estos servicios en situaciones de desastre. Como resultado de ello, la salud y el bienestar de las personas con discapacidad y otros grupos en situación de vulnerabilidad pueden verse aún más perjudicados, con consecuencias de largo alcance que perduran mucho tiempo después del desastre inicial.

Sistemas

3.1.6 Retirada de las operaciones de respuesta

Para acelerar la recuperación sin duplicar esfuerzos, las operaciones de respuesta ante desastres deben dar prioridad a la comunicación oportuna y precisa con los directores de departamento, los responsables de la toma de decisiones críticas, los equipos de respuesta ante emergencias, las partes interesadas, los proveedores y contratistas y, si procede, la población general. Una vez concluida la respuesta, las directrices de desmovilización facilitarán un retorno más organizado y rápido a las condiciones normales de funcionamiento.

La planificación de la desmovilización y la recuperación tras el incidente requiere una comprensión colaborativa de los elementos de la recuperación y los procesos relacionados con la cuidadosa restauración, fortalecimiento y revitalización del centro, la infraestructura circundante y las operaciones.

El proceso de desmovilización de los recursos para la retirada de la respuesta de una manera eficiente y oportuna aporta un considerable ahorro de costos. Para iniciar la desmovilización, deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- Determinar los factores desencadenantes para iniciar la desmovilización (varían de una emergencia a otra). Tales factores desencadenantes pueden basarse en información procedente de las autoridades locales (p. ej., todos los pacientes han sido trasladados al hospital; todos los pacientes han sido tratados en el servicio de urgencias y ya están hospitalizados; o están esperando el traslado a otro centro).
- Determinar los recursos excedentarios y su fecha probable de liberación. El comandante del incidente del hospital aprueba la liberación o desmovilización de los recursos de respuesta antes de iniciar el proceso.
- Determinar las necesidades de viaje del personal y coordinar los preparativos de viaje, según corresponda.
- Reducir las operaciones en el COE-H y, por fin, desactivar las instalaciones, devolviendo el espacio a su uso original.
- Comprobar que los procedimientos de descontaminación y los recursos necesarios están disponibles.
- En caso necesario, elaborar y comunicar un plan para la eliminación de materiales o residuos peligrosos.
- Planificar la reparación, descontaminación, mantenimiento e inspecciones del equipamiento, según corresponda.

- Consolidar la documentación relacionada con la respuesta (p. ej., plan de acción ante un incidente, registros de comunicación, listas de acciones del puesto, informes de situación) como preparación para el proceso de examen posterior a la acción.
- Iniciar la evaluación de las repercusiones y los exámenes posteriores al incidente.

3.1.7 Tecnologías de la información y sistemas de información hospitalaria

Nunca se insistirá lo suficiente en la importancia de contar con sistemas informáticos y de historias clínicas sólidos durante las operaciones de respuesta y recuperación en caso de desastre. Permiten un seguimiento eficaz de los pacientes, el análisis de datos, la gestión de recursos, la coordinación, la comunicación y la continuidad asistencial. Durante estas operaciones, los hospitales deben asegurarse de poder recuperar las historias clínicas existentes o crear otras nuevas. Ello se aplica especialmente a situaciones en las que un hospital ha sufrido daños o no puede funcionar. Ténganse en cuenta los siguientes aspectos:

- Garantizar que todos los sistemas tanto internos como externos (sistemas de copia de seguridad, sistemas clínicos, sistemas de información médica y sistemas de registro de pacientes) funcionan y que, en caso necesario, se dispone de medios alternativos para registrar la información de los pacientes.
- Espacio de almacenamiento físico suficiente para garantizar la seguridad e integridad de las historias clínicas (p. ej., las historias están protegidas contra incendios, riesgos ambientales y accesos no autorizados), o bien almacenamiento suficiente en la nube.
- Existencia de sistemas para garantizar que las historias clínicas sean accesibles y puedan recuperarse rápidamente cuando sea necesario.

3.1.8 Planificación de la recuperación tras el desastre

Planificar la recuperación tras un desastre es tan importante como planificar la respuesta. Lo ideal sería que los planes de recuperación se hubiesen elaborado con anterioridad al desastre y se pongan en marcha mientras la respuesta aún está en curso. De ese modo, los hospitales podrían seguir brindando atención y mantener la viabilidad económica. La reanudación del funcionamiento cotidiano de un hospital puede ser progresiva. La planificación debe tener en cuenta que los sistemas que se han puesto en marcha para hacer frente a un pico de demanda médica se irán desmantelando a medida que lo permitan las necesidades de los pacientes. Los equipos, insumos y medicamentos suplementarios regresarán a los niveles de inventario anteriores al incidente en cuanto sea razonable.

Los hospitales pueden tener en cuenta las siguientes recomendaciones para planificar las actividades de recuperación:

- Designar un responsable de recuperación tras el desastre que haga las veces de mediador para el programa de recuperación en caso de desastre.
- Trazar un plan de recuperación con plazos y proveedores de tareas, identificando las áreas que necesitan ser reconstruidas, reconfiguradas y devueltas a su plena funcionalidad.
- Efectuar un análisis de costos y beneficios asociados a la recuperación (p. ej., personal, insumos, almacenamiento temporal), incluida la restauración de sistemas cuando se disponga de copias de seguridad. Incluya un plazo estimado de ejecución.
- Consolidar toda la información relativa a los daños sufridos por las instalaciones.
- Consultar al personal del hospital sobre el plan de recuperación y aprovechar la oportunidad de reconstruir mejor para optimizar la resiliencia del hospital.
- Priorizar los objetivos de recuperación relacionados con la prestación de servicios de salud por funciones esenciales.
- Mantener, modificar o desmovilizar el personal de salud en función de las necesidades del centro.
- Colaborar con la gestión local de emergencias, las autoridades de salud pública, los proveedores de servicios y los contratistas para garantizar la restauración y reconstrucción prioritarias de los sistemas críticos del edificio, la capacidad de transporte y los sistemas informáticos y de comunicaciones.

En esencia, la recuperación se sustenta en una alianza entre la comunidad afectada, los poderes públicos, las organizaciones de ayuda y el sector privado. Por ello, el éxito de la recuperación se basa en una comunicación eficaz entre todas estas partes interesadas clave. Esto ayuda a gestionar las expectativas sobre lo que el hospital puede y no puede hacer; quién, dentro de la organización hospitalaria, es el responsable de dirigir las tareas de recuperación; y qué pueden esperar las comunidades en términos de ayuda a la recuperación.

Recuadro 13. Participación de la comunidad y comunicación durante la recuperación

Participación de la comunidad y comunicación durante la recuperación

Durante la recuperación, las comunidades afectadas se ven a menudo abrumadas por ingentes volúmenes de información, en un momento en el que están bajo presión y con frecuencia son incapaces de procesar la información. Los funcionarios locales pueden priorizar qué información es más relevante para la recuperación de una comunidad; por ejemplo:

- ⊗ ¿Cómo avanza el proceso de recuperación?
- ⊗ ¿Qué ayudas existen?
- ⊗ ¿Cómo pueden los integrantes de la comunidad optar a dichas ayudas o recibirlas?
- ⊗ ¿Qué pueden hacer si tienen preguntas, dudas o quejas?

Reconozca los efectos del desastre en el bienestar humano validando las experiencias personales de la población. Rastree y gestione los rumores e informaciones falsas que puedan ser motivo de división y conflictos en el seno de la comunidad. Céntrese en ofrecer información que ayude a las personas y comunidades a tomar decisiones sobre su futuro, respaldando su propio proceso de recuperación.

Material e insumos

Durante el período de recuperación a corto plazo, puede que no sea factible brindar el mismo nivel de atención de salud que antes del desastre. Sin embargo, es un imperativo moral y legal proporcionar cierto nivel de atención. Por lo tanto, los recursos deben asignarse correctamente y los hospitales deben conservar, adaptar o sustituir determinados insumos para garantizar que se brinde una atención funcionalmente equivalente o de crisis, dependiendo de la situación.

3.1.9 Actualización del inventario, reposición de insumos y reparación del equipamiento

Ténganse en cuenta los siguientes aspectos durante el período de recuperación:

- Todo equipamiento y material que se encuentre en el interior de un edificio dañado, ya sea sumergido bajo el agua, expuesto a temperaturas extremas, o al humo, vapores, etc., debe recibir la aprobación para su reutilización por parte de una entidad oficial competente. Lleve un registro del equipamiento aprobado.
- Los hospitales deben ser capaces de mantener el equipamiento empleado para atender a los pacientes.
- Equipamiento e insumos suficientes *in situ* (incluido oxígeno) para los servicios previstos.

