

Gestión de planes internos y externos de emergencias en los hospitales de Medellín - 2000

Ceneida Betancur Taborda^a
 Constanza Forero Pulido^b
 Laura Alicia Laverde de Botero^c
 Fernando A. Cardona Restrepo^e

RESUMEN

Con el fin de conocer el estado de los planes de emergencia en los hospitales de la ciudad de Medellín, se realizó un estudio de corte. Se incluyeron veintiún hospitales de II y III nivel de atención, a los cuales se les preguntó por la existencia de comités hospitalarios, planes internos y externos, antecedentes de emergencias, coordinación con la red de urgencias y programas de capacitación.

Se encontró que el 71% de las instituciones cuentan con comité, el 86% tiene plan interno, el 67% plan externo y un 14% no tiene ningún plan.

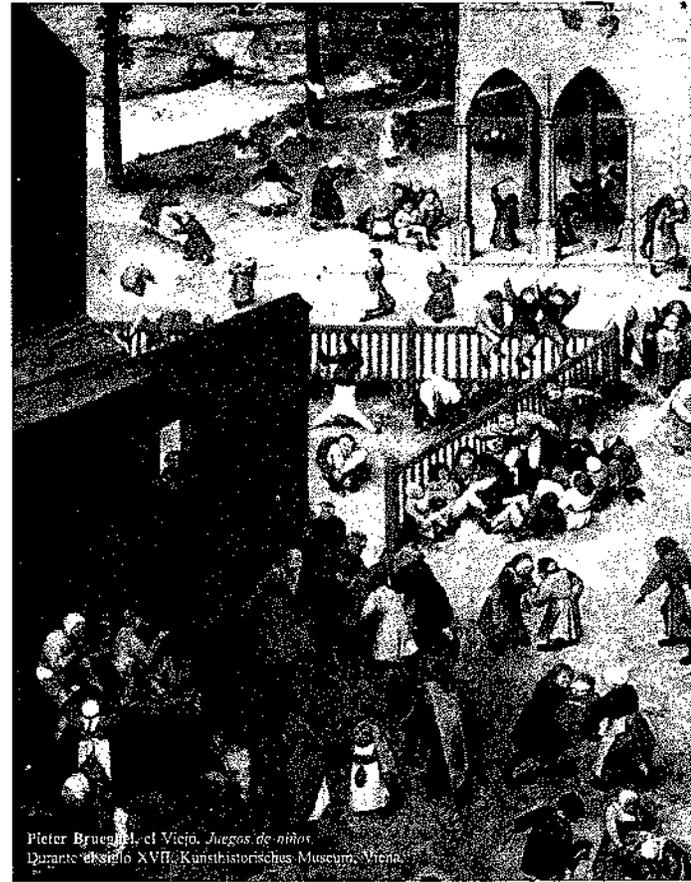
La situación encontrada es preocupante, por la falta de políticas para la actualización de los planes, asignación de responsables, inversión de tiempo para capacitación y entrenamiento, asignación de recursos para intervenir la vulnerabilidad. Estos resultados invitan a fomentar el compromiso individual y colectivo en la prevención y atención de emergencias y desastres y analizar la responsabilidad de salud ocupacional y de las administradoras de riesgos profesionales con los hospitales.

La pregunta para resolver es: ¿qué hacer para que los administradores de los hospitales, tengan la claridad política, humana y administrativa en la prevención, atención en desastres, así mismo para la protección del enfermo, funcionarios y visitantes?

Palabras claves:

Planes de emergencia. Comités de Emergencia. Red de Urgencias. Emergencias hospitalarias.

De acuerdo con el estudio realizado por el Sistema Municipal de Prevención y Atención de Desastres de Medellín (SIMPAD)¹, en 1999 se reportaron 301 inundaciones y 200 deslizamientos en esta ciudad. De éstos el 90% se localizó en asentamientos subnormales. La ciudad de Medellín, con 1.895.665² habitantes, presenta amenazas sísmicas, hidrometeorológicas y tecnológicas. En los últimos quince años, han sido frecuentes los problemas sociales y actos de terrorismo en sitios públicos y de alta concentración de personas, situación que se agrava con las 7.000 familias que se encuentran en la ciudad, desplazadas por la violencia política.



Pieter Bruegel el Viejo. Juegos de niños.
 Durante el siglo XVII. Kunsthistorisches Museum, Viena.

- a. Enfermera. Magister en Salud Pública. Docente Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia.
 b. Enfermera. Magister en Salud Pública. Docente Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia.
 c. Enfermera. Magister en Salud Pública. Epidemióloga. Docente Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia.
 e. Enfermero. Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia.

Desde 1980 existen planes de emergencia en la ciudad de Medellín, no sólo para dar cumplimiento a lo dispuesto en la Constitución Política de 1991 y en la reforma efectuada al Sistema Nacional de Salud, que generaron cambios en las instituciones hospitalarias en cuanto a atención, sino también para responder adecuadamente a la magnitud de las emergencias presentadas en la ciudad, ocasionadas por la situación política y social del país, que se refleja en desplazamientos y violencia y eventos catastróficos como sismos, deslizamientos e inundaciones, y que ocuparon el primer lugar en la demanda de servicios hospitalarios.



