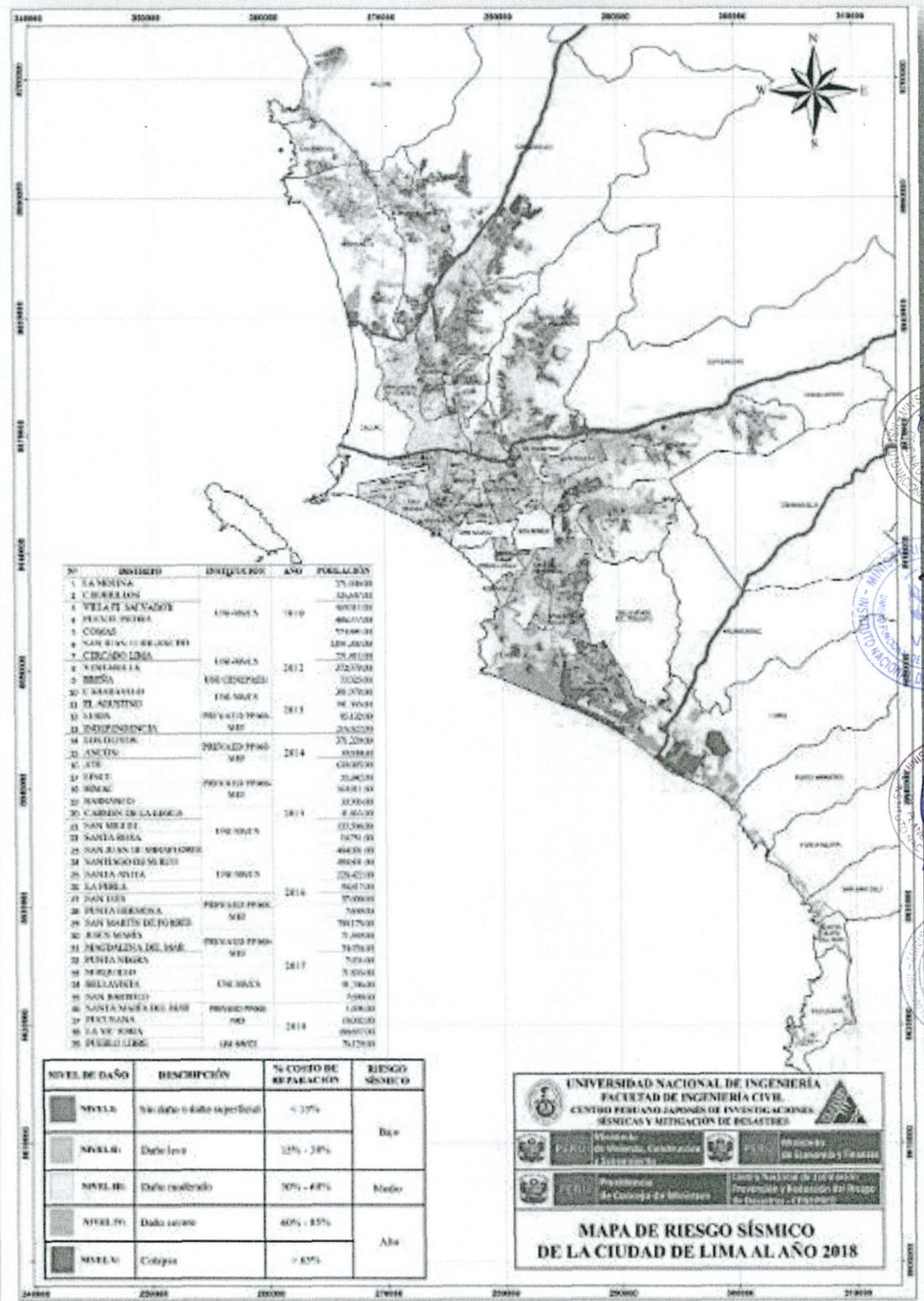




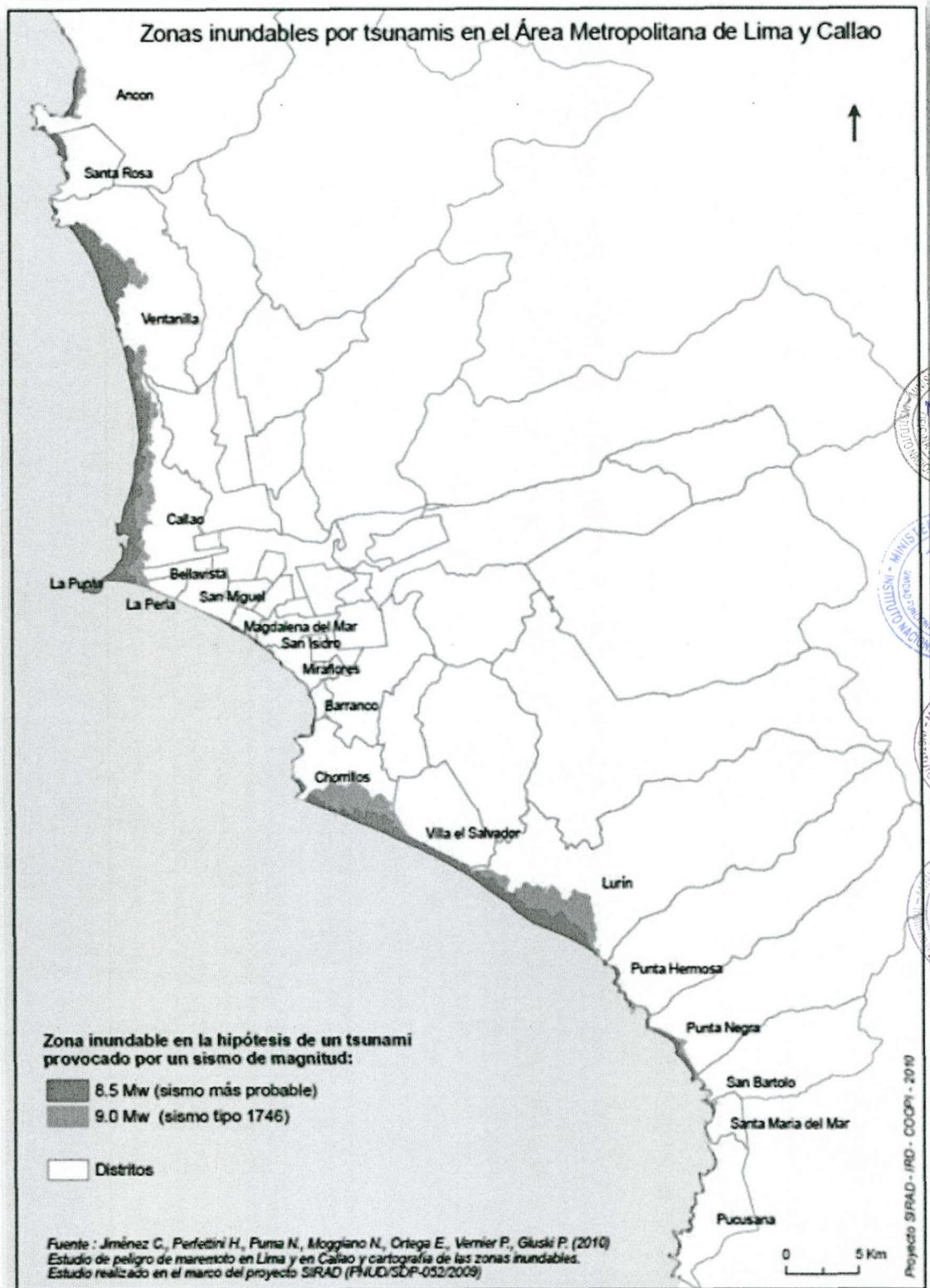
6.1.2 ESTIMACIÓN DE NIVEL DE RIESGO SÍSMICO Y PELIGRO DE TSUNAMI



Mapa de riesgo sísmico de la ciudad de Lima FUENTE: Centro Peruano Japonés de Investigaciones Sísmicas y Mitigación de Desastres CISMID (2018)



MAPA DE ESCENARIO DE INUNDACIÓN POR TSUNAMI PARA LA ZONA COSTERA DE LIMA METROPOLITANA Y EL CALLAO CONSIDERANDO LA OCURENCIA



MINISTERIO DE SALUD - VICEMINISTERIO DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

MINISTERIO DE SALUD - VICEMINISTERIO DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

MINISTERIO DE SALUD - VICEMINISTERIO DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

C. DIAZ H.

MINISTERIO DE SALUD - VICEMINISTERIO DE PRESTACIONES Y ASEGURAMIENTO EN SALUD - INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

J. MEDINA

Fuente: COOPI et. al. (2010) & Tavera (2014)

6.2 ANÁLISIS DE VULNERABILIDAD

6.2.1 DETERMINACIÓN DE LA VULNERABILIDAD

Es la estimación del riesgo y la predisposición a sufrir daños a la salud de las personas, los servicios de salud y el entorno ambiental. De acuerdo con el mapa de riesgo sísmico la zona de cercado de Lima donde se ubica el INCN y sus alrededores tienen un costo de reparación por encima del 60% en las áreas naranjas y hasta por encima del 85% en las áreas rojas, colocándonos en una zona de alto riesgo sísmico con alto costo de reparación por ende un alto grado de vulnerabilidad.

ESTRATIFICACIÓN DEL NIVEL DE VULNERABILIDAD

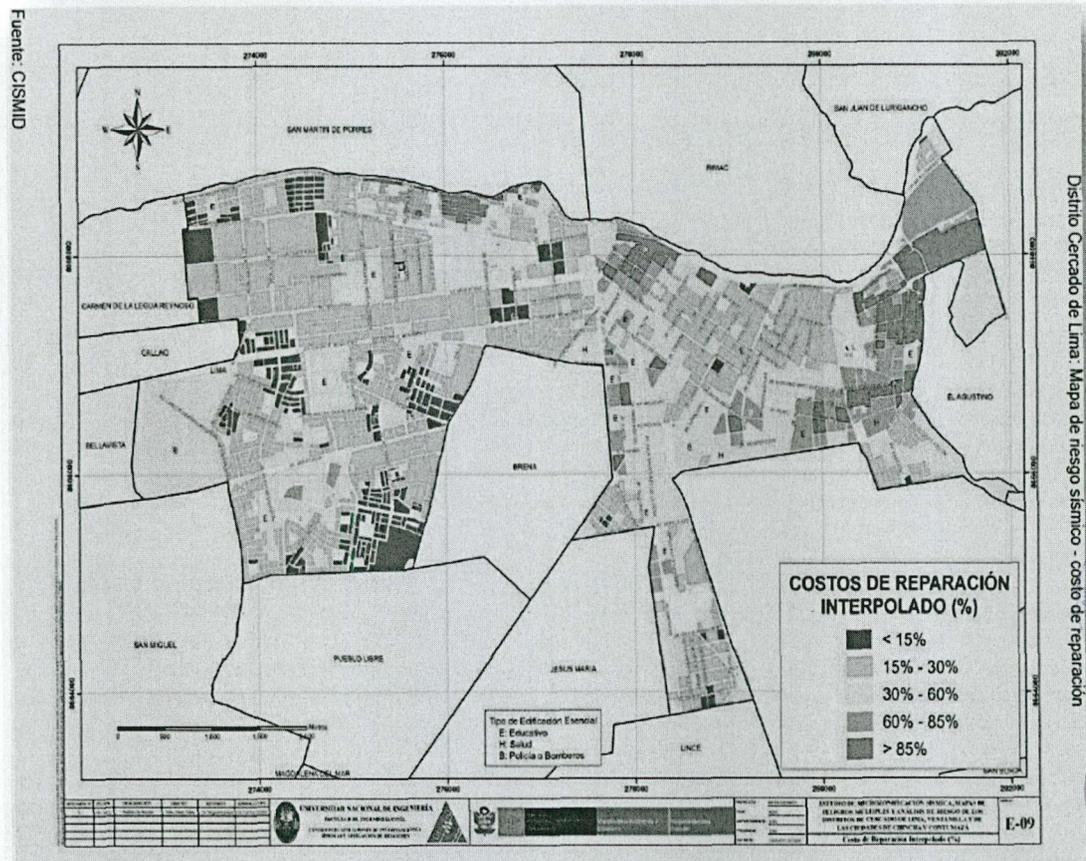
NIVEL	DESCRIPCIÓN	RANGO