- Acceso a y disponibilidad de productos farmacéuticos (incluidos psicofármacos), equipamiento médico crítico para las personas con necesidades médicas especiales, y refrigeración adecuada para la conservación de medicamentos y productos biológicos.
- Existencia de un mecanismo para reponer los insumos.
- Se dispone de linternas y pilas (incluidas las de radio y respirador).

3.1.10 Mitigación de los costos directos e indirectos de la recuperación

Durante la recuperación, los costos directos suelen ir asociados a los departamentos del hospital o a los pacientes. Los costos indirectos, por su parte, pueden abarcar áreas como los gastos generales del hospital, las instalaciones y los costos administrativos, o también gastos compartidos. Los hospitales pueden considerar las siguientes medidas para reducir los costos económicos durante la recuperación:

- Reunir la documentación necesaria para tramitar las reclamaciones al seguro por la rehabilitación o reconstrucción de las instalaciones dañadas (p. ej., recibos, informes de evaluación de daños, pólizas de seguros).
- Comprobar la garantía de los equipos en cuanto a servicio posventa y asistencia para ahorrar en costos de reparación y rehabilitación.
- Proporcionar al personal la documentación necesaria para facilitar la solicitud de reclamaciones, prestaciones o préstamos a la seguridad social. Considere la posibilidad de ofrecer al personal del hospital ayudas económicas, como préstamos o anticipos salariales, durante el proceso de recuperación.
- Determinar y preparar la documentación para respaldar la ayuda económica posterior al desastre ofrecida por las instancias gubernamentales o las subvenciones de donantes y asociados bilaterales o multilaterales.
- Mantener y actualizar las historias clínicas de los pacientes, adaptándolas a los requisitos del programa de recuperación tras el desastre (si procede). Aborde la continuidad de las nóminas, el financiamiento de la cadena de suministro, las pérdidas cubiertas por el seguro y la presentación de reclamaciones, así como cualquier cuestión legal que pueda surgir.
- Colaborar con asociados del sector privado, organizaciones de la sociedad civil y los poderes públicos a fin de determinar oportunidades de “dinero por trabajo” para el personal hospitalario afectado.
- Ofrecer incentivos económicos, como el pago de horas extraordinarias, al personal que trabaje más horas durante la respuesta y la recuperación.

3.1.11 Salud mental y acompañamiento psicosocial

Los desastres pueden afectar de forma notable a la salud mental y al bienestar psicosocial del personal hospitalario, que puede presentar estrés, ansiedad y desgaste profesional (*burnout*) como consecuencia del trabajo durante una emergencia. Prestar apoyo al personal hospitalario en la fase de recuperación requiere un planteamiento global e integrado para abordar sus necesidades y dificultades específicas. Para apoyar la salud mental y el bienestar del personal y promover una cultura de resiliencia y recuperación, pueden considerarse las siguientes intervenciones:

- La primera ayuda psicológica es un enfoque fundamentado en la evidencia que ayuda a las personas a afrontar las secuelas inmediatas de un desastre. Los profesionales, con o sin capacitación, pueden impartir la primera ayuda psicológica, cuyo objetivo es proporcionar apoyo práctico y emocional a las personas afectadas.
- El tamizaje de salud mental ayuda a detectar el personal hospitalario que pueda estar teniendo problemas de salud mental y necesite apoyo complementario, y lo pone en contacto con los recursos adecuados.
- Los programas de asistencia para empleados ofrecen servicios de asesoramiento confidencial al personal del hospital. Estos programas pueden ayudar al personal a afrontar el estrés, la ansiedad y otros problemas de salud mental.
- Los programas de apoyo entre compañeros permiten al personal del hospital prestarse apoyo emocional mutuo. El apoyo entre compañeros puede ser especialmente eficaz para reducir la estigmatización y ofrecer un espacio seguro para que el personal hable de sus experiencias.
- La capacitación y formación del personal hospitalario en materia de salud mental y acompañamiento psicosocial puede abarcar, entre otros aspectos, la gestión del estrés, las habilidades de afrontamiento y las estrategias de comunicación.
- Los programas de fomento de la resiliencia ayudan al personal hospitalario a desarrollar habilidades y estrategias para afrontar el estrés y la adversidad. Estos programas pueden incluir técnicas de atención plena (*mindfulness*), meditación y yoga.
- Debe fomentarse la conciliación de la vida laboral y familiar, pues ayuda al personal hospitalario a gestionar el estrés y prevenir el desgaste profesional. Ello puede incluir horarios de trabajo flexibles, tiempo libre y acceso a guarderías u otros servicios de apoyo.

3.1.12 Incentivos económicos y de otro tipo

Los incentivos económicos y de otro tipo sirven para reconocer y recompensar al personal del hospital por su trabajo durante las etapas de respuesta y recuperación ante un desastre. Los incentivos permiten levantar la moral del personal, aumentar la motivación y promover una cultura de resiliencia y recuperación. Entre los posibles incentivos, cabe mencionar los recogidos en el cuadro 4.

Cuadro 4. Incentivos económicos y de otro tipo

Incentivos económicos:	Incentivos de otro tipo
• Abonar al personal del hospital una remuneración extra (pago de horas extraordinarias o complemento por condiciones laborales peligrosas) por su trabajo durante la respuesta y recuperación. • Ofrecer primas de rendimiento al personal del hospital que haya demostrado un desempeño excepcional durante la respuesta y recuperación. • Conceder subvenciones o becas al personal del hospital que desee ampliar su educación o capacitación en respuesta a desastres u otras situaciones afines. • Reembolsar los gastos asumidos por el personal del hospital durante la respuesta y recuperación, como transporte o alojamiento.	• Reconocer públicamente los esfuerzos del personal del hospital mediante comunicados de prensa, publicaciones en las redes sociales o canales semejantes. • Ofrecer al personal del hospital tiempo libre suplementario tras la respuesta y recuperación. • Ofrecer al personal del hospital oportunidades de desarrollo profesional, como congresos o programas de capacitación sobre desastres y emergencias. • Fomentar el reconocimiento entre compañeros haciendo que el personal del hospital proponga a colegas por su contribución durante la respuesta y recuperación ante el desastre.

3.1.13 Desmovilización del personal y del voluntariado

Cuando un establecimiento de salud resulta dañado tras un desastre, el personal del hospital puede verse desplazado de forma transitoria. Al mismo tiempo, otros establecimientos de salud que siguen funcionando experimentarán probablemente un pico de demanda de atención de salud debido a la reducción de la capacidad en toda la zona. Teniendo en cuenta que la retención del personal es fundamental para garantizar la disponibilidad de trabajadores cualificados una vez que las

instalaciones dañadas vuelvan a estar plenamente operativas, el traslado temporal del personal médico desplazado a instalaciones que sigan en funcionamiento puede reducir el riesgo de pérdida de personal.

Un proceso eficaz de desmovilización del personal requiere una cuidadosa planificación previa, coordinación y comunicación. Las siguientes medidas pueden ayudar a garantizar que dicho proceso sea seguro y eficaz:

- Elaborar y aplicar un plan de desmovilización, con sus etapas y un calendario. Asigne funciones y responsabilidades claras al personal del hospital y al voluntariado durante el proceso. Ello puede incluir tareas como empaquetar y devolver equipos e insumos o limpiar las instalaciones del hospital.
- Convocar una sesión informativa con el personal del hospital y el voluntariado para analizar sus experiencias y las enseñanzas extraídas. Esta información puede emplearse para mejorar la respuesta ante desastres futuros. Durante la sesión informativa, busque signos y síntomas que requieran vigilancia y determine qué medidas adoptar si el personal nota efectos adversos para la salud.
- Empezar un proceso de comprobación del bienestar y supervisar las necesidades de salud conductual del personal médico.
 - ◊ Controlar el absentismo laboral o las dimisiones del personal durante o después del incidente, como consecuencia del estrés.
 - ◊ Completar los formularios de vigilancia médica del personal, que pueden pasar a integrarse en su historia clínica.
- Garantizar la seguridad y protección del personal que labora en el hospital y del voluntariado durante el proceso de desmovilización; para ello, proporcione EPP, garantice una iluminación adecuada en las instalaciones del hospital y disponga de personal de seguridad en el centro.
- Proporcionar apoyo de salud mental a la plantilla del hospital y al voluntariado durante y después del proceso de desmovilización. Ello puede incluir servicios de asesoramiento, grupos de apoyo entre compañeros y otros recursos para ayudar a gestionar el estrés y el trauma (véase el apartado 3.1.12).