Después del terremoto de Popayán, Naciones Unidas apoyó a la Presidencia de la República para la creación de una oficina que la asesorara respecto a la legislación y la organización que el país debía implementar para la prevención y atención de desastres. En 1988 se firmó la ley 46, por la cual se creó y organizó el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres.³

Administration of internal and external plans of emergencies in the hospitals of Medellín - 2000

Ceneida Betancur Taborda^a

Constanza Forero Pulido^b

Laura Alicia Laverde de Botero^c

Fernando A. Cardona Restrepo^d

SUMMARY

A transversal study was made in order to know the state of the emergency plans of the hospitals in Medellín city. It included twenty one hospitals of first and second level of attention, and were requested about their antecedents of emergency, their antecedents with emergencies, coordination with the emergency net and the training programs.

It was found that 71% of the institutions have committees, 86% have internal plans, 67% have external plans and 14% do not have any plan.

This situation must be taken into account, due to the lack of politics for the actualization of the plans, distribution of responsibilities, time for training and qualification, allocation of recourses to mediate in the vulnerability. These results invite to promote the individual and collective commitment for the prevention and attention of emergencies and disasters, to analyze the responsibility of professional in occupational health and administrators of hospitals risks in the hospitals.

The question to be answered is: what to do to help hospitals administrators to have a political, human and administrative vision for the prevention and attention in disasters, and at the same time give protection to patients, employees and visitors?

Key words:

Emergency plans. Emergency committees. Net for emergency.

Hospitals emergencies.

El 1° de Mayo de 1989, se firmó el decreto reglamentario 919 y se codificaron todas las normas vigentes relativas a la Prevención y Atención de Desastres.⁴

En 1982, el Ministerio de Salud creó la oficina del Coordinador del Plan Nacional de Atención de Desastres del Sector Salud. Esta oficina define las responsabilidades de este sector, y descarga en los hospitales la tarea de coordinar las acciones con los comités de emergencias y de capacitar a sus funcionarios. Por Resolución del Ministro de Salud, se planteó la obligatoriedad de diseñar los planes de emergencia y la difusión de los mismos entre el personal, teniendo en cuenta el manual sobre planes expedido por este mismo ministerio⁵.

En Antioquia, la primera experiencia organizativa se hizo para la atención de las urgencias de salud que podrían presentarse durante los XII Juegos Deportivos Centroamericanos en 1978. En 1984 se creó la Oficina de Atención de Desastres del Municipio de Medellín. En ese mismo año, se creó el Comité Interinstitucional del Sector Salud para la Atención de Desastres CIMSS, encargado del diseño de los planes hospitalarios.

Con la Constitución Política de 1991, se cambió la legislación sobre la salud. La Ley 100, en el artículo 168, plantea con relación a la atención inicial de urgencias:

En 1982, el Ministerio de Salud creó la oficina del Coordinador del Plan Nacional de Atención de Desastres del Sector Salud. Esta oficina define las responsabilidades de este sector, y descarga en los hospitales la tarea de coordinar las acciones con los comités de emergencias y de capacitar a sus funcionarios.

La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independiente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el fondo de solidaridad y garantía en los casos previstos en el artículo 167 o por la entidad promotora de salud al cual esté afiliado, en cualquier evento.⁶

Es necesario conocer pues cómo las instituciones hospitalarias han adecuando a la legislación vigente sus planes tanto internos como externos para la atención de emergencias y desastres, y si están preparadas para atender en su área de influencia las situaciones que puedan presentárseles, así como para proponer estrategias de mejoramiento de su gestión con decisiones políticas y administrativas.

Objetivos

Objetivos General:

Describir la situación de los planes de emergencia en los hospitales de la ciudad de Medellín, con el fin de proponer estrategias de mejoramiento de su gestión.

Objetivos Específicos:

- Identificar la conformación y funcionamiento de los comités intrahospitalarios para la atención de emergencias internas y externas.
- Identificar los procesos de planeación para elaborar los planes.
- Identificar la coordinación entre las instituciones hospitalarias y la red de urgencias.
- Identificar los programas de información, educación y capacitación en planes de emergencias, dirigidos a funcionarios y a usuarios de las instituciones de salud.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo de corte en 1999. La muestra fue seleccionada entre 26 hospitales de II y III nivel, que han funcionado por más de cinco años, y que además cuentan con servicios de urgencias y con historia de participación en la atención de emergencias y desastres de la ciudad. Se excluyeron los hospitales que por diversas razones no respondieron al estudio. En total, se tiene información de veintiuna instituciones. El Coordinador del Comité o un integrante del Comité de Emergencias o un representante de Salud Ocupacional, suministraron la información.