Vulnerabilidad Muy alta	Grupo etario comprendido por niños menores 5 y adultos mayores a 65 años (hombres y mujeres), con discapacidad motriz (usar brazo y piernas). Sin ningún nivel de instrucción y hasta nivel inicial. No poseen ningún tipo de seguro y no son beneficiarios a ningún programa social. El tipo de vivienda no está destinado para habitación, otro tipo, su material predominante en techo es caña o estera con torta de barro y solo estera.	$0.275 \leq V \leq 0.459$
Vulnerabilidad Alta	Grupo etario comprendido por niños entre 6 a 11 años de edad, población con discapacidad visual. Solo con nivel de instrucción primaria. Poseen seguro del tipo ESSALUD y SIS y son beneficiarios de programas sociales tales como: vaso de leche, comedor popular, desayuno o almuerzo y canasta alimentaria. El tipo de vivienda es improvisada y/o choza o cabaña, su material predominante en techos es tejas y plancha de calamina.	$0.144 \leq V < 0.279$
Vulnerabilidad Media	Grupo etario comprendido por personas entre 12 a 17 años y 45 a 64 (hombres y mujeres), presentan discapacidad mental o intelectual, así como para oír y hablar. Poseen instrucción a nivel secundaria o superior universitaria y no universitaria; tienen seguro de la FFAA – PNP u otro seguro similar, son beneficiarios de programas sociales tales como: cuna más y papilla o yajita, juntos y pensión 65, otros programas. El tipo de vivienda es en quinta y vivienda en casa vecindad considera también al departamento en edificio, su material predominante en techos es de madera u otro material.	$0.079 \leq V < 0.144$
Vulnerabilidad Baja	Grupo etario comprendido por personas entre hombres y mujeres de 18 a 44 años, sin ningún tipo de discapacidad, presentan nivel de instrucción de tipo posgrado u otro similar, poseen seguro privado y son beneficiarios de programas sociales tales como: techo propio o mi vivienda. El tipo de vivienda es casa independiente, su material predominante en techos es concreto armado.	$0.043 \leq V < 0.079$