3.2 Revisión posterior a la acción y enseñanzas extraídas

El proceso de **reconstrucción mejor** pretende aprovechar las fases de recuperación, rehabilitación y reconstrucción tras un desastre para aumentar la resiliencia hospitalaria. Para reconstruir mejor es necesario integrar las medidas de reducción del riesgo de desastres en la restauración de las infraestructuras y los sistemas físicos, y en la revitalización de los medios de subsistencia, las economías y el medioambiente, promoviendo así el desarrollo sostenible.

Durante la fase de recuperación, considérense las siguientes acciones para promover la sostenibilidad y mejorar la resiliencia:

- Emplear intervenciones de ingeniería para reconstruir y fortalecer las instalaciones dañadas (en comparación con su nivel anterior al desastre).
- Aprovechar las oportunidades de recuperación para crear sistemas redundantes, especialmente de los servicios hospitalarios básicos de carácter crítico, mediante tecnología ecológica.
- Transmitir las mejores prácticas y las enseñanzas extraídas para facilitar el intercambio de aprendizaje y conocimientos.
- Actualizar las políticas, directrices y procedimientos del hospital, incluidas las prácticas utilizadas en las operaciones ordinarias, basándose en lo aprendido del desastre (y de la preparación previa a la emergencia) para mejorar la disposición operativa con vistas a respuestas futuras.
- Respaldar la recuperación psicosocial para fortalecer la salud mental del personal.
- Revisar y adaptar los proyectos de desarrollo y las inversiones para tener en cuenta los posibles riesgos, a partir de la experiencia previa.

La **determinación de las enseñanzas** tras la respuesta a una emergencia es esencial para todos los procedimientos de gestión de emergencias. Estos ejercicios contribuyen a mejorar la calidad y a fortalecer los sistemas de preparación y respuesta. Además, el aprendizaje sistemático tras un incidente contribuye a una cultura de mejora continua y puede ser un medio de transmitir soluciones innovadoras para hacer frente a los riesgos de desastres emergentes. Contribuye asimismo a promover el aprendizaje organizativo y, si se institucionaliza, transformará el hospital en una organización orientada al aprendizaje.

El **examen posterior a la acción (EPA)** consiste en una evaluación cualitativa de las acciones llevadas a cabo para identificar las mejores prácticas, las deficiencias y las enseñanzas extraídas en respuesta a una emergencia. El EPA ofrece un enfoque estructurado para que las personas y las organizaciones –hospitales incluidos– reflexionen sobre sus experiencias y percepciones de la respuesta. Ello permite a un hospital determinar, de manera sistemática y colectiva, qué ha funcionado, qué no y por qué, hallando así formas de mejorar la siguiente respuesta. Un EPA puede abarcar desde sesiones rápidas e informales con los miembros del equipo hasta talleres más completos dirigidos por un

facilitador y con amplia participación multisectorial. Un EPA no es una evaluación externa del rendimiento de una persona o de un equipo. No pretende medir el desempeño mediante cotejo con indicadores de referencia o criterios clave de desempeño. Aun así, se trata de una oportunidad de aprendizaje colectivo y constructivo en la que las partes implicadas en la preparación y respuesta ante una emergencia pueden encontrar puntos en común para mejorar sus capacidades.

Durante las operaciones de respuesta prolongada (como ocurrió con la pandemia de COVID-19) pueden llevarse a cabo exámenes durante la acción para ajustar y mejorar la gestión de emergencias y desastres. Al igual que sucede con los EPA, estos exámenes pueden adoptar la forma de sesiones informativas en las que se comente “qué ha ido bien y qué se debe mejorar” en relación con la gestión del incidente. Los exámenes durante la acción pueden efectuarse a nivel de departamento hospitalario o con el EGI-H.

Una vez que el hospital haya retomado sus operaciones ordinarias de atención de salud y se haya desactivado el plan de respuesta a la emergencia, el EGI-H puede planificar un EPA de todas las operaciones de respuesta del hospital. Este ejercicio ayuda a elaborar planes de medidas correctoras para mejorar los sistemas, planes y disposiciones, como preparación para la respuesta ante emergencias futuras.

3.2.1 Recopilación y evaluación de la información contextual pertinente

El equipo de EPA recopila y evalúa la información contextual para comprender las acciones de respuesta que se llevaron a cabo. Ello proporciona un marco común para el debate. La información contextual puede incluir el plan nacional de respuesta ante emergencias, los planes de contingencia y la estructura de gestión de incidentes. Puede incluir asimismo los documentos elaborados durante la respuesta, como planes de respuesta, informes de situación, revisiones operativas y evaluaciones de la respuesta, informes para los medios de comunicación, notas informativas, etc.

3.2.2 Formulación de preguntas orientadoras

El EPA trata de “descubrir” los hechos acaecidos a través de la lente de las personas que desempeñaron un papel, y se basa en sus experiencias. Junto con el EPA, se emplean una serie de preguntas orientadoras para guiar los debates en grupo o individuales, que inciten al grupo a pensar de forma innovadora y generar nuevas ideas. Las preguntas abiertas ayudan a suscitar el debate y a enmarcar el alcance del análisis. Dichas preguntas orientadoras deben adaptarse al contexto y a los resultados previstos para cada función. Un EPA busca dar respuesta a cuatro preguntas clave:

- ¿Qué se esperaba que ocurriera?
- ¿Qué ocurrió en realidad?
- ¿Qué salió bien y por qué?
- ¿Qué se puede mejorar y cómo?

De manera colectiva, el personal implicado en las operaciones sabe lo que ha ocurrido, pero de manera individual es posible que no. Un examen dirigido por un facilitador es uno de los mejores modos de reconstruir lo acaecido. Relate los acontecimientos del día y formule preguntas que inciten y animen a rellenar los espacios en blanco. En situaciones en las que usted haya sido el principal observador y responsable de la toma de decisiones, ayude a los participantes a rellenar los espacios en blanco a través de sus propios ojos y experiencias. Añada contexto y perspectiva cuando proceda para esclarecer la situación.

3.2.3 Detección de puntos fuertes, puntos débiles y capacidades

Durante el EPA, los participantes deben detectar el mayor número posible de puntos fuertes y débiles que hayan encontrado durante la respuesta. Al final del EPA, son de esperar los siguientes resultados:

- Articulación clara de las mejores prácticas y su repercusión en la respuesta, utilizando el análisis de las causas subyacentes para determinar los factores que hicieron posibles las mejores prácticas.
- Articulación clara de las dificultades afrontadas durante la respuesta y sus repercusiones, utilizando el análisis de las causas subyacentes para determinar los factores limitantes que contribuyeron a las dificultades.
- Desde el conocimiento de las mejores prácticas y las dificultades, identificación de acciones claras necesarias para integrar las mejores prácticas, abordar las dificultades y fortalecer la preparación para futuras respuestas.
- Empleando las acciones descritas, elaboración de actividades explícitas, puntos focales responsables, recursos necesarios y plazos de ejecución.

3.2.4 Consenso entre los participantes

El consenso se plasma en un resumen final de las mejores prácticas, las dificultades, las nuevas capacidades desarrolladas y los indicadores del EPA. Dicho consenso puede alcanzarse mediante debates plenarios o en grupo. Estos debates deben servir para validar los resultados y crear un sentido de pertenencia con el fin de garantizar que se adoptan medidas correctivas. Antes de dar por cerrado el proceso, convoque una sesión final del grupo de trabajo para integrar posibles adiciones o comentarios.

3.2.5 Reunión informativa con el equipo del examen posterior a la acción

El objetivo de la reunión informativa con el equipo del EPA es reflexionar sobre la planificación general, la preparación y la ejecución del EPA. En la reunión pueden determinarse también las funciones, responsabilidades y plazos para completar los informes de EPA y otros materiales entregables. Ello debería producirse en el plazo de una semana tras completar el EPA.

La reunión informativa con el equipo del EPA puede enmarcar un debate sobre cómo mejorar el proceso de EPA para el próximo incidente, teniendo en cuenta que la flexibilidad a la hora de emprender un EPA permite a los planificadores ajustarse y dar con el mejor modelo para la cultura y el sistema que son objeto de examen. Esta es también una oportunidad para que el equipo del EPA analice y complete el resumen ejecutivo que ha de presentarse a la alta dirección.