Los instrumentos utilizados para la recolección de la información fueron un formulario diligenciado por las instituciones y una guía de entrevista y de observación recolectada por los autores.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Aspectos generales

De las veintiuna instituciones entrevistadas, siete se clasificaron como del segundo nivel, diez del tercero y cuatro del primero. El 71% afirmó tener comité de emergencias. Ver cuadro No. 1.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD
SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN Y COMITÉS
DE EMERGENCIA MEDELLÍN, 2000

Nivel de Atención	Comités Emergencias		Total
	SI	NO	
I	3	1	4
II	4	3	7
III	8	2	10
TOTAL	15	6	21

Cuadro No. 1

El comité hospitalario es el responsable de la elaboración de los planes de emergencias y de asegurar su coordinación dentro del hospital y con otras instituciones, Savage.⁷ En el estudio descriptivo realizado por Andrés Álvarez Villegas⁸ en 1996, se encontró que el 70.3% de los hospitales de II nivel y el 54.5% de los de III nivel contaban con comité de emergencias. De los primeros, todos los hospitales pertenecientes a Metrosalud tenían organizado el comité y cuatro de los otros, para efectos de aquel estudio, manifestaron no tenerlo.

El número de integrantes del comité debe limitarse de acuerdo con la participación de las áreas de mayor compromiso en la toma de decisiones y en los procesos de prevención, de seguridad en las instalaciones y de atención a los lesionados. Las relaciones entre los integrantes del comité deben fomentar el trabajo en equipo y la comunicación dentro de la organización. El 40% de las instituciones tiene más de ocho integrantes en el comité. Esto podría traer dificultades para concertar horario de reuniones, tomar decisiones participativas y controlar las actividades rutinarias. Ver figura No. 1.

El comité hospitalario es el responsable de la elaboración de los planes de emergencias y de asegurar su coordinación dentro del hospital y con otras instituciones, Savage.⁷ En el estudio descriptivo realizado por Andrés Álvarez Villegas⁸ en 1996, se encontró que el 70.3% de los hospitales de II nivel y el 54.5% de los de III nivel contaban con comité de emergencias.

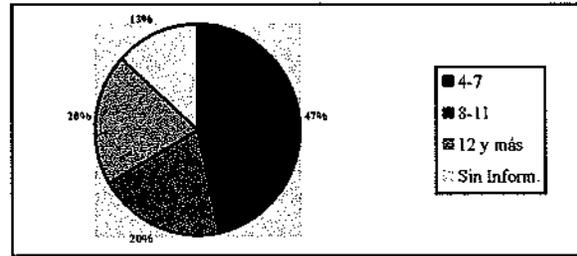


Figura No. 1 Distribución porcentual de integrantes del comités de Emergencias. Medellín, 2000

El plan interno de emergencias se elabora para proteger la vida de los funcionarios, de los usuarios, y los bienes de la institución; el externo para atender a los lesionados y disminuir las incapacidades y la mortalidad de la población, cuando la emergencia o desastre ocurra por fuera del hospital.

A la pregunta sobre el año de fundación del comité, una institución respondió que 1978; cinco, que entre 1983 y 1988 y las seis restantes, después de 1988. Se encontró que estas fechas no tienen relación con la historia legislativa que las reglamenta. En la investigación no se preguntó acerca del tiempo de vinculación del funcionario que contestó la encuesta, y parece ser que la cronología encontrada refleja más la antigüedad del funcionario en la institución que la historia de los acontecimientos, porque se observó que no existe memoria escrita de las actividades en actas o informes.

En el 47% de las instituciones el coordinador del comité tiene un cargo de jerarquía en el hospital, lo que puede facilitar la administración del comité y que se puedan incorporar al plan de desarrollo, políticas, estrategias y financiación, destinadas a la prevención y atención de desastres.

Al indagar acerca de las funciones de coordinación en situaciones de emergencia con los diferentes departamentos del hospital, en más del 38% no se tenía definida la coordinación con los servicios de diagnóstico y tratamiento. Esto podría causar subutilización de los recursos materiales y de personal, aumentar el tiempo de la respuesta y por ende, traer complicaciones y mayores posibilidades de mortalidad a las personas afectadas. Consecuencias similares pueden suceder cuando no hay mecanismos de coordinación con entidades de salud, de socorro y de protección social, como se encontró en este estudio, donde el 43% de las instituciones manifestó tener coordinación con entidades de salud, el 28% con instituciones de socorro, el 24% con el comité de salud del SIMPAD y el 10% con instituciones encargadas de protección social.

PLANES INTERNO Y EXTERNO DE EMERGENCIAS

El plan interno de emergencias se elabora para proteger la vida de los funcionarios, de los usuarios, y los bienes de la institución; el externo para atender a los lesionados y disminuir las incapacidades y la mortalidad de la población, cuando la emergencia o desastre ocurra por fuera del hospital. Para atender con éxito desastres producidos por fenómenos como sismos y emergencias complejas, las instituciones deben contar con ambos planes. En este estudio sólo el 19% cuenta con los dos planes.

PLANEACIÓN

El 72.2% de los hospitales que tienen plan interno tienen nombrado un coordinador. Ver figura No. 2. De 13 instituciones que cuentan con coordinador para el plan interno de emergencias, en el 76.9% es una persona diferente al coordinador del comité de emergencias.