Fuente: INEI 2015 / Metodología: CENEPRED – EVAR

NIVELES DE RIESGO	
NIVEL	RANGO
MUY ALTO	$1.101 \leq R < 2.294$
ALTO	$0.433 \leq R < 1.101$
MEDIO	$0.158 \leq R < 0.433$
BAJO	$0.043 \leq R < 0.158$

Elaborado por: SEPRR
Metodología: CENEPRED - EVAR

De acuerdo de los datos reportados por la Municipalidad de Lima Metropolitana (244063 habitantes), el 98% de la población se encuentra en un riesgo medio hacia muy alto de vulnerabilidad, y de estos el 80% está en riesgo medio.) Fuente: INEI 2015 Elaborado por: SEPRR / GDCGRD Metodología: Centro Nacional de Estimación, Prevención y Reducción del Riesgo de Desastres (CENEPRED) – Evaluación de Riesgo (EVAR)



6.2.2 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA VULNERABILIDAD DE RIESGO

Factor de exposición

- a. Personas que asistan a eventos públicos.
- b. Personal de los medios de comunicación.
- c. Autoridades de gobierno.
- d. Personal de primera respuesta.
- e. Población en general.

Factor de fragilidad

- a. Lugares que por motivo de la afluencia masiva de personas produciría una alta vulnerabilidad de riesgo.
- b. Falta de recurso humano en salud para garantizar la atención ante una sobredemanda masiva por algún evento extremo.
- c. Falta de equipamiento e infraestructura adecuada ante el incremento súbito de una sobredemanda de atención de salud.



Factor de resiliencia

- a. Compromiso y trabajo conjunto entre los diversos organismos del Sector Salud: Ministerio de Salud, Sanidad de la Policía Nacional, Cuerpo de Bomberos, Essalud, Sistema Metropolitano de la Solidaridad.
- b. Brigadas institucionales con capacidad de movilización.
- c. Servicio de Atención Móvil de Urgencias y Emergencias – SAMU con cobertura en Lima Metropolitana.

6.2.3 ESTABLECIMIENTO DE SALUD (EN CUANTO AL RIESGO)

El INCN de acuerdo con el Índice de Seguridad Hospitalaria se encuentra en la categoría C, por lo que sus instalaciones no se encuentran en condiciones de proteger adecuadamente a los pacientes y/o personas durante y después de un desastre, presenta desprendimiento de recubrimiento en elementos estructurales, debido a la antigüedad de la edificación en algunas zonas: puerta de ingreso de trabajadores, laboratorio de Neurogenetica, Laboratorio de Neurocisticercosis, distintas salas de hospitalización: San Vicente, El Rosario, Inmaculada entre otras, asimismo presenta las mismas falencias en distintas Áreas Administrativas.

En coberturas prefabricadas con elementos metálicos presencia de corrosión y deterioro. Además, la sensibilización de los integrantes del equipo de Gestión de la institución referente a la importancia de la seguridad de los establecimientos frente a desastres aún es insuficiente al igual que la participación del personal de salud en actividades de Gestión de Riesgo.

Las salas y demás servicios no cuentan con radio VHF, no todos los servicios podrían ser abastecidos con un generador de luz, además de que los kits de brigada no están debidamente equipados con medicamentos para satisfacer la demanda.

6.2.4 ESTIMACIÓN DEL RIESGO

PELIGRO	EFECTOS
TERREMOTO	Afectación o destrucción parcial de la estructura de los establecimientos de salud Incremento de la demanda de pacientes Traslado de pacientes
EPIDEMIAS	Incremento de la morbilidad y mortalidad de personal asistencial y administrativo del hospital Sobredemanda en la Emergencia (Adultos y pediátrico)
LLOVIZNAS PERSISTENTES EN FENOMENOS DEL NIÑO O NIÑO COSTERO	Afectación o destrucción parcial de la estructura de los establecimientos de salud (filtración de techos) Traslado de pacientes
EXPLOSIONES	Incremento de la demanda de pacientes con quemaduras y otras lesiones
INCENDIOS	Incremento de la demanda de pacientes con quemaduras y otras lesiones
ACCIDENTES DE TRANSITO	Incremento de la demanda de pacientes politraumatizados y otras lesiones asociadas
CONFLICTOS SOCIALES	Incremento de la demanda de pacientes con traumatismos, heridas por PAF y otras lesiones punzo-penetrantes.