3.2.6 Reunión informativa con la dirección del hospital

La alta dirección debe ser informada de los resultados del EPA, incluidas las mejores prácticas y las dificultades identificadas, así como las acciones de seguimiento acordadas. Uno de los objetivos de esta reunión informativa es recabar el apoyo para movilizar los recursos necesarios para llevar a cabo las acciones identificadas. El respaldo de la alta dirección a los resultados del EPA aumenta asimismo la probabilidad y la repercusión del aprendizaje a un nivel institucional más amplio, y contribuye a una cultura de mejora continua y análisis crítico. La alta dirección puede autorizar también una difusión más amplia de los resultados generales.

3.2.7 Redacción del informe del examen posterior a la acción

El resultado final de un EPA es un informe escrito con las recomendaciones basadas en la información recopilada durante el incidente. El o los autores del informe deben tener acceso a todas las notas y datos recopilados para integrar las conclusiones en el informe final. El informe debe incluir un plan de medidas correctivas, establecido durante el EPA, para la acción de seguimiento.

Es importante señalar que las recomendaciones derivadas de un incidente no necesariamente resultarán adecuadas para todas las situaciones. Por lo tanto, es preciso considerar detenidamente toda recomendación concreta derivada de un incidente determinado antes de aplicar dicha recomendación en otra situación posterior. El seguimiento con posterioridad al EPA brinda la oportunidad de presenciar y documentar en qué medida la aplicación del plan de medidas correctivas del EPA mejora las capacidades de gestión de emergencias y las operaciones futuras de respuesta.

3.2.8 Enseñanzas extraídas

De todo este proceso se desprenderán varias recomendaciones, o muchas, para futuras acciones o mejoras. Hay quienes las llaman también “enseñanzas extraídas”. Ahora bien, si estas mismas recomendaciones siguen apareciendo en ejercicios posteriores o en respuestas a emergencias reales, simplemente se habrán identificado las enseñanzas en lugar de haberlas aprendido. Hace falta un proceso más exhaustivo para que las enseñanzas extraídas se integren realmente en un cambio organizativo.

La evaluación es el resultado de un proceso de examen. Abarca el establecimiento de objetivos, la observación, la valoración inmediata (“en caliente”), el informe posterior a la acción, el programa de medidas correctivas y la validación. Todo este proceso suele denominarse “enseñanzas extraídas” o “lecciones aprendidas”.

Los hospitales deberían plantearse la creación de un repositorio de dificultades críticas, mejores prácticas y recomendaciones resultantes de los EPA al que poder acceder con facilidad durante la preparación y respuesta ante emergencias. Este repositorio sirve de memoria institucional de las enseñanzas extraídas y constituye un recurso para las partes interesadas en la preparación y respuesta ante emergencias. Su objetivo es facilitar y transmitir el aprendizaje entre emergencias, y aplicar las conclusiones a otros contextos e incidentes. Registrar las enseñanzas en una ubicación centralizada ayuda a garantizar que no se repitan los mismos errores.



■ Sistema eléctrico de respaldo. Hospital General de Zona 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tapachula (Chiapas, México). Centro Colaborador MEX-35 de la OPS/OMS para Servicios de Salud Resilientes. 2023

3.3 Herramientas y recursos de recuperación

- Organización Mundial de la Salud. Guidance for After-Action Review. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: https://extranet.who.int/sph/sites/default/files/document-library/document/Content%20of%20Key%20Informant%20Interview%20Toolkit_1.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. After-Action Review. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://extranet.who.int/sph/aar>.
- Organización Mundial de la Salud. Intra-Action Review. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://extranet.who.int/sph/iar>.
- Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental de la Organización Mundial de la Salud. Implementation guide for health systems recovery in emergencies: Transforming challenges into opportunities. El Cairo: EMRO; 2020. Disponible en: <https://applications.emro.who.int/docs/9789290223351-eng.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. Recovery toolkit: supporting countries to achieve health service resilience: a library of tools and resources available during the recovery period of a public health emergency. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2016.2>.
- Organización Mundial de la Salud, Handicap International, Comité Internacional de la Cruz Roja, CBM. Minimum technical standards and recommendations for rehabilitation in emergency medical teams. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/emergency-medical-teams>.
- Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation, World Vision International. Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203_spa.pdf.
- Organización Panamericana de la Salud. Herramienta de evaluación posdesastre de hospitales. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57675>.
- Organización Mundial de la Salud, CBM, Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Organización Internacional para las Migraciones, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres. Nota de orientación sobre la discapacidad y el manejo del riesgo de desastres, para la salud. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/127846/9789243506241_spa.pdf.

Referencias

1. Ravaghi H, Khalil M, Abrahams J, Sakr H, Samhouri D, Mataria A, et al. Strengthening hospital resilience in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J.* 2023; 29(4):229-231. Disponible en: <https://applications.emro.who.int/EMHJ/V29/04/1020-3397-2023-2904-229-231-eng.pdf>.
2. Organización Mundial de la Salud. Comprehensive Safe Hospital Framework. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/publications/comprehensive-safe-hospital-framework3db55788-742e-4abf-bfb5-884dd92908e8.pdf>.
3. Khalil M, Ravaghi H, Samhouri D, Abo J, Ali A, Sakr H, et al. What is “hospital resilience”? A scoping review on conceptualization, operationalization, and evaluation. *Front Public Health.* 2022;10:1009400. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.1009400/full>.
4. Organización Mundial de la Salud. Summary report on the expert consultation on hospital resilience in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J.* 2023;29(1):73-74. Disponible en: <https://applications.emro.who.int/EMHJ/V29/01/1020-3397-2023-2901-73-74-eng.pdf>.
5. Organización Panamericana de la Salud. Índice de seguridad hospitalaria. Guía para evaluadores. Segunda edición. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51462>.
6. Organización Panamericana de la Salud. La OPS avanza en 13 países de las Américas con su iniciativa “Hospitales Resilientes frente a Emergencias de Salud y Desastres”. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/14-4-2023-ops-avanza-13-paises-america-con-su-iniciativa-hospitales-resilientes-frente>.
7. Mansour W, Arjyal A, Hughes C, Gbaoh ET, Fouad FM, Wurie H, et al. Health systems resilience in fragile and shock-prone settings through the prism of gender equity and justice: implications for research, policy and practice. *Confl Health.* 2022;16(1):7. Disponible en: <https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13031-022-00439-z>.
8. Organización Panamericana de la Salud. STAR-H: Evaluación estratégica del riesgo de emergencias y desastres en establecimientos de salud. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56109>.
9. Organización Mundial de la Salud. Glossary of health emergency and disaster risk management terminology. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/331716>.

10. Organización Panamericana de la Salud. Smart Hospitals Toolkit. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34977>.
11. Centro Asiático de Preparación para Desastres. Hospital Preparedness for Emergencies (HOPE) course syllabus. Bangkok: ADPC; [sin fecha]. Disponible en: <https://app.adpc.net/wp-content/uploads/2022/04/HOPE-course-brief.pdf>.
12. Organización Panamericana de la Salud. Principles of disaster mitigation in health facilities. Washington, D.C.: OPS; 2000. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/817>.
13. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Informe mundial sobre la discapacidad 2011. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/75356>.
14. Organización Panamericana de la Salud. Inclusión para la gestión del riesgo de desastres en hospitales. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51059>.
15. Organización Panamericana de la Salud. Smart Hospitals: Baseline Assessment Tool Workbook. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/smart-hospitals-baseline-assessment-tool-workbook>.
16. Organización Mundial de la Salud. Establecimientos de salud resilientes al clima y ambientalmente sostenibles: orientaciones de la OMS. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/338922>.
17. La Comisión Conjunta. R3 Report: New and revised standards in emergency management. Oakbrook Terrace (Illinois, EE.UU.): The Joint Commission; 2022. Disponible en: <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/r3-reports/final-r3-report-emergency-management.pdf>.
18. Organización Mundial de la Salud. WHO guidance for business continuity planning. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/324850>.
19. Organización Mundial de la Salud. Health service continuity planning for public health emergencies: a handbook for health facilities: interim version for field testing. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/344796>.
20. Organización Panamericana de la Salud, CARICOM, HRH Action Task Force. Policy Brief - Strengthening Human Resources for Health (HRH) to Respond to COVID-19 and Other Emerging Pandemics in the Caribbean. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/policy-brief-strengthening-human-resources-health-hrh-respond-covid-19-and-other-emerging>.
21. Organización Mundial de la Salud. Minimum requirements for infection prevention and control programmes. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/330080>.