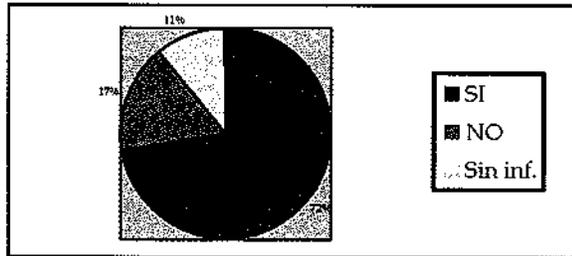


Figura No. 2 Porcentaje de Instituciones con coordinador del Plan Interno. Medellín, 2000

Para la coordinación del plan externo, el 21% de las instituciones asignó la misma persona que coordina el comité, el 72% asignó otro funcionario y el 7% no tiene una persona asignada. El coordinador de cada uno de los planes es el encargado de programar reuniones periódicas, establecer planes anuales de trabajo, informar a la dirección del hospital sobre las actividades que realiza y proponer el plan financiero para la consecución de equipos y materiales necesarios para la atención de las víctimas de los desastres.

En el proceso de elaboración del plan interno se encontró un mayor desarrollo en el análisis de vulnerabilidad, riesgo y medidas de intervención. En menor escala los procesos de evaluación de daños y la asignación presupuestal. Tres instituciones han realizado todo el proceso.

En la elaboración del plan externo se encontró una situación similar al plan interno, con menor porcentaje para el diseño de propuestas de intervención para disminuir los riesgos y la asignación presupuestal para la ejecución del plan. Dos de las instituciones cuentan con todo el proceso. Ver cuadro No.2.

PROCESO PARA DISEÑAR EL PLAN INTERNO. MEDELLÍN, 2000

Actividades del Plan	Plan Externo n 14		Plan Interno n 18	
	SI	%	SI	%
Análisis de amenazas	8	57,1	13	72,2
Análisis de vulnerabilidad	8	57,1	13	72,2
Análisis de riesgo	7	50,0	13	72,2
Medidas de intervención	7	50,0	13	61,1
Proceso de evaluación de daños	2	14,3	11	22,2
Asignación presupuestal			4	16,7

Cuadro No. 2



Grupos de niños jugando en un espacio público. (detalle)
 Dirección: Museo de Historia del Arte, Kunsthistorisches Museum, Viena



Pieter Bruegel, el Viejo, *Luchas de carnaval y cuaresma*, durante el siglo XVII. Kunsthistorisches Museum, Viena.

Sistema de notificación

La notificación es un proceso que permite avisar una situación de emergencia dentro de la institución y entre las instituciones encargadas de atenderla. El tiempo transcurrido entre el aviso y la activación del plan, es de gran importancia para la respuesta que el hospital pueda dar ante un desastre en la ciudad o en la institución, por lo tanto, la elección de un mecanismo ágil, fácil de conocer e interpretar por toda la comunidad hospitalaria, es un criterio que debe tener claro el comité de emergencias.

De las 18 instituciones que tienen plan interno, se encontró que el 72.7% cuenta con mecanismo de alerta y en el 61 % con alarma. De las 14 que cuentan con plan externo, el 92.8% tiene sistema de alerta y el 78.6 % de alarma.

Disponer de un mecanismo de alerta o de alarma, implica tener claro el significado de los mensajes y la interpretación que de éstos debe darse en las señales de los instrumentos utilizados. Los mecanismos más utilizados para alertar son la campana, el altoparlante y el megáfono. En el 14.3% de las instituciones se utiliza como mecanismo de alerta la comunicación con el Centro Regulador de Urgencia y Emergencias (CRUE).

El tipo de mecanismo utilizado para dar la voz de alerta o de alarma, es confundido por algunos hospitales con el informe que debe transmitirse a las instituciones externas y con los mecanismos de comunicación entre el sector salud.

Plan de evacuación

La estructura administrativa para el proceso de evacuación hospitalaria, requiere la organización de un puesto de mando, tener nombrados los coordinadores de área y disponer de brigadas de emergencia. En los hospitales se encontró que el 72% dispone de puesto de mando, el 28% carece de coordinador por áreas, el 88% no cuenta con brigadas de emergencia y el 61% tiene funciones para el comité.

En caso de evacuación del hospital, dos instituciones están en proceso de diseño del plan; el 55% no cuenta con tarjetas de funciones, ni normas para evacuar pacientes; el 50% carece de normas para evacuación de personal: el 39% y el 44% no cuentan con funciones del comité ni funciones del personal respectivamente. Ver cuadro No. 3.