6.2.5 DAÑOS A LA SALUD

PELIGRO		VULNERABILIDAD		RIESGO A LA SALUD	
PELIGRO	DESCRIPCIÓN	ELEMENTOS EXPUESTOS	FACTORES DE VULNERABILIDAD	TIPO DE DAÑO ESPERADO	CANTIDAD PROBABLE
SISMO DE GRAN MAGNITUD	Evento súbito de movimiento del suelo como consecuencia de la liberación de energía por causas internas de la tierra.	Trabajadores del INCN Pacientes y familiares del INCN. Población Vecina.	Infraestructura antigua y deteriorada. Infraestructura Inadecuada para funcionamiento de Hospital. Falta de preparación para responder ante sismos.	Traumatismos Síndrome ansioso Poli contusos	Colectivo Masivo
INCENDIOS Y EXPLOSIONES	Fuego que rebasa la capacidad de respuesta en el sitio donde se origina y con posibilidad de propagarse o generar más daños.	Trabajadores del INCN Pacientes y familiares del INCN. Comunidad.	Falta de preparación para responder a incendios. Almacenamiento de material inflamable. Inexistentes medidas de seguridad.	Quemaduras Asfixia Síndrome ansioso Poli contusos	Individual Colectivo
ACCIDENTE DE TRÁNSITO MASIVO	Accidente que ocurre sobre la vía, súbito e inesperado, determinado por condiciones y actos irresponsables previsible	Conductores y Transeúntes de calles cercanas.	No respetar las Señales de Tránsito Exceso de velocidad Calles en mal estado Calles invadidas por ambulantes Vehículos en mal estado	Traumatismos Síndrome ansioso Poli contusos	Individual Colectivo
ENFERMEDAD VIRAL POR CONTAGIO MASIVO	Un virus es un agente infeccioso microscópico celular que solo puede replicarse dentro de las células de otros organismos.	Población Vecina.	Insuficientes medidas de autoprotección. Falta de cultura de prevención de salud.	Enfermedades Respiratorias crónicas descompensadas Síndrome ansioso	Colectivo Masivo
CONFLICTOS SOCIALES	Condición intencional de crear confusión y con inminente afectación a la vida de las personas y a la infraestructura de la aglomeración.	Población Vecina.	Exposición a población con conductas temerarias. Insuficientes medidas de seguridad.	Síndrome ansioso Poli contusos	Colectivo Masivo
INTOXICACIÓN MASIVA POR INGESTA DE ALIMENTOS CONTAMINADOS	Agua y alimentos contaminados por la inadecuada manipulación, conservación y almacenamiento	Trabajadores del INCN Pacientes y familiares del INCN. Población Vecina.	Insuficientes medidas de autoprotección. Falta de cultura de prevención de salud.	Intoxicación Deshidratación Enfermedades digestivas crónicas descompensadas Síndrome ansioso	Colectivo Masivo





6.3 ACCIONES DE RESPUESTA FRENTE A EVENTOS ADVERSOS

6.3.1 ORGANIZACIÓN

La organización estará a cargo de la Unidad Funcional de Gestión del Riesgo, Prevención y Atención de Emergencias y Desastres en coordinación la Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud (DIGERD), para el presente plan de respuesta se establecerá a nivel local el sistema de comando de incidentes – SCI hospitalario.

6.3.2 CONDUCCIÓN

Se realizará la declaración de alerta oportuna correspondiente a la situación presentada, a fin de que se adopten o ejecuten acciones para asegurar la adecuada atención y control de la emergencia o desastre en el ámbito de responsabilidad del Ministerio de Salud (MINSA).

Tal decisión será comunicada de manera inmediata a los responsables de ejecutar las acciones de respuesta empleando los medios y mecanismos previstos en el plan de contingencia respectivo.

La conducción interna de la emergencia estará a cargo de la Dirección General del INCN conjuntamente con el Grupo de Trabajo de Gestión de Riesgos de Desastres del INCN.

6.3.3 COORDINACIÓN

Se realizarán las coordinaciones con las entidades de salud para lograr la participación interinstitucional en la provisión de servicios de apoyo necesarios para la ejecución efectiva de las actividades previstas en el Plan de Respuesta:

INSTITUCIÓN	APOYO
Policía Nacional del Perú	<ul style="list-style-type: none"> Seguridad a las instalaciones de salud previstas en el presente Plan. Mantenimiento de la transitabilidad desde los puntos de atención en foco hacia los establecimientos de referencia.
Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú:	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad de los recursos médicos del CGBVP para su movilización en caso sea necesario. Participación del CGBVP en el comando en salud.
Seguro Social de Salud	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad de los recursos médicos de ESSALUD para su movilización caso necesario. Implementación de la alerta roja en los establecimientos de ESSALUD definidos en el presente Plan. Participación del CGBVP en el comando en salud.
Municipalidades	<ul style="list-style-type: none"> Facilidades para la instalación de los puestos médicos de primera contención y ambulancias. Mantenimiento de vías desde puntos de primera contención a establecimientos de salud definidos en el presente Plan.





6.3.4 RESPUESTA

Se inicia con la declaración de alerta roja: comprende el conjunto de acciones y actividades que se ejecutan ante la verificación de ocurrencia de daños que para su atención se requiere la movilización de recursos adicionales a los habitualmente disponibles para emergencia.

ACCIONES PARA REALIZAR DE ACUERDO CON EL NIVEL DE ALERTA

Estado de Alerta	Condición	Acciones	Preparativos	Activación del PLAN
Alerta Verde	Normal	Monitoreo de la información	Los responsables monitorean los peligros in situ	Observación, revisión de planes - DIRESA, GERESA, DIGERD)
Alerta Amarilla	Peligro inminente	Preparación	Se preparan las alarmas y se revisan las rutas de evacuación, y se alerta a los PMA, PSS, Ambulancias y Hospitales ante cualquier emergencia.	Alistamiento y disponibilidad de los recursos locales disponibles y del personal entrenado (en algunos casos implica desplazamiento institucional)
Alerta Roja	Emergencia Real	Impacto y respuesta	Para eventos súbitos como sismos puede ser muy complicado tener los procesos previos y demás emergencias se entra en respuesta	Respuesta institucional, interinstitucional y comunitaria total (según lo previsto). Se prevé coordinación a nivel nacional

6.3.4.1 FUENTES DE NOTIFICACIÓN DE LA EMERGENCIA

- Reporte de brigadista en servicio
- Comunicación de equipos de primera respuesta
- Fuente abierta

6.3.4.2 MEDICO JEFE DE GUARDIA REALIZA EN FOCO: EVALÚA SITUACIÓN

Situación	Acción
1. La situación es controlada con los recursos disponibles para la atención de emergencias.	1. Inicia atención de acuerdo con protocolos institucionales.
2. Se requieren recursos adicionales a los habitualmente disponibles para la atención de emergencias.	1. Establece el Sistema de Comando de Incidentes. 2. Asume el Comando de Salud – CS. 3. Dispone el establecimiento del Área de Concentración de Víctimas. 4. Transfiere el mando al arribo de autoridad competente.

**6.3.4.3 EMED – SALUD EVALÚA SITUACIÓN REPORTADA:**

Situación	Acción
1. La situación puede ser controlada con recursos disponibles según los niveles de emergencia.	1. Comunica situación a responsable de salud de turno comprometido. 2. Hace el seguimiento de la situación.
2. Se requieren recursos adicionales a los disponibles según los niveles de emergencia.	1. Informe situación a Coordinador Técnico.