22. Hanfling D, Hick JL, Stroud C (coordinadores). Crisis Standards of Care: A Toolkit for Indicators and Triggers. Washington, D.C.: National Academies Press; 2013. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK202381>.
23. Autoridad de Servicios Médicos de Emergencia de California. Hospital Incident Command System: Guidebook and Appendices. Rancho Cordova (California, EE.UU.): California EMSA; 2014. Disponible en: <https://emsa.ca.gov/disaster-medical-services-division-hospital-incident-command-system>.
24. Organización Mundial de la Salud. Comunicación de riesgos en emergencias de salud pública: directrices de la OMS sobre políticas y prácticas para la comunicación de riesgos en emergencias. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/272852>.

Anexo 1

Glosario de términos sobre gestión del riesgo de emergencias de salud y de desastres

Las definiciones de los términos relacionados con la gestión del riesgo de desastres contenidas en este glosario se han extraído de la siguiente publicación: Organización Mundial de la Salud. Glossary of health emergency and disaster risk management terminology. Ginebra: OMS; 2020.

Acuerdo de ayuda mutua

Entendimiento preacordado entre dos o más entidades para prestarse asistencia mutua (ISO 22300:2018).¹

Adecuación (de la infraestructura)

Refuerzo o mejora de las estructuras existentes para hacerlas más resistentes y resilientes a los efectos dañinos de las amenazas.

Nota: La adecuación requiere tener en cuenta el diseño y la función de la estructura, las tensiones a las que puede estar sometida debido a amenazas específicas o hipotéticas, y la viabilidad y los costos de las distintas opciones de adecuación. Como ejemplos de adecuación cabe mencionar la adición de arriostramientos para conferir rigidez a los muros, el refuerzo de pilares, la adición de tirantes de acero entre muros y tejados, la instalación de contraventanas, y la mejora de la protección de instalaciones y equipos importantes (AGNU, 2016).²

Agencia nacional de gestión de desastres

Organismo gubernamental nacional encargado de coordinar la política y las prácticas de gestión de desastres o emergencias.

Nota: No existe una definición común para este organismo o entidad, pues tanto la denominación como el alcance de sus funciones varían de un país a otro, y suelen estar definidos por la legislación o las políticas nacionales. Sinónimos: organización nacional de gestión de desastres, agencia nacional de gestión de emergencias.

Amenaza

Proceso, fenómeno o actividad humana que puede causar pérdida de vidas, traumatismos u otros efectos en la salud, daños materiales, perturbaciones sociales y económicas, o degradación ambiental. Fuente de daño potencial (ISO 22300:2018).¹

Nota: Puede consistir en una propiedad latente o una capacidad inherente de un agente o una sustancia que le permita causar efectos adversos para las personas o el medioambiente en condiciones de exposición (AGNU, 2016; OMS, 2009).^{2,3}

Amenazas de origen natural

Amenaza que se asocia de modo predominante a procesos y fenómenos naturales (AGNU, 2016).²

Análisis de riesgos

Proceso para comprender la naturaleza de un riesgo y determinar su nivel de riesgo (ISO 22300:2018).¹

Apreciación de la situación

Tener consciencia y prestar atención a lo que ocurre en un entorno determinado en un momento concreto, con especial hincapié en el efecto de los cambios en el entorno; saber cómo evoluciona un incidente (OMS, 2015a).⁴

Cambio climático

Cambio en el estado del clima que puede detectarse (por ejemplo, mediante pruebas estadísticas) por cambios en la media o la variabilidad de sus propiedades y que persiste durante un período prolongado, por lo general varios decenios o más (IPCC, 2012).⁵

Capacidad

Combinación de todos los puntos fuertes, atributos y recursos disponibles en una organización, comunidad o sociedad para gestionar y reducir los riesgos de desastre, y fortalecer la resiliencia.

Capacidad de refuerzo (ante un pico de demanda)

Capacidad de los establecimientos de salud (consultorios, hospitales o laboratorios de salud pública) para responder al aumento de la demanda de sus servicios durante una emergencia de salud pública (OMS, 2015b).⁶

Centro de operaciones de emergencia (COE)

Centro desde el que una jurisdicción u organismo coordina su respuesta a emergencias o desastres graves (OMS, 2015b).⁶

Comunicación de riesgos

Intercambio interactivo de información y opiniones sobre las amenazas, los riesgos y los factores relacionados con ellos (OMS, 2015b).⁶

Gama de capacidades de comunicación necesarias durante las fases de prevención, preparación, respuesta y recuperación ante un evento grave de salud pública para fomentar la toma de decisiones fundamentada, el cambio favorable en el comportamiento y el mantenimiento de la confianza (OMS, 2018a).⁷

Nota: La comunicación de riesgos debe ser una interacción bidireccional en la que expertos y no expertos intercambien y negocien percepciones relativas a los valores y preferencias tanto científicos como de la comunidad (OMS, 2009).³

Coordinación

Procesos de gestión para garantizar la integración o unidad de todo el esfuerzo. La coordinación hace referencia principalmente a los recursos, y opera de manera tanto vertical (en el seno de una misma organización) en función de la autoridad de mando como horizontal (entre organizaciones) en función de la autoridad de control (OMS, 2015a).⁴

Desarrollo de capacidades

Proceso mediante el cual las personas, las organizaciones y la sociedad estimulan y amplían de manera sistemática sus capacidades a lo largo del tiempo para alcanzar diversos objetivos sociales y económicos; incluye la mejora de los conocimientos, las aptitudes, los sistemas y las instituciones.

Desarrollo sostenible

Desarrollo que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades (OMS, 1998).⁸

Desastre

Perturbación importante del funcionamiento de una comunidad o una sociedad a cualquier escala debida a incidentes causados por amenazas interrelacionados con las condiciones de exposición, vulnerabilidad y capacidad, que conduce a una o varias de las siguientes situaciones: pérdidas humanas, materiales, económicas y ambientales, y sus repercusiones.

Nota: El efecto del desastre puede ser inmediato y localizado, pero a menudo es generalizado y puede prolongarse durante mucho tiempo. El efecto puede poner a prueba o superar la capacidad de una comunidad o sociedad para afrontarlo con sus propios recursos y, por lo tanto, requiere en ocasiones la asistencia procedente de fuentes externas, ya sea de jurisdicciones vecinas o a nivel nacional o internacional (AGNU, 2016).² Sinónimo: catástrofe.

Descontaminación

Procedimiento mediante el cual se adoptan medidas de salud para eliminar cualquier agente o material infeccioso o tóxico presentes en la superficie corporal de una persona o animal, en un producto preparado para el consumo, o en otros objetos inanimados, incluidos los medios de transporte, que puedan constituir un riesgo para la salud pública (OMS, 2010a).⁹

Discapacidad

Limitación en un ámbito funcional que surge de la interacción entre la capacidad intrínseca de una persona y los factores ambientales y personales (OMS, 2011).⁵

Disposición

Capacidad de responder rápida y adecuadamente cuando sea necesario (AGNU, 2016).² Sinónimo: disposición operativa.

Ejercicio

Modalidad de práctica, capacitación, seguimiento o evaluación de capacidades que incluye la descripción o simulación de una emergencia a la cual debe ofrecerse una respuesta descrita o simulada (OMS, 2017c).¹⁰

Nota: Los ejercicios ayudan a determinar una indicación válida del desempeño futuro del sistema en determinadas condiciones y a detectar posibles mejoras del sistema (OMS, 2015b).⁶

Ejercicio a escala real

Ejercicio que simula lo más fielmente posible un incidente real y está diseñado para evaluar la capacidad operativa de los sistemas de gestión de emergencias en un entorno de gran tensión, simulando las condiciones reales de respuesta, incluida la movilización y el movimiento del personal, el equipamiento y los recursos de emergencia.

Nota: La finalidad de un ejercicio a escala real es poner a prueba y evaluar la mayoría de las funciones de un plan de respuesta ante emergencias del modo más realista posible. Lo ideal es que el ejercicio a escala real ponga a prueba y evalúe la mayoría de las funciones del plan de gestión de emergencias o plan operativo. A diferencia de los ejercicios funcionales, un ejercicio a escala real involucra normalmente a múltiples organismos y participantes físicamente desplegados en un lugar sobre el terreno (OMS, 2017c).¹¹

Ejercicio funcional

Ejercicio interactivo plenamente simulado que pone a prueba la capacidad de una organización para responder a un incidente simulado. El ejercicio pone a prueba las múltiples funciones del plan operativo de la organización.