FUNCIONES Y NORMAS PARA LA EVACUACIÓN HOSPITALARIA.
MEDELLÍN, 2000

Funciones y normas	Completas	Índice	Parcial	Índice
Funciones del Comité	11	61.1	2	11.1
Funciones del Personal	10	55.6	2	11.1
Tarjetas de Funciones	8	44.4	2	11.1
Normas para evacuar pacientes	8	44.4	2	11.1
Normas para evacuar personal	9	50	2	11.1

n 18

Cuadro No. 3

Al averiguar cuáles hospitales tenían incluidas las acciones que acompañan la evacuación, el 61.1% dijo tener identificadas las rutas de salida, el 55.6% la señalización y la identificación de los sitios de encuentro y el 28% haber realizado evacuación por áreas.

Plan de intervención

En la organización del plan externo, el 92.8% tiene identificadas las áreas de atención, el 85.7% tiene los mecanismos para la expansión hospitalaria, el 35% no tiene unidad de mando y el 21.4% no tiene señalizadas por colores las áreas de atención. Están establecidas las funciones para el comité y el personal en caso de emergencia externa en el 71.4% y el 86% cuenta con tarjetas de funciones. Dispone de registros de información sobre la identificación y atención en salud de los pacientes el 85.7%; de registros de facturación para el cobro de los servicios de atención a los fondos respectivos el 78.6%.

PRESENCIA DE EMERGENCIAS EN LOS HOSPITALES

En relación con la atención de emergencias, quince reportaron haber atendido alguna, dos contestaron que atendieron emergencias internas y siete externas. Las emergencias internas que más se presentaron fueron los incendios y conatos de incendio. Ver cuadro No. 4.

CLASIFICACIÓN DE EMERGENCIAS INTERNAS PRESENTADAS EN LOS HOSPITALES MEDELLÍN, 2000

Clasificación	Número	Índice
Incendio y conato de incendio	5	62.5
Inundación	2	25
Accidentes	2	25
Atentado terrorista	1	12.5
Sismo	1	12.5

n 18 instituciones

Cuadro No. 4

En ningún caso se incluyeron las emergencias complejas. Es importante conocer qué pasa cuando en los hospitales, con las situaciones resultantes de los atentados terroristas y protestas sociales, se presentan cortes de luz y de agua, suspensión de las comunicaciones, ausencia temporal en la recolección de las basuras, protestas y cese de labores de los funcionarios, pues todos estos eventos pueden llevar a estas instituciones a una emergencia que no es reconocida como tal por las autoridades ni la población. En relación con las emergencias externas, el 61% de las instituciones reportó la atención de víctimas de atentados terroristas y en igual porcentaje, de accidentados. Ver cuadro No. 5. En el registro de emergencias externas atendidas, no se incluyeron accidentes aéreos tales como el del avión de Tampa en el centro de la ciudad o el de Santa Cruz en el Playón de los Comuneros en 1996, ni deslizamientos como el de Villatina en 1987, ni epidemias como la del cólera en 1991. Esto refleja el conocimiento que tiene la persona que contestó la encuesta acerca de la historia de las instituciones, porque al parecer, como ya se dijo, en ninguna de ellas se lleva registro escrito de las emergencias atendidas.

Es importante conocer qué pasa cuando en los hospitales, con las situaciones resultantes de los atentados terroristas y protestas sociales, se presentan cortes de luz y de agua, suspensión de las comunicaciones, ausencia temporal en la recolección de las basuras, protestas y cese de labores de los funcionarios, pues todos estos eventos pueden llevar a estas instituciones a una emergencia que no es reconocida como tal por las autoridades ni la población.

CLASIFICACIÓN DE EMERGENCIAS
EXTERNAS ATENDIDAS
EN LOS HOSPITALES MEDELLÍN, 2000

Clasificación	Número	Índice
Atentado terrorista	8	61.5
Accidentes	8	61.5
Sismo	5	38.4
Intoxicación alimentaria	4	30.7
Inundación	2	15.3
Desplazamiento de población	1	7.6

n 18 instituciones

Cuadro No. 5

Evaluación de los planes

Para probar los planes de emergencia en la ciudad, se ha establecido una rutina de simulacros. El 61% de las instituciones ha realizado simulacros para probar el plan interno de emergencias. De éstas, el 54% realizó el último simulacro en 1998, el 36% en 1999, el 9%, que corresponde a una institución, lo hizo en 2.000. El 21.4% de las instituciones encuestadas no ha realizado simulacro de emergencias externas; el 78.6%, (once instituciones que realizaron simulacros), lo hizo en un 45.5% antes de 1999.

Al indagar acerca del último año en el cual se revisó el plan interno de emergencias, se encontró que el 17% no lo había hecho, que el 38.9% lo hizo en 1999, el 33% en 1998, y las restantes entre 1996 y 1997.

Al preguntar la fecha de actualización del plan externo de emergencias, sin tener en cuenta que se hubiera hecho a través de simulacro o por la revisión sistemática del comité, se encontró que el 50% de las instituciones tiene el plan actualizado en el último año, el resto, antes de éste; existe preocupación acerca de cada cuánto se debe actualizar el plan para que tenga vigencia al momento de ser activado.

Los cambios frecuentes del personal, los cambios en la arquitectura, la crisis hospitalaria, las amenazas existentes en el medio por la problemática social y política que existe en Colombia, son factores que ameritan su actualización permanente.