6.3.4.4 RESPONSABLE DE INCN:

Situación	Acción
Se requiere movilizar recursos adicionales para la respuesta a emergencia.	1. Declarada la Alerta por el Minsa al establecimiento de salud necesarios para la respuesta a la emergencia. 2. Activa el Espacio de Monitoreo Permanente del INCN. 3. Dispone la movilización de las brigadas correspondientes. 4. Se apersona al foco de la emergencia. 5. Asume el Comando en Salud. 6. Instala el Área de Concentración de Víctimas – ACV

**6.3.4.5 COORDINADOR TÉCNICO DE LA UFGRD**

Situación	Acción
1. Se requiere movilizar recursos adicionales a los habitualmente disponibles para la atención de emergencias, sin sobrepasar la capacidad local.	1. Declarada la alerta para el establecimiento de salud necesarios para la respuesta a la emergencia. 2. Dispone la movilización de brigadas de Intervención Inicial según necesidad. 3. Se apersona al foco de la emergencia. 4. Asume la coordinación como órgano de apoyo a la Dirección General en la instalación del Comando en Salud.
2. El control de la situación requiere de recursos complementarios a los disponibles en el nivel local.	Además de las anteriores: 5. Informa la situación al MINSa





6.3.4.6 IDENTIFICACIÓN DE UN CASO SOSPECHOSO O PROBABLE DE ALGUNA ENFERMEDAD SUJETA A VIGILANCIA CON POTENCIAL EPIDÉMICO:

La identificación de casos será a través de diferentes fuentes:

- Sedes de Vigilancia Epidemiológica: puestos médicos de avanzada; Red de establecimientos de salud de referencia en el marco del evento. Otros: SAMU/Unidades móviles.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica.
- Sistema de Vigilancia de eventos sanitarios en medios de comunicación masiva.

6.3.5 PROCEDIMIENTOS PARA EVACUACIÓN DEL INSTITUTO

Responsables de evacuación: Personal previamente capacitado y seleccionado en la fase de preparación para tal fin según plan de seguridad, idealmente es el personal de mayor permanencia en el área que corresponde evacuar.

Seguir las rutas de evacuación y círculos de seguridad: La evacuación del personal de salud es vital para salvar vidas en casos de desastres.

Tiempo estimado del procedimiento de evacuación: 50 minutos

Procesos de evacuación:

- Personal reconoce la amenaza y procede a evacuar con dirección a su círculo de seguridad previamente designado por la ruta de evacuación descrita.
- El personal debe sujetarse de barandas si baja escaleras y evitar correr.
- El personal responsable que tenga mochila de supervivencia por oficina podrá llevarlo siempre y cuando lo tenga a disposición y ello no ponga en peligro su evacuación.
- Las puertas de emergencia antipánico se abren en el sentido de evacuación sin dificultad, en aquellas puertas que dispongan de llave por seguridad deberá generarse un plan de contingencia con la jefatura del servicio correspondiente para evitar complicaciones en la evacuación bajo responsabilidad de la jefatura del servicio que no dispone puerta antipánico. Una vez reunidos en el círculo de seguridad deberán permanecer unidos hasta que el movimiento haya cesado o hasta que se determine que el peligro ha cesado.
- El primer paso luego de la evacuación es revisarse físicamente y constatar que no padece de ninguna lesión física, revisarse entre sí para estar seguro de ello, con frecuencia con el stress y el impacto del momento las personas no se percatan de lesiones inadvertidas en el cuerpo no visibles como espalda, cabeza.
- Segundo: Deberá enviar un mensaje de texto o a través de redes sociales comunicando a sus familiares que se encuentran a salvo y de ser posible enviar foto del lugar exacto donde están. No usar líneas telefónicas o celulares.
- Luego de envió de mensaje de texto, si usted es líder de seguridad dirija al personal y pacientes a las zonas seguras descritas en el plan. El líder de seguridad dispone de una mochila roja para su reconocimiento.
- Si usted no es líder de seguridad busque a uno y siga sus instrucciones.



- Este atento a las recomendaciones y espere ser censado por el personal de EDAN (el líder de seguridad colabora con esta misión de censo).
- El líder de seguridad deberá buscar coordinación con el equipo de EDAN y Jefe de Operaciones para el censo y la atención de víctimas según sea el caso.
- Ninguna persona del círculo de seguridad abandonara la zona hasta ser registrada y haberse comunicado con sus familiares, salvo que la zona sea no segura.

6.3.6 ACTIVACIÓN DEL SISTEMA DE COMANDO SALUD – HOSPITALARIO

Las funciones para desempeñarse en el esquema organizacional del Sistema de Comando de Incidentes, es el siguiente:

- **Comandante de Incidente:** Persona que ejerce el liderazgo, plantea las estrategias y define las funciones del esquema básico del sistema de comando de incidentes. Establece la ubicación del Puesto de Comando de Salud en el cual se ubica físicamente, así como las herramientas (planes, mapas de anillos de contingencia, formatos EDAN).
- **Oficial de Enlace:** Persona que efectúa las gestiones de coordinación con otras entidades de primera respuesta, DIGERD, SAMU, Hospitales.
- **Oficial de Información Pública:** Persona que prepara la información para la prensa sobre la evaluación de daños y estado de atención de la emergencia por niveles.
- **Oficial de Seguridad:** Persona que coordina con la Policía Nacional del Perú (PNP), serenazgo y entidades de seguridad privada para efectuar y mantener los cordones de seguridad establecidos.
- **Jefe de Operaciones:** Persona que coordina la ubicación y utilización de las áreas de expansión y en anillos de contención para los Puesto Medico de Avanzado PMA, hospitales de campaña, unidades móviles (ambulancias). Reporta al comandante de incidente y coordina con oficiales, jefe de planificación, jefe de logística y jefe de presupuesto.
- **Jefe de Logística:** Persona del Centro de Monitoreo de Emergencia (CME) Salud que dispone del inventario de recursos humanos, insumos, medicamentos, equipamiento biomédico disponible en los PMA, ambulancias y Establecimientos de Salud (EES) focalizados para la atención en los anillos de contención. Conforme los escenarios de riesgo se materialicen, determina la brecha de recursos y reporta al COEN.
- **Jefe de Administración y Finanzas:** Persona que determina el presupuesto del plan de contingencia, así como los requerimientos para las brechas en tiempo real conforme los niveles de escenarios de riesgo se presenten.
- **Jefe de Planificación:** Persona que prepara y divulga el Plan, registra y lleva el control del estado de los recursos, planos, entre otros.