Nota: La finalidad de un ejercicio funcional es poner a prueba o validar la capacidad de respuesta de las funciones o departamentos específicos de una organización en una situación realista y con premura de tiempo. Un ejercicio funcional se centra en la coordinación, la integración y la interacción de las políticas, procedimientos, funciones y responsabilidades de una organización durante el incidente simulado, o antes o después de él (OMS, 2017c).¹¹

Ejercicio teórico

Debate facilitado que usa un escenario simulado progresivo, junto con series de mensajes interpolados preparados de antemano, para hacer que los participantes examinen las repercusiones de una posible emergencia de salud en los planes, los procedimientos y las capacidades existentes.

Nota: Un ejercicio teórico simula una situación de emergencia en un entorno informal y sin estrés. Consiste en un debate en torno al relato guiado por un facilitador de una situación de emergencia, diseñado para suscitar un debate constructivo entre los participantes; identificar y resolver problemas; y perfeccionar los planes operativos existentes (OMS, 2017a; OMS, 2017c).^{11, 12} Sinónimo: ejercicio de mesa.

Emergencia

Incidente o amenaza inminente que produce o puede producir una serie de consecuencias y que requiere una acción coordinada, por lo general urgente y a menudo extraordinaria.

Enfoque multiamenaza

Enfoque de la gestión de todo el espectro de riesgos y situaciones de emergencia basado en reconocer que existen elementos y capacidades comunes necesarios para la gestión de tales riesgos, incluida la respuesta a prácticamente todas las emergencias.

Desarrollo de capacidades comunes o genéricas que puedan aplicarse a todos los riesgos. Estas capacidades genéricas se complementan con medidas específicas para las características singulares de cada riesgo o incidente. Estandarizar un sistema de gestión para abordar los elementos comunes permite generar mayor capacidad junto con medidas específicas para abordar las características singulares de cada incidente (OMS, 2015a).⁴

Enseñanzas extraídas

Cuestiones identificadas para las que es posible aplicar medidas correctivas, con el fin de mejorar el desempeño (OMS, 2015a).⁴ Sinónimo: lecciones aprendidas.

Equipo de protección personal (EPP)

Prendas (batas, guantes, botas, etc.) y equipamiento de protección (mascarillas, caretas, pantallas, tapones para los oídos, etc.) necesarios para proteger o aislar a una persona de la exposición biológica, química, física, sónica y térmica (OMS, 2015a).⁴ Sinónimo: equipo de protección individual.

Equipo médico de emergencia (EMT)

Grupo de profesionales de la salud (personal médico, personal de enfermería, personal paramédico, etc.) que atiende a las personas afectadas por una emergencia o desastre.

Evacuación

Traslado temporal de personas y bienes a lugares más seguros antes, durante o después de que se produzca un incidente causado por alguna amenaza, con el fin de protegerlos.

Nota: Los planes de evacuación hacen referencia a las disposiciones establecidas de antemano para permitir el traslado temporal de personas y bienes a lugares más seguros antes, durante o después de que se produzca un incidente causado por alguna amenaza. Pueden incluir planes para el retorno de los evacuados y opciones para refugiarse en el lugar (AGNU, 2016).²

Evaluación de la capacidad

Proceso mediante el cual se examina la capacidad de un grupo, organización o sociedad en relación con los objetivos deseados, en el que se determinan las capacidades existentes para su mantenimiento o fortalecimiento, y las brechas de capacidad para la adopción de nuevas medidas (AGNU, 2016).²

Evaluación de riesgos

Determinación de los riesgos cuya gestión se debe priorizar, mediante la combinación de su detección, su análisis y la evaluación de su nivel en comparación con estándares, metas, riesgos u otros criterios predeterminados.

Nota: Las evaluaciones de riesgos incluyen una revisión de las características técnicas de las amenazas, el análisis de las exposiciones y la vulnerabilidad, y la evaluación de la eficacia o las capacidades de afrontamiento prevalecientes con respecto a las situaciones de riesgo probables (OMS, 2015b).⁶

Evaluación del riesgo de desastres

Enfoque cualitativo o cuantitativo para determinar la naturaleza y el alcance del riesgo de desastres mediante el análisis de las posibles amenazas y la evaluación de las condiciones existentes de exposición y vulnerabilidad [y capacidad] que, en conjunto, podrían causar un perjuicio a las personas, los bienes, los servicios, los medios de subsistencia y el medioambiente del que dependen.

Nota: La evaluación del riesgo de desastres incluye: determinar las amenazas; examinar las características técnicas de las amenazas, como su localización, intensidad, frecuencia y probabilidad; analizar la exposición y la vulnerabilidad, incluidas las dimensiones física, social, de salud, ambiental y económica; y evaluar la eficacia de las capacidades de afrontamiento existentes y alternativas con respecto a los escenarios de riesgo probables (AGNU, 2016).²

Gestión de desastres

Organización, planificación y aplicación de medidas de preparación, respuesta y recuperación en caso de desastres.

Nota: Cabe la posibilidad de que la gestión de desastres no evite ni elimine por completo las amenazas; se centra en crear y ejecutar planes de preparación y de otro tipo para reducir el efecto de los desastres y “reconstruir mejor”. Si no se crea y ejecuta un plan, podría resultar en deterioro de vidas, activos y pérdida de ingresos (AGNU, 2016).²

Gestión del riesgo de desastres

Aplicación de políticas y estrategias de reducción del riesgo de desastres para prevenir nuevos riesgos de desastres, reducir los riesgos de desastres existentes y gestionar los riesgos residuales, contribuyendo así a fortalecer la resiliencia y a reducir las pérdidas causadas por desastres (AGNU, 2016).²

Grupo vulnerable

Grupo de personas que comparten una o varias características que son motivo de discriminación o de circunstancias sociales, económicas, culturales, políticas o de salud adversas, y que hacen que carezcan de los medios necesarios para acceder a sus derechos o a la igualdad de oportunidades (ISO 22300:2018).¹

Hospital seguro

Establecimiento de salud cuyos servicios permanecen accesibles y funcionan a su máxima capacidad, y en la misma infraestructura, antes, durante e inmediatamente después de una emergencia o desastre (OMS, 2015a).⁴

Incidente

Acción, suceso o fenómeno que puede causar pérdidas de vidas o lesiones, daños materiales, perturbaciones sociales y económicas, o degradación ambiental (OMS, 2015b).⁶

Incidente masivo

Incidente que ocasiona simultáneamente más pacientes de los que los recursos disponibles localmente pueden gestionar con sus procedimientos ordinarios.

Nota: Requiere disposiciones excepcionales de emergencia y asistencia complementaria o extraordinaria (OMS, 2007).¹³ Sinónimo: incidente con gran número de víctimas.

Logística

Aspecto de la gestión de riesgos de emergencias que se ocupa de la adquisición, distribución, mantenimiento, sustitución y repatriación de recursos materiales y humanos, incluida la provisión de infraestructuras y servicios de apoyo para el personal de respuesta (OMS, 2015a).⁴

Mando (o comando)

Acto de gestionar, dirigir, ordenar o controlar en virtud de una autoridad estatutaria, reglamentaria o delegada explícita. Es una forma abreviada habitual de “mando (o comando) del incidente”, que implica la toma de decisiones, la ejecución de planes para gestionar un incidente y el control de sus efectos (OMS, 2015a).⁴

Mitigación

Disminución o limitación de las repercusiones adversas de las amenazas y los desastres conexos.