RED DE URGENCIAS

La red de urgencias apoya la atención de emergencias externas en los hospitales. Los mecanismos de coordinación dentro de la logística, son satisfactorios en lo referente al sistema de referencia y contrarreferencia y registro y comunicación entre las instituciones. El 71% de los hospitales se siente parte de la red, el 78% cuenta con mecanismos para realizar la referencia y contrarreferencia de pacientes, así como el sistema unificado de registro. Entre los componentes de la red, se preguntó sobre aspectos de coordinación y se encontró que los hospitales tienen coordinación entre sí y cuentan con mecanismos de respuesta y de expansión de áreas, debido a las experiencias en el manejo de emergencias y desastres tales como inundaciones, deslizamientos y actos terroristas y también por la legislación que los ha comprometido a reforzar la atención de urgencias. Ver cuadro No.6.

IDENTIFICACIÓN DEL ENTE ADMINISTRATIVO DE LA RED DE URGENCIAS, MEDELLÍN, 2000

Ente Administrativo	Número	Porcentaje
Centro Regulador de Urgencias y Emergencias	10	5.6
Dirección del hospital	3	16.7
Personal disponible	1	5.6
Comité Interinstitucional del Sector Salud	1	5.6
Sistema Municipal de Prevención y Atención de Desastres	1	5.6
Administradora de Riesgos Profesionales	1	5.6
Sin información	1	5.6

n 18

Cuadro No. 6

CAPACITACIÓN

Para la capacitación comprende: inducción, información y educación al personal y a grupos de población. El 66.7% de las instituciones que cuentan con algún plan, no incluye el tema sobre planes de emergencia y desastres en la inducción ni se incluye en los planes la capacitación del personal. Los programas de información en prevención y atención de desastres, a los usuarios y a las brigadas de emergencia se tienen en un 16.7% y 27.7% respectivamente.

Al realizar los procesos de capacitación es importante tener en cuenta que el 100% del personal debe conocer los principios básicos de organización y desarrollo del plan, también se debe incluir el personal sub-contratado como el de servicios generales y vigilancia.

En un hospital, además de los pacientes y funcionarios están los visitantes y estudiantes, es importante conocer la población adicional porque en una emergencia los empleados deben responder por la población no permanente y

flotante, por tanto, se debe mantener el personal entrenado en lo referente a prevención y atención. En la actualidad, el personal de vigilancia, aseo y alimentación puede ser contratado por medio de un intermediario que mantiene una rotación permanente y en el momento de la emergencia, estos funcionarios no conocen los planes de la institución. Cuadro No. 7.

**PROGRAMAS DE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN EN
PREVENCIÓN O ATENCIÓN DE DESASTRES SEGÚN
LA POBLACIÓN. MEDELLÍN, 2000**

Población	Información		Educación	
	Número	Índice	Número	Índice
Los usuarios del Hospital	3	16.7	-	-
Personal del hospital	10	55.6	12	66.7
Las brigadas de emergencia	5	27.7	5	27.7
El comité de emergencia	10	55.6	10	55.6

n 18

Cuadro No. 7

Conclusiones

❖ El 28% de los hospitales reconocen haber tenido alguna emergencia interna y no se observa una motivación para diseñar, adecuar e implementar los planes. El 86% de las instituciones tienen algunas acciones del plan interno, esto sucede posiblemente porque la Resolución N° 1016 del año 1.989⁹ asigna la responsabilidad de la organización y desarrollo del plan de emergencias interno al área de salud ocupacional y a las Administradoras de Riesgos Profesionales. Posiblemente éstas hacen acompañamiento inicial y exigen a las instituciones, la realización de dichas actividades; las instituciones responden y una vez definida la actividad, se da por hecho que la institución cuenta con el plan, despreocupándose el hospital y la ARP de darle continuidad y actualización de los procesos. Conociendo donde empieza el compromiso de las ARP, es importante definir cuándo finaliza éste, si lo hace al tener un plan escrito o en el momento en que todos los funcionarios estén capacitados y preparados para actuar en una emergencia y además cuando se haya intervenido la vulnerabilidad.

❖ Los diseños de los planes y la continuidad de éstos disminuyen por diferentes razones entre otras, los cambios de gobierno que promueven diferentes políticas e inducen a nuevas contrataciones, cambiando la vinculación del personal que pasa de ser vinculado en forma permanente a temporal, además la rotación del personal se hace algunas veces sin importar el área de desempeño en la que ha sido capacitado, todo lo anterior ocasiona rupturas en los programas y desconocimiento de la historia del trabajo en preparativos en desastres en las instituciones. Esto se acentuó después del año 1.992 con la constitución y la legislación en salud, donde cambiaron las relaciones entre el enfermo y el estado, el enfermo y las instituciones, porque el acceso a los servicios de salud de la población empezó a depender del régimen de afiliación al sistema.