6.4 ACTIVACIÓN DEL PLAN

Confirmada la notificación del evento, la máxima autoridad llamará inmediatamente a los miembros de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos y Desastres (UFGRD). **La máxima autoridad tendrá la denominación de comandante de Incidente.**

Los jefes son los responsables de llamar a su vez, a los miembros que conforman las áreas bajo su mando. Si tienen dificultades en la comunicación deberá comunicar la situación a Jefe de Estadística-Informática y Telecomunicaciones quien tiene la responsabilidad de efectivizar la cadena de llamadas en estas condiciones a través de directorio telefónico o redes sociales.

Solo la máxima autoridad, declara la situación de emergencia y activa el plan y activa el SCI.

Eventos que ameritan la activación del Plan:

- Sismo de gran magnitud.
- Conflicto social con gran impacto que salud y que genera riesgos a la operación del hospital y la salud de los asegurados
- Brotes epidémicos de dengue, influenza, cólera y otras enfermedades de gran impacto en la salud de la población
- Incendios urbanos de gran magnitud.
- Otros eventos adversos que exceden la capacidad de respuesta del hospital.

6.4.1 IDENTIFICACIÓN, NOTIFICACIÓN Y REPORTE DEL EVENTO A LA MÁXIMA AUTORIDAD PRESENTE

a) *Recabar y registrar los siguientes datos básicos del evento:*

- ✓ Tipo y magnitud del evento adverso
- ✓ Zona afectada
- ✓ Día y hora de ocurrencia
- ✓ Daños registrados a la salud
- ✓ Tipo, cantidad y gravedad de heridos
- ✓ Cantidad y gravedad de heridos en transporte al hospital, hora de salida y tipo de vehículo utilizado
- ✓ Acciones de control que se han implementado y las instituciones de socorro presentes en la zona
- ✓ Nombre del informante y medio de comunicación utilizado

b) *Completado el registro, es fundamental establecer la validez de los datos recibidos: si la fuente no es confiable, el operador devolverá la llamada al informante. De no haber respuesta, confirmar o descartar la información a través de otras fuentes.*

c) *Confirmada la información, se comunicará inmediatamente a la máxima autoridad presente en el hospital. La máxima autoridad es el director del Hospital, en ausencia del director será el jefe de turno en Emergencia.*

En casos de eventos como sismos de gran magnitud que afectan la ciudad de Lima u otros eventos de impacto súbito que son observables o percibidos en el Instituto, no se requiere la comprobación de la información.



6.4.2 CADENA DE LLAMADAS

La cadena de llamadas involucra la comunicación por vía telefónica y/o por mensajería personal, con las instituciones de primera respuesta y de apoyo, necesarias en la fase de impacto, para lo cual dentro del modelo organizacional adoptado existe un responsable de Enlace interinstitucional como miembro del Sistema Comando de Incidentes (SCI).

- ✓ El director se comunica con la DIRIS LIMA CENTRO y otros prestadores de salud en caso sea necesario para coordinar la respuesta con bajo el enfoque de red integrada.
- ✓ El secretario técnico, Responsable de la GRD en el Instituto, se comunica con las comisiones del GTGRD de la Red Asistencial, bomberos, policía y otros organismos en caso sea necesario.
- ✓ El jefe del departamento de Emergencia y cuidados críticos se comunica con los jefes de los departamentos, quienes a su vez se comunican con los jefes de servicio, y estos con el personal a su cargo.
- ✓ El Coordinador de brigadas, se comunica con el responsable de cada brigada, y éstos con los integrantes de la brigada.
- ✓ La cadena de llamadas involucra la comunicación vía telefónica, celular, radial y la mensajería personal.

6.4.3 EMISIÓN DE ALARMAS:

a) Emergencia / Desastre Externo

- ✓ **Nivel I:** En caso de emergencias externas nivel I se activará la alarma mediante el uso de las sirenas de las ambulancias del Servicio de Emergencia.
- ✓ **Nivel II:** En caso de emergencias externas nivel II se activará la alarma mediante el perifoneo del personal por medio de los altavoces del hospital, así mismo se comunicará por medio de teléfonos fijos o celulares al personal de reten.
- ✓ **Nivel III:** En caso de emergencias externas nivel III se activará la alarma mediante el perifoneo del personal del servicio a través de los altavoces, así mismo se comunicará a través de teléfonos celulares (o en caso contrario a través del medio de comunicación disponible en ese momento) al director del Hospital, OGDN y personal de reten.

b) Emergencia / Desastre Interno:

Activación de la alarma mediante la clave de emergencia, para las emergencias internas:

- ✓ **Incendio:** A través de la Brigada de lucha contra incendios se deberá interrumpir el fuego y flujos de energía, gases y líquidos inflamables; disponiendo que las personas expuestas se alejen del fuego y humo, inmediatamente se deberá notificar a la central de comunicaciones para el apoyo por parte de los bomberos, iniciando la evacuación en caso de que el fuego escape al control.





- ✓ **Inundación/aniego:** A través de la Brigada de Protección y Evacuación, interrumpir los flujos de energía y líquidos inflamables, e iniciar la evacuación a las zonas altas del servicio de Emergencia; notificando inmediatamente a la central de comunicaciones para el apoyo de las instituciones respectivas.
- ✓ **Colapso estructural:** A través de la Brigada de Protección y Evacuación, dar la alarma de inmediato e iniciar la evacuación de las zonas de riesgo, hacia las zonas de seguridad externa, comunicando de inmediato a la Central de Comunicaciones; posteriormente la Brigada de Búsqueda y Rescate realizará las funciones preestablecidas una vez que la zona haya sido evaluado como segura.
- ✓ **Contaminación:** Se dará la alarma de inmediato, comunicando a la Central de comunicaciones para el apoyo de las instituciones respectivas. En caso de ser necesario evacuar las zonas siniestradas, aplicando las medidas de bioseguridad respectivas.