Nota: Las repercusiones adversas de las amenazas, en particular las de origen natural, a menudo no pueden evitarse por completo, pero su escala o gravedad sí pueden reducirse de modo sustancial mediante diversas estrategias y acciones. Las medidas de mitigación incluyen técnicas de ingeniería y construcción resistente a las amenazas, así como la mejora de las políticas ambientales y sociales y la concientización pública. Cabe señalar que, en las políticas contra el cambio climático, la “mitigación” se define de manera diferente: es el término empleado para la reducción de las emisiones de CO₂ y otros gases de efecto invernadero, que están en el origen del cambio climático (AGNU, 2016).²

Persona con discapacidad

Persona con alguna deficiencia física, psíquica, intelectual o sensorial a largo plazo que, en la interacción con diversas barreras, pueda impedir o dificultar su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás personas (Naciones Unidas, 2006).¹⁴

Pico de demanda

Demanda súbita de servicios de salud con motivo de un incidente masivo que requiere más capacidades (en términos de cantidad de personal, equipamiento o material) o aptitudes (en términos de conocimientos especializados) (OMS, 2007).¹³

Plan de acción ante un incidente

Declaración de intenciones específica de un incidente o evento concreto. Se detallan en él las estrategias, objetivos y recursos que se aplicarán para la respuesta, y las medidas tácticas que se adoptarán (OMS, 2015a).⁴

Plan de continuidad de la actividad

Documento en el que se describe el modo en que una organización mantendrá y restablecerá las funciones y servicios operativos críticos en un nivel aceptable predeterminado en caso de que ocurra un incidente que interrumpa sus capacidades operativas (OMS, 2015a).⁴

Plan de respuesta

Conjunto documentado de procedimientos e información desarrollados, recopilados y mantenidos en estado operativo durante un incidente (ISO 22300:2018).¹

Plan de respuesta ante emergencias

Documento en el que se describe el modo en que una entidad u organismo habrá de gestionar sus respuestas ante emergencias de diversos tipos.

Nota: Contiene una descripción de los objetivos, la política y el concepto de operaciones para la respuesta a una emergencia; así como la estructura, las autoridades y las responsabilidades para ofrecer una respuesta sistemática, coordinada y eficaz. En este contexto, los planes de respuesta a emergencias son específicos de un organismo o de una jurisdicción, y se detallan en ellos los recursos, capacidades y aptitudes que la jurisdicción, entidad u organismo emplearán en su respuesta (OMS, 2017a).¹²

Preparación

Conocimientos y capacidades desarrollados por los gobiernos, las organizaciones de respuesta y recuperación, las comunidades y las personas con el fin de prever, responder y recuperarse eficazmente de los efectos de desastres probables, inminentes o actuales.

Nota: La acción de preparación se lleva a cabo en el contexto de la gestión del riesgo de desastres y tiene por objeto generar las capacidades necesarias para gestionar de manera eficaz todo tipo de emergencias y lograr transiciones ordenadas desde la respuesta hasta la

recuperación sostenida. La preparación se basa en un análisis sólido de los riesgos de desastre y en una adecuada vinculación con los sistemas de alerta temprana, e incluye actividades como la planificación de contingencias, el almacenamiento de equipos e insumos, la elaboración de disposiciones de coordinación, evacuación e información pública, y la capacitación y los ejercicios sobre el terreno asociados. Estas actividades deben estar respaldadas por capacidades institucionales, jurídicas y presupuestarias formales.

Prevención

Actividades y medidas destinadas a evitar los riesgos de desastre existentes y nuevos.

Nota: La prevención de desastres hace referencia al concepto y la intención de evitar por completo las posibles repercusiones adversas de los incidentes causados por alguna amenaza. Aunque ciertos riesgos de desastre no pueden eliminarse, la prevención tiene por objeto reducir la vulnerabilidad y la exposición en contextos en los que, como resultado de ello, desaparece el riesgo de desastre. Algunos ejemplos son las presas o diques que eliminan los riesgos de inundación; las normativas de uso del suelo que prohíben el asentamiento en zonas de alto riesgo; los diseños de ingeniería sísmica que garantizan la perdurabilidad y funcionalidad de un edificio crítico en cualquier terremoto probable; y la inmunización contra enfermedades prevenibles mediante vacunación. Las medidas de prevención pueden adoptarse también durante o después de un incidente causado por alguna amenaza o un desastre para evitar amenazas secundarios o sus consecuencias, como las medidas para prevenir la contaminación del agua (AGNU, 2016).²

Prevención y control de infecciones (PCI)

Conjunto práctico y comprobado de enfoques y medidas organizativas y técnicas para prevenir la propagación de infecciones evitables y la resistencia a los antimicrobianos tanto en entornos comunitarios como de atención de salud (OMS, 2019c).¹⁵

Reconstrucción

Reconstrucción a medio y largo plazo y restablecimiento sostenible de infraestructuras críticas resilientes, servicios, viviendas, instalaciones y medios de subsistencia necesarios para el pleno funcionamiento de una comunidad o una sociedad afectadas por un desastre, en consonancia con los principios del desarrollo y construcción sostenibles y de “reconstruir mejor”, con el fin de evitar o reducir el riesgo de desastres en el futuro (AGNU, 2016).²

Reconstruir mejor

Uso de las fases de recuperación, rehabilitación y reconstrucción después de un desastre para aumentar la resiliencia de las naciones y comunidades mediante la integración de medidas de reducción del riesgo de desastres en la restauración de la infraestructura física y los sistemas sociales, y en la revitalización de los medios de subsistencia, las economías y el medioambiente (AGNU, 2016).²

Recuperación

Restablecimiento o mejora de los medios de subsistencia y la salud, así como de los bienes, sistemas y actividades económicos, físicos, sociales, culturales y ambientales, de una comunidad o sociedad afectadas por un desastre, siguiendo los principios del desarrollo sostenible y de “reconstruir mejor”, con el fin de evitar o reducir el riesgo de desastres en el futuro.

Reducción del riesgo de desastres

Actividades dirigidas a prevenir nuevos riesgos de desastres y a reducir los existentes, así como a gestionar el riesgo residual, todo lo cual contribuye a fortalecer la resiliencia y, por ende, a lograr un desarrollo sostenible.

Nota: La reducción del riesgo de desastres es el objetivo de política de la gestión del riesgo de desastres, y sus metas y objetivos se definen en las estrategias y planes de reducción del riesgo de desastres (AGNU, 2016).²

Rehabilitación

Restablecimiento de los servicios e instalaciones básicos para el funcionamiento de una comunidad o sociedad afectadas por un desastre (AGNU, 2016).²

Restablecimiento del funcionamiento normal de las personas y las comunidades (OMS, 2009).³

Resiliencia

Capacidad de un sistema, comunidad o sociedad expuestos a amenazas para resistir, asimilar, acomodar, adaptarse, transformar y recuperarse de los efectos de dichas amenazas de manera oportuna y eficiente, incluso mediante la preservación y restauración de sus estructuras y funciones básicas esenciales a través de la gestión de riesgos (AGNU, 2016).²

Respuesta

Prestación de servicios de emergencia y asistencia pública durante o inmediatamente después de un desastre para salvar vidas, reducir las repercusiones en la salud, garantizar la seguridad pública y satisfacer las necesidades básicas de subsistencia de las personas afectadas.

Nota: La respuesta a un desastre se centra de modo predominante en las necesidades inmediatas y a corto plazo, y a veces se denomina “socorro en caso de desastre”. Una respuesta eficaz, eficiente y oportuna depende de las medidas de preparación ante los riesgos de desastre, incluido el desarrollo de las capacidades de respuesta de las personas, las comunidades, las organizaciones, los países y la comunidad internacional. Los elementos institucionales de la respuesta suelen incluir la prestación de servicios de emergencia y asistencia pública por parte de los sectores público y privado y los sectores comunitarios, así como la participación de la comunidad y colaboración voluntaria. Los “servicios de emergencia” constituyen un conjunto crítico de entidades especializadas con responsabilidades específicas en el servicio y la protección de personas y bienes en situaciones de emergencia y desastre. Entre ellos

figuran las autoridades de protección civil y los cuerpos de policía y bomberos, entre muchos otros. No está clara la línea divisoria entre la fase inicial de respuesta y la fase posterior de recuperación. Algunas acciones de respuesta, como la dotación de vivienda temporal y el abastecimiento de agua, pueden prolongarse hasta bien entrada la fase de recuperación (AGNU, 2016).²

Respuesta a un desastre

Acciones o medidas adoptadas directamente antes, durante o inmediatamente después de un desastre con el fin de salvar vidas, reducir las repercusiones en materia de salud, garantizar la seguridad pública y satisfacer las necesidades básicas de subsistencia de las personas afectadas (AGNU, 2016).²

Revisión posterior a la acción (RPA o AAR)

Proceso que, una vez finalizada una activación, operación o ejercicio, implica un debate estructurado y facilitado para examinar lo que debería haber ocurrido, lo que realmente ocurrió y por qué (OMS, 2015a).⁴

Riesgo

Posibilidad de que se produzcan muertes, traumatismos o destrucción y daños de bienes de un sistema, una sociedad o una comunidad en un período concreto, determinada de forma probabilística en función de la amenaza, la exposición, la vulnerabilidad y la capacidad (AGNU, 2016).²

Riesgo de desastres

Posibilidad de que se produzcan muertes, traumatismos o destrucción y daños de bienes de un sistema, una sociedad o una comunidad en un período concreto, determinada de forma probabilística en función de la amenaza, la exposición, la vulnerabilidad y la capacidad.