Las instituciones son débiles en lo referente al proceso de planeación, pocos incluyen en el presupuesto de la institución una asignación específica para los preparativos en la atención de emergencias externas, además desconocen las amenazas, la vulnerabilidad y el riesgo externo, pero cuentan con mecanismos para resolver la atención inmediata, sin tener en cuenta las amenazas de la ciudad.

❖ Las instituciones son débiles en lo referente al proceso de planeación, pocos incluyen en el presupuesto de la institución una asignación específica para los preparativos en la atención de emergencias externas, además desconocen las amenazas, la vulnerabilidad y el riesgo externo, pero cuentan con mecanismos para resolver la atención inmediata, sin tener en cuenta las amenazas de la ciudad. Sería importante conocer la percepción de las amenazas presentes en la población afiliada y de los posibles clientes, para poder atender en forma específica y oportuna a los lesionados de una emergencia o desastre de gran magnitud.

❖ En relación con la coordinación de la red la mayoría de las instituciones se las atribuyen al CRUE, lo que explica que el concepto de la red desde lo legal y operativo no es claro; desde lo legal la ley establece por medio del Decreto 412 de 1.992¹⁰ que la coordinación debe hacerse a través de los comités de urgencias. Desde lo operativo el CRUE regula las urgencias, pero no se encarga de todos los elementos que componen la red.

❖ Ante la disminución en la realización de simulacros la actualización de planes y la capacitación, la pregunta es, ¿Será falta de dirección y organización del sector salud en el municipio?. ¿Será la falta de apoyo administrativo a nivel de cada institución?. ¿Será falta de interés político?. En la actualidad dentro de las políticas de salud la capacitación al personal del hospital, a las brigadas y comités de emergencias ha dejado de ser prioritaria y la responsabilidad ha pasado a ser del funcionario interesado.

RECOMENDACIONES

- ❖ Fomentar el compromiso institucional con la organización y desarrollo de los planes de emergencia desde la Dirección de Salud y los hospitales.
- ❖ Sensibilizar en los hospitales para que los procesos de planeación y capacitación tengan en cuenta la situación del municipio en lo relacionado con las amenazas, riesgo y vulnerabilidad.
- ❖ Establecer políticas de capacitación en planes de emergencias desde la formación universitaria a los profesionales del área de la salud y a nivel institucional en los cursos de inducción y educación continua.
- ❖ Revisar el compromiso de salud ocupacional en los planes de emergencia hospitalaria y monitorear desde el Ministerio y las direcciones de salud las responsabilidades de las ARP con los hospitales.
- ❖ Estimular el registro de emergencias hospitalarias para conocer la historia y establecer medidas de intervención adecuadas.
- ❖ Trabajar desde lo individual y lo colectivo, el compromiso en la prevención, atención de emergencias y desastres.
- ❖ Analizar las normas relacionadas con los planes de emergencia y su adecuación a la legislación vigente.
- ❖ Conformar un grupo interinstitucional con participación departamental, municipal y las universidades para dicho análisis e implementación. ©