¿Qué actividades se realizan?	¿A qué hora pos evento se realizan las actividades?	¿Quién realiza las actividades?	¿Dónde se realizan las actividades?	
1. Conducción de la Emergencia				
a. Reunión del grupo de trabajo de gestión del riesgo a desastres	Dentro de las 4 horas	Máxima autoridad del hospital	Sala de reuniones de la Dirección del hospital o COE hospitalario	
b. instalación de Sistema de Comando de Incidentes Hospitalario (SCIH)				
c. Evaluación de la situación generada por el evento adverso				
d. Declaración de la Alerta según el evento en el hospital.		GTGRD		
e. Activación del plan de operaciones de emergencia				
f. Coordinación con la red asistencial de La Diris Lima Centro.				
g. Coordinación con DIRESA, COE-Salud, COER con otras entidades de respuesta	Dentro de las 12 horas	GTGRD		
h. Monitoreo y evaluación de la implementación del plan hospitalario de operaciones de emergencia	Dentro de las 24 horas, y luego permanente	GTGRD		
i. Declaración del fin de la emergencia	Depende del evento adverso	Máxima autoridad del hospital		Sala de reuniones de la Dirección del hospital o COE hospitalario
j. Elaboración del reporte de atención de la emergencia	Cuando se declare el Fin de la emergencia	GTGRD		



2. Gestión de la información			
a. Implementación de la sala de situación	Dentro de las 8 horas	Responsable de UGRD Y Epidemiología	Sala de reuniones de la Dirección del hospital o COE hospitalario
b. Elaboración del reporte de daños, y necesidades urgentes	Dentro de las 12 horas	EQUIPO TECNICO DE LA UFGRD	
c. Consolidación de información sobre víctimas atendidas en el hospital y hospitales de campaña instalados en su área de expansión	Dentro de las 24 horas, y permanente	UFGRD y Epidemiología	
3. Prestaciones Asistenciales			
3.1. Atención Hospitalaria			
a. Recepción y direccionamiento de las víctimas que ingresan al hospital	Conforme lleguen las víctimas	Equipo de triaje	Puerta de ingreso del INCN
b. Triage: evaluación y categorización con tarjetas. Si los pacientes traen tarjetas de triaje se desglosará la parte correspondiente a la evaluación en el hospital	Inmediato luego de la recepción de las víctimas		
c. Estabilización y atención de emergencia de víctimas prioridad I (Rojo)	Inmediato	Equipo de atención prioridad I – Departamento de Emergencia	Shock – Trauma Emergencia Centro quirúrgico UCI PMA (Unidad Móvil)
d. Estabilización y atención de emergencia de víctimas prioridad II (Amarillo)	Inmediato	Equipo de atención prioridad II Dirección de Neurología	PMA (Unidad Móvil) Carpa Amarilla
e. Estabilización y atención de emergencia de víctimas prioridad III (verde)	Conforme a demanda y evaluación	Dirección de Neurocirugía	PMA (Unidad Móvil) Carpa Verde
f. Cuidado y observación de emergencia de víctimas politraumatismos leves (Azul)	Conforme a demanda y evaluación	Dirección de Neurocirugía	PMA (Unidad Móvil) Carpa azul
g. Realización de exámenes de laboratorio y de imágenes de emergencia, y envío de resultados a los servicios de atención	Conforme a la prioridad de la víctima	Equipo de apoyo al diagnóstico y tratamiento	Diagnóstico por imágenes Patología clínica
h. Gestión de cadáveres al interior del hospital, y coordinación para el traslado.	Dentro de las 12 horas	DIRIS Lima Centro	Mortuario y zona de expansión
i. Censo hospitalario de las víctimas atendidas	Dentro de las 12 horas, y permanente en caso necesario	Oficina de Estadística	En las áreas de atención del INCN



3.2. Traslado de víctimas			
a. Coordinación para el traslado de pacientes a otro hospital u establecimiento de mayor complejidad	Dentro de las 8 horas, y permanente en caso necesario	Oficina de Referencia	Emergencia
b. Coordinación para el traslado de pacientes a establecimientos de menor complejidad		Servicio de enfermería consulta externa	
c. Preparación de los pacientes para el traslado			
d. Registro de pacientes referidos y contra referidos	Dentro de las 12 horas, y permanente en caso necesario	Oficina de Referencia	
3.3. Salud mental			
a. Primeros auxilios psicológicos a las víctimas internas y externas	Dentro de las 72 horas	Servicio de psicología	En las áreas de Atención de víctimas del INCN
b. Apoyo psicológico a los familiares de las víctimas y personal de salud	Dentro de los 7 días		
4. Soporte Administrativo			
4.1. Protección del personal			
a. Atención de personal herido dentro del INCN	Inmediato	Brigadas Hospitalarias	En las áreas de atención del INCN
b. Evacuación del personal y pacientes de las áreas afectadas y en riesgo de afectación, hacia zonas seguras dentro del perímetro del hospital.	Dentro de las 4 horas	Brigadas Hospitalarias	
c. Restricción de la circulación de personas por las áreas afectadas. Se delimitará un perímetro de seguridad acorde al tipo de evento			
d. Entrega de equipos de protección personal en caso sea necesario		Servicio de farmacia	



4.2. Protección de bienes instalaciones			
a. Valoración rápida de los daños	Dentro de las 4 horas	Oficina de Servicios Generales (Oficina de Mantenimiento)	En las áreas afectadas del INCN
b. Cierre temporal de áreas y ambientes con probable daño generado por el evento		Oficina de Servicios Generales (Oficina de Mantenimiento)	
c. Protección de las áreas críticas del INCN			
d. Resguardo de los equipos biomédicos			
d. Coordinación con serenazgo y policía para la seguridad perimétrica y externa	Dentro de las 8 horas	Oficina de Servicios Generales (Oficina de Mantenimiento)	En las zonas afectadas del hospital
e. Reforzamiento de la seguridad interna		Oficina de Servicios Generales (Oficina de Mantenimiento)	
f. Control de incendios, inundaciones y escape de sustancias peligrosas	Inmediato	Oficina de Servicios Generales (Oficina de Mantenimiento)	En las zonas afectadas del hospital
g. Coordinación con bomberos para el control de incendios	Depende de la situación	Con Apoyo de los Bomberos	En las zonas afectadas del hospital
h. Coordinación para la Implementación de procedimiento de emergencia para manejo de residuos	Dentro de las 24 horas	Oficina de Epidemiología Oficina de Servicios Generales (Oficina de Mantenimiento)	
4.3. Reorganización de la oferta de salud			
a. Redistribución de ambientes y acondicionamiento de las áreas de hospitalización y consultorios	Dentro de las 4 horas	Dirección General y Dirección Administrativa	Consulta externa y servicios de hospitalización y PMA
b. Actualización diaria de listado de pacientes hospitalizados.		Oficina de Estadística	Servicios de hospitalización y PMA
4.4. Gestión de suministros			
a. Preparación de kit de medicamentos e insumos de emergencia, y entrega a las áreas de atención	Dentro de las 4 horas	Servicio de Farmacia	Farmacia
b. Entrega de materiales e insumos para la atención médica y operación de los servicios		Servicio de farmacia Responsable de las áreas de atención del paciente	Farmacia





c. Evaluación de la dotación de medicamentos e insumos médicos, y mantenimiento de stock crítico	Dentro de las 8 horas, y permanente	Servicio de farmacia Servicio de diagnóstico por imágenes Servicio de patología clínica	Laboratorio, diagnóstico por imágenes y farmacia
d. Mantenimiento de stock de unidades de sangre		Servicio de hemoterapia y banco de sangre	Banco de sangre
e. Coordinación con Empresa de Agua para el abastecimiento de agua	Dentro de las 24 horas	Responsable del área administrativa	
f. Coordinación para abastecimiento de combustible, gases medicinales y otros insumos			
e. Solicitud de reposición de los medicamentos e insumos médicos utilizados.			