Nota: Esta definición refleja el concepto de incidentes causados por alguna amenaza y desastres como resultado de unas condiciones de riesgo continuamente presentes. El riesgo de desastres abarca diferentes tipos de pérdidas potenciales que a menudo son difíciles de cuantificar. No obstante, el conocimiento de las amenazas existentes y de los patrones demográficos y de desarrollo socioeconómico permite evaluar y mapear los riesgos de desastre, al menos en términos generales. Es importante tener en cuenta los contextos sociales y económicos en los que se producen los riesgos de desastre, y que las personas no necesariamente comparten idéntica percepción del riesgo y sus factores de riesgo subyacentes (AGNU, 2016).² Esta definición puede aplicarse al “riesgo” asociado a incidentes causados por alguna amenaza, emergencias y desastres.

Salud mental y acompañamiento psicosocial

Cualquier tipo de apoyo local o externo que tenga como objetivo proteger o fomentar el bienestar psicosocial, y prevenir o tratar los trastornos mentales.

Nota: Tradicionalmente, el término “atención de salud mental” es el empleado por los profesionales de la salud para describir las intervenciones especializadas dirigidas a tratar a las personas diagnosticadas de un trastorno mental. “Acompañamiento psicosocial”, “apoyo psicosocial” e “intervenciones psicosociales” son términos empleados por un amplio abanico de trabajadores en el ámbito de la respuesta de emergencia para referirse a las actividades en respaldo de la salud tanto psíquica como social de las personas y las comunidades en su conjunto, en lugar de centrarse específicamente en el tratamiento de las afecciones mentales (IASC, 2007).¹⁶

Sesión informativa en caliente

Sesión informativa celebrada inmediatamente después de un ejercicio o incidente para determinar los puntos fuertes y débiles de los planes, políticas y procedimientos.

Nota: En una sesión informativa en caliente, los participantes y el equipo de gestión del ejercicio proporcionan retroinformación o evaluación inmediatas. Se transmiten perspectivas sobre los puntos fuertes, los puntos débiles y las áreas de mejora, que se incorporan al informe del ejercicio (OMS, 2015a; OMS, 2017c).^{4,11} Sinónimo: reunión (o valoración) inmediata.

Sesión informativa en frío

Sesión informativa que se celebra al cabo de cierto de tiempo tras un ejercicio o incidente, con el fin de debatir, con la ventaja de hacerlo en retrospectiva, las observaciones y cuestiones que pudieran haberse pasado por alto durante la valoración inmediata en caliente (OMS, 2015a).¹ Sinónimo: sesión informativa a posteriori.

Sistema crítico (de un hospital)

Dentro de un hospital, se consideran críticos los sistemas eléctrico, de telecomunicaciones, de suministro de agua, de protección contra incendios, de gestión de residuos, de almacenamiento de combustible y gases medicinales, y de climatización. El fallo o la interrupción de un sistema crítico puede detener o dificultar el funcionamiento de un hospital (OMS, 2015a).¹

Sistema de alerta temprana

Sistema integrado de seguimiento, pronóstico y predicción de amenazas, análisis de riesgos de desastre, actividades de comunicación y preparación, sistemas y procesos que permiten a las personas, las comunidades, los gobiernos, las empresas y otros adoptar las medidas oportunas para reducir los riesgos de desastre antes de que se produzcan incidentes causados por dichas amenazas.

Sistema de comando de incidentes (SCI)

Sistema que define las funciones y responsabilidades del personal y los procedimientos operativos que se emplearán en la gestión de incidentes (ISO 22300:2018).¹

Sistema de salud

Conjunto de las personas, instituciones y recursos organizados con arreglo a políticas establecidas, cuyo objeto es mejorar la salud de la población a la que prestan asistencia, así como responder a las expectativas legítimas de la población y protegerla frente al costo de la mala salud mediante una serie de actuaciones, cuyo principal objetivo es mejorar la salud (OMS, 2011).¹⁰

Vigilancia

Compilación, comparación y análisis de datos de forma sistemática y continua para fines relacionados con la salud pública, y la difusión oportuna, para su evaluación y para dar la respuesta de salud pública que sea procedente (OMS, 2010a; OMS, 2016).^{9,17}

Vulnerabilidad

Condiciones determinadas por factores o procesos físicos, sociales, económicos y ambientales que aumentan la susceptibilidad de una persona, una comunidad, un bien o un sistema a los efectos de una amenaza (AGNU, 2016).²

Referencias del anexo 1

1. Organización Internacional de Normalización. ISO 22300:2018. Security and resilience: vocabulary. Ginebra: ISO; 2018. Disponible en: <https://www.iso.org/standard/68436.html>.
2. Asamblea General de las Naciones Unidas. Informe del grupo de trabajo intergubernamental de expertos de composición abierta sobre los indicadores y la terminología relacionados con la reducción del riesgo de desastres. Nota del Secretario General (documento A/71/644). Nueva York: Naciones Unidas; 2016. Disponible en: https://www.preventionweb.net/files/50683_oiewgreportspanish.pdf.
3. Organización Mundial de la Salud. Manual para la gestión de salud pública de los incidentes químicos. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/246118>.
4. Organización Mundial de la Salud. Marco para un centro de operaciones en emergencias de salud pública. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/329378>.
5. Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático. Managing the risks of extreme events and disasters to advance climate change adaptation. A special report of working groups I and II of the Intergovernmental Panel on Climate Change [Field CB, Barros V, Stocker TF, Qin D, Dokken DJ, Ebi KL, et al., coordinadores]. Cambridge: Cambridge University Press; 2012. Disponible en: <https://www.ipcc.ch/report/managing-the-risks-of-extreme-events-and-disasters-to-advance-climate-change-adaptation>.
6. Organización Mundial de la Salud. Public health for mass gatherings: Key considerations. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/162109>.
7. Organización Mundial de la Salud. Herramienta de evaluación externa conjunta: Reglamento Sanitario Internacional (2005). Segunda edición. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/275849>.
8. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: glosario. Ginebra: OMS; 1998. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/67246>.
9. Organización Mundial de la Salud. Protocol for assessing national surveillance and response capacities for the International Health Regulations (2005). Ginebra: OMS; 2010.
10. Organización Panamericana de la Salud. Manual de la OMS para realizar ejercicios de simulación: Una guía práctica y una herramienta para la planificación, la realización y la evaluación de ejercicios de simulación de brotes epidémicos y emergencias de salud pública y de preparación y respuesta a ellos. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56160>.

11. Organización Mundial de la Salud. Health systems strengthening: glossary. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/healthsystems-strengthening-glossary.pdf>.
12. Organización Mundial de la Salud. Marco de respuesta a emergencia (MRE). Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/89604>.
13. Organización Mundial de la Salud. Mass casualty management systems: strategies and guidelines for building health sector capacity. Ginebra: OMS; 2007. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/43804>.
14. Naciones Unidas. Convención de los derechos de las personas con discapacidad. Nueva York: Naciones Unidas; 2006. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.
15. Organización Mundial de la Salud. Infection prevention and control. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/infection-prevention-control>.
16. Comité Permanente entre Organismos. IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Ginebra: IASC; 2007. Disponible en: <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-force-mental-health-and-psychosocialsupport-emergency-settings/iasc-guidelines-mental>.
17. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (2005). Tercera edición. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/9789241580496>.

En esta publicación se brinda orientación centrada en la manera en que se pueden integrar algunas acciones clave en los sistemas, funciones y servicios operativos ordinarios de un hospital a fin de fortalecer la manera en que se prepara, responde y se recupera del efecto de diversas amenazas, como epidemias y pandemias, al tiempo que se reconstruye de manera más sólida. Esta orientación está dirigida a gerentes de hospital; jefes de departamentos hospitalarios; miembros de los comités hospitalarios de gestión de emergencias, incluidos los servicios de apoyo y administración; y autoridades económicas y de salud responsables de planificar y coordinar la gestión del riesgo de emergencias de salud y de desastres en los establecimientos de salud.

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

Región de las Américas

www.paho.org