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 *Sistema Municipal de Prevención y Atención de Desastres*, Inventario de desastres naturales, *Notas de archivo del sistema*, Medellín, 1999.
- 2 *Municipio de Medellín*, Estadística Metropolitana, *Archivo del Municipio*, 1996-2000.
- 3 *República de Colombia*, Ley 46 del 2 de noviembre de 1988, *Santafé de Bogotá*, Colombia.
- 4 *República de Colombia*, Decreto 919 de 1989.
- 5 *República de Colombia*, Ministerio de Salud, Resolución 01908, febrero 3 de 1989. *Bogotá*.
- 6 *República de Colombia*, Estatuto de Seguridad Social y de Pensiones, Ley 100 de 1993 y decretos reglamentarios, *Compilado por Ariel Pedraza Cuervo*, 1ª ed., *Leyer*, 1994.
- 7 *Savage, P.E. A.*, Planeamiento hospitalario para desastres, *México, Harla*, 1989.
- 8 *Álvarez, A.*, Preparación de los hospitales de II y III nivel públicos y privados del departamento de Antioquia para atender emergencias y desastres, *Documento de circulación Interna*, Dirección de Salud de Antioquia, Medellín, Agosto de 1996.
- 9 *ibid*
- 10 *República de Colombia*, Ministerio de Salud. Decreto número 412 del 6 de Marzo de 1.992 *Santafé de Bogotá*. p. 41-43.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez A. J. Preparación de los Hospitales de II y III nivel públicos y privados del Departamento de Antioquia para atender Emergencias y Desastres. Documento de circulación Interna. Dirección de Salud de Antioquia. Medellín, Agosto de 1.996.
- Boletín Epidemiológico de Antioquia. Simulacros de emergencias hospitalarias de Antioquia. Año XV N° 3. Julio-Agosto de 1.990. p. 314-322.
- Cardona O. D.. Evaluación de la amenaza, la vulnerabilidad y el riesgo. EN: Los desastres no son naturales. La Red. Capítulo III, 1.993.
- Centro colaborador de la OMS para la promoción y desarrollo de los preparativos para emergencias y desastres en el área académica en salud. Estudio sobre el estado de la enseñanza del componente de desastres en algunas facultades de medicina y enfermería en América Latina. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. 11p.
- Centro colaborador en preparativos para emergencias. OMS/OPS. Reunión de expertos sobre la enseñanza en pre y posgrado de la administración sanitaria en casos de desastre. Madrid, España 1.992. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia.
- Delgado S. Modelo Organizacional para la prevención, atención y recuperación de desastres. Documento del Sistema Medellín, Antioquia. Marzo, 1.994.
- Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Plan de Emergencia Hospitalario. Medellín, Documento de circulación interna 1.997.
- Empresa social del estado Metrosalud. Red de Urgencias, módulo V. EN: El Sector Salud en Atención y Prevención de Desastres, 1.994.
- Florez J. Enseñanza de la administración sanitaria de emergencias en situaciones de desastre en los postgrados de salud pública del área Andina. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia, 1.992.
- Gobernación de Antioquia. Dirección Seccional de Salud. Dirección de Atención a las personas, Sección Red de Urgencias. Peña Carlos Mario. Central de Información y comunicación del Sector Salud. Medellín, 1.996.
- Hincapié M C. y Uribe M T. Conocimiento del Profesional de enfermería sobre Prevención y Atención de Emergencias y Desastres instituciones de Salud de Medellín. Tesis de grado. 1.996.
- Hurtado G et.al. Seminario taller: Planes hospitalarios de emergencia. Manual del participante. Instituto de Ciencias de la Salud -CES-. Medellín, Colombia. 2.000.
- Laverde L A. Experiencias en Prevención y Atención de Desastres - Medellín 1.978-1.989. Memorias foro Metrosalud cinco años Instituto Metropolitano de Salud. Medellín Junio, 1.990.
- Laverde L A y Orrego L D. "Componentes de la Red de Urgencias". Metrosalud. Medellín, 1.991.
- Ministerio del Interior. Plan Nacional para la Prevención y Atención de Desastres. Dirección Nacional para la prevención y atención de desastres. Imprenta Nacional de Colombia. 60p.
- Municipio de Medellín. Alcaldía Municipal. Acuerdo N° 14 de 1.994.
- Municipio de Medellín. Alcaldía Municipal. Decreto N° 377 de Junio 23 de 1.986.
- Municipio de Medellín. Alcaldía Municipal. Decreto N° 1353 de Noviembre 21 de 1.994.
- Municipio de Medellín. Alcaldía Municipal. Decreto N° 1354 de Noviembre 21 de 1.994.
- Municipio de Medellín. Estadística Metropolitana. 1.996-2.000.
- Municipio de Medellín. Plan de Desarrollo de Medellín, 1.998-2.000. Octubre 18 de 1.998.
- Organización Panamericana de la Salud. Crónicas de desastres. Terremoto de Aiquile Cochabamba Bolivia. N°9. Quito, Ecuador - Junio, 2.000. 101p.
- República de Colombia. Ministerio de Salud. Atención de emergencias en el sector salud. I parte. Planificación Bogotá, julio de 1.982. 34p.
- República de Colombia. Sistema Nacional para la prevención y atención de desastres de Colombia. Decreto 919 del 1 de mayo de 1.989.
- República de Colombia. Directiva Ministerial N° 1.
- República de Colombia. Estatuto de Seguridad Social y de Pensiones. Ley 100 de 1.993 y decretos reglamentarios. Compilado por Ariel Pedraza Cuervo. 1 ed.: Leyer, 1.994.
- República de Colombia. Ley N° 46 de Noviembre 2 de 1.988. Santafé de Bogotá.
- República de Colombia. Ministerio de Salud. Decreto N° 1760 de Agosto 2 de 1.990. p. 369-373.
- República de Colombia. Ministerio de Salud. Decreto 1601 del 27 de junio de 1.984.
- República de Colombia. Ministerio de Salud. Decreto 412 de marzo de 1.992. p. 41-43.
- República de Colombia. Ministerio de Salud. Decreto 2759 de diciembre de 1.991. 23p.
- República de Colombia. Ministerio de Salud. Directiva Ministerial número 1 Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres. Santafé de Bogotá, Abril 21 de 1.993. 4p.
- República de Colombia. Ministerio de Salud. Ley 100 de 1.993.
- República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 1802 del 3 de febrero de 1.989.
- República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 01908 de Febrero 3 de 1.989. Santafé de Bogotá.
- República de Colombia. Ministerio de Salud y Trabajo. Resolución 2013 del 6 de junio de 1.986.
- República de Colombia. Ministerio de Salud y Trabajo. Resolución 1016 del 31 de marzo de 1.989.
- República de Colombia. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Decreto 1876 del 3 de agosto de 1.994.
- Savage P.E.A. Planeamiento hospitalario para desastres. México D.F.: Harla, 1.989.
- Sistema Municipal de prevención y atención de desastres. Inventario de desastres naturales. Medellín, 1.999.
- Wilches G. La Vulnerabilidad Global. EN: Los desastres no son naturales. La Red. Capítulo III, 1.993.