6.4.4 TRASFERENCIA DE MANDO

Terminado cada turno el comandante de incidente con su equipo de trabajo y cada Jefe de Brigada de trabajo deberán efectuar la transferencia de mando de manera presencial y de ser factible en forma escrita dejando constancia de:

- Situación encontrada
- Acciones tomadas durante su turno
- Problemas presentados y soluciones efectuadas
- Pendientes de efectuar
- Recursos humanos con los cuales laboró
- Equipamiento disponible

6.4.5 RED DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS

- a) Activado el plan, la persona responsable de las Referencias y Contrarreferencias debe de contactarse con los establecimientos y Hospitales para dar a conocer su condición de emergencia.
- b) De acuerdo con la condición de los heridos por arribar a los establecimientos de salud, se debe de alertar a otros centros de otra complejidad para dar a conocer la posibilidad de transferencia. Se debe de confirmar la aceptación de la referencia bajo responsabilidad de la institución receptora.
- c) Los directorios telefónicos de CENTROS HOSPITALARIOS, MINSA, OFICINA GENERAL DE DEFENSA NACIONAL, ESSALUD, POLICIA, BOMBEROS deben estar disponibles en el Servicio de Emergencia y en la UFRD.
- d) Se debe de valorar en función a las necesidades iniciales el traslado de personal de otros centros asistenciales al hospital.
- e) Las comunicaciones con la central de referencia y contra referencia se debe de mantener hasta la finalización de la emergencia, la misma que debe ser comunicada.





6.4.6 COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES

Una vez declarada la emergencia, la máxima autoridad, designará un responsable para hacer contacto vía telefónica y/o por mensajería personal con las instituciones de primera respuesta, tales como bomberos, Cruz Roja, Organización No Gubernamental (ONG) especializadas; así como con instituciones de apoyo tales como Policía Nacional, Fuerzas Armadas, empresa de agua, municipios, empresa privada y otros, para solicitar la ayuda que se demande para la atención de pacientes durante las primeras 72 horas de ser necesario.

Los Mecanismos de "coordinación in situ" deben ser definidos por el Jefe de Operaciones y junto al personal de apoyo buscar su implementación acorde a las necesidades de atención que se deriven de la evaluación inicial del desastre.

Las acciones de coordinación externas se harán en primera instancia con la DIRIS a través del Centro de Prevención y Control de Emergencias y Desastres.

Con otras instituciones del Gobierno Local como:

1. Sub Gerencia de Gestión de Riesgos y Desastres
2. Comandancia General de Cuerpo de Bomberos Voluntarios del Perú.
3. Establecimientos de salud de la región
4. Comisarías
5. Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud (DIGERD) del MINSA.



6.4.7 FIN DE EMERGENCIA

Superada o controlada la situación que motivo la declaratoria de Alerta Roja, se emite de conformidad a la Directiva N° 036-2004-OGDN/MINSA-V-01, el informe respectivo, difusión de este, para fines de Evaluación entre otros. EL INCN actualmente cuenta con la siguiente oferta móvil en proceso de implementación:



Material : Carpas de estructura de hierro y toldo de lona pesada.
Total : 05 carpas

- ❖ UNIDAD MÓVIL (UCI COVID)
- ❖ CARPA ROJA (PRIORIDAD I)
- ❖ CARPA AMARILLA (PRIORIDAD II)
- ❖ CARPA AZUL (TRAUMA)
- ❖ CARPA VERDE (ADMINISTRATIVA - UFGRD)



CARPAS 7X4		EN USO	LIBRE
01	ROJA		X
01	AMARILLA		X
01	VERDE		X
02	AZUL	X	X



6.5 FUNCIONES Y ACTIVIDADES DURANTE EL DESASTRE

6.5.1. CONDUCCIÓN DE LA EMERGENCIA

EQUIPO: Grupo de Trabajo de Gestión del Riesgo de Desastres	Lugar de trabajo: Sala de Crisis (Auditorio del Hospital)	Teléfonos: (101) 4117700
<p>PROCEDIMIENTO: Conducción de las acciones de respuesta hospitalaria frente a Emergencias y Desastres.</p> <p>Tareas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluar permanentemente la situación generada por la emergencia o desastre. Adoptar las acciones necesarias para la atención y control de la situación. Adecuar el Plan de Respuesta Hospitalaria a situación generada por la Emergencia o Desastres. Hacer seguimiento de las acciones adoptadas para la atención y control de la situación. Realizar las coordinaciones Interinstitucionales. 		<p>SISTEMA COMANDO DE INCIDENTES HOSPITALARIO INCN EQUIPO DE RESPUESTA HOSPITALARIA INTEGRANTES DEL EQUIPO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Director General (Comando de Incidente) En caso de ausencia de jefatura. El jefe de guardia asume el cargo de Comando de incidente y designara jefes de brigadas y de equipos hasta que se hagan presentes las jefaturas y se efectúa la transferencia de mando. <p>EQUIPO DE COORDINACION</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Medico Jefe presente ✓ Medicos o representantes del INCN ✓ Representante de los trabajadores Miembro.
EQUIPO: Centro de Operaciones de Emergencia.	Ubicación: Centro de Operaciones de Emergencias.	Teléfonos: (101) 4117700 Anexo 354
<p>PROCEDIMIENTO: Gestión de la información para la toma de decisiones.</p> <p>Tareas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Centralizar la información sobre daños, necesidades y capacidades frente a la situación generada por la emergencia o desastre. Procesar la información y generar el reporte descriptivo de la situación generada por el desastre. Emitir los informes de situación que contenga las propuestas del curso de acción para la atención y control de la situación generada por la emergencia o desastre. Organizar la Sala de Crisis sobre la situación generada por la emergencia o desastre. Difundir la información sobre la identidad, situación y ubicación de las víctimas que vienen recibiendo atención médica de emergencia. 		<p>INTEGRANTES DEL EQUIPO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Personal permanente del COE Salud Hospitalario. Personal identificado para expansión del COE Salud Hospitalario: (indicar procedencia del personal)
Jefe de Equipo: Responsable del COE Salud del Instituto.		Supervisor inmediato: Responsable de Unidad de GRD del Instituto.