

CLASIFICACIÓN Y ESTÁNDARES MÍNIMOS PARA LOS EQUIPOS MÉDICOS DE EMERGENCIA



CLASIFICACIÓN Y ESTANDARES MINIMOS PARA LOS **EQUIPOS MÉDICOS DE EMERGENCIA**

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Américas

Versión oficial en español de la obra original en inglés
Classification and minimum standards for emergency medical teams
© Organización Mundial de la Salud, 2021
ISBN: 978-92-4-002933-0 (versión electrónica)

Clasificación y estándares mínimos para los equipos médicos de emergencia

ISBN: 978-92-75-32782-1 (PDF)

ISBN: 978-92-75-12782-7 (versión impresa)

© Organización Panamericana de la Salud, 2023

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).



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 descarga: "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 descarga: "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. Clasificación y estándares mínimos para los equipos médicos de emergencia. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327821>.

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 descarga 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/2023

Contenido

Prefacio	ix
Agradecimientos	x
Abreviaciones	xi
Introducción	xiii
1. LA INICIATIVA EMT	1
1.1 Introducción	1
1.2 Gobernanza de la Iniciativa EMT	5
1.3 Red EMT	6
1.4 La clasificación mundial	7
1.5 Mecanismos de apoyo al gobierno nacional y al ministerio de salud en la respuesta a una emergencia	9
2. PRINCIPIOS RECTORES Y ESTÁNDARES FUNDAMENTALES	10
2.1 Introducción	10
2.2 Principios rectores	10
3. TIPOLOGÍA	14
3.1 Introducción	14
3.2 Terminología de los EMT	15
3.3 Tipología de los EMT	17
3.3.1 Velocidad, tiempo de despliegue y duración de la misión	19
4. COORDINACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES	21
4.1 Introducción	21
4.2 Fortalecimiento de capacidades	22
4.2.1 Gestión nacional de desastres, preparativos y respuesta ante situaciones de emergencia	22
4.2.2 Adopción de los principios de EMT	23
4.2.3 Invertir en la capacidad nacional de EMT: sistemas, personal, suministros y equipamiento, estructura y espacio	23
4.3 Función de la OMS en el apoyo a las autoridades nacionales (ministerios de salud)	26

4.3.1	Métodos para ampliar las solicitudes de asistencia internacional por parte de los Estados Miembros, respeto por la soberanía	26
4.3.2	Centro de recepción y salida	26
4.4	Activación de los EMT	27
4.5	Coordinación de los EMT	29
4.5.1	Coordinación de operaciones dentro de la estructura de gestión de incidentes	29
4.5.2	Modelos de coordinación	30
4.5.3	Canales adicionales de coordinación	30
4.6	Seguimiento e informes durante la misión	31
5.	ESTÁNDARES TÉCNICOS DE ATENCIÓN CLÍNICA	33
5.1	Introducción	33
5.1.1	Triaje	36
5.1.2	Evaluación, reanimación y estabilización	37
5.1.3	Derivación y traslado	38
5.1.4	Atención hospitalaria	39
5.1.5	Heridas	40
5.1.6	Quemaduras	41
5.1.7	Tratamiento de fracturas	43
5.1.8	Lesiones de la médula espinal	44
5.1.9	Enfermedades transmisibles	45
5.1.10	Enfermedades no transmisibles	47
5.1.11	Salud reproductiva, materna y neonatal	48
5.1.12	Pediatría	51
5.1.13	Analgesia y anestesia	53
5.1.14	Cuidados intensivos	55
5.1.15	Cirugía y atención perioperatoria	56
5.1.16	Malnutrición	59
5.1.17	Cuidados paliativos	61
5.1.18	Rehabilitación	62
5.1.19	Salud mental y asistencia psicosocial	64
5.1.20	Transfusiones de sangre	66
5.1.21	Laboratorio	68
5.1.22	Diagnóstico por imagen	69
5.1.23	Farmacia	71
5.1.24	Esterilización	73

5.1.25	Prevención y control de infecciones	75
5.1.26	Promoción de la salud y participación de la comunidad	76
5.1.27	Accidentes químicos, biológicos, radiológicos y nucleares (QBRN), toxicología y toxínología	77
6.	ESTÁNDARES TÉCNICOS DE APOYO OPERACIONAL	78
6.1	Introducción	78
6.2	Estándares técnicos de apoyo operacional (logística)	78
6.2.1	Electricidad y combustible	79
6.2.2	Comunicaciones	81
6.2.3	Transporte y flota	82
6.2.4	Alimentación	84
6.2.5	Gestión de almacenes	85
6.2.6	Gestión de la cadena de suministro de farmacia y material clínico	87
6.2.7	Gestión de donaciones	89
6.2.8	Seguridad y protección ocupacionales	90
6.2.9	Estructura y entorno de la instalación	92
6.2.10	Movilización	94
6.2.11	Evaluación y planificación del emplazamiento	96
6.2.12	Montaje secuencial	97
6.2.13	Desmovilización	98
6.3	Estándares técnicos de apoyo operacional (agua, saneamiento e higiene)	100
6.3.1	Abastecimiento de agua	101
6.3.2	Higiene	103
6.3.3	Limpieza del entorno	105
6.3.4	Gestión de residuos sanitarios	107
6.3.5	Saneamiento	109
6.3.6	Control de vectores y plagas	111
6.3.7	Manejo de cadáveres	113
ANEXO 1.	Estructura de gobernanza de los equipos médicos de emergencia: funciones y responsabilidades	115
ANEXO 2.	La clasificación mundial	117
ANEXO 3.	Principios rectores	120
ANEXO 4.	Lista de verificación de estándares fundamentales	122
ANEXO 5.	Tipos de equipos de atención especializada	132
ANEXO 6.	Premisas y cálculos de apoyo operacional	141

Prefacio

En las últimas décadas hemos presenciado algunas emergencias graves que han afectado profundamente a millones de personas en todo el mundo. La pandemia de COVID-19 ha causado estragos más allá de lo cuantificable, aunque los países han respondido y se han visto afectados de diferentes maneras. Se han activado mecanismos especiales para dar respuesta al incremento súbito de la demanda asistencial, los trabajadores de salud han ejercido una función crucial en condiciones inauditas. La pandemia, en suma, evidencia la importancia de ampliar la capacitación y estandarizar la prestación de asistencia de alta calidad en los ámbitos de la medicina y la salud pública, como alta prioridad a nivel nacional, regional y mundial para la preparación y respuesta ante emergencias.

La revisión del Libro azul no podría haber llegado en mejor momento. En este documento se ha tenido muy en cuenta la experiencia adquirida desde el inicio de la iniciativa de equipos médicos de emergencia y se ha hecho hincapié en fomentar las capacidades nacionales, a las que se otorga mayor prioridad, así como en el aprovechamiento de la capacidad internacional cuando sea necesario. Se proporciona orientación útil para los Estados Miembros, los ministerios de salud y las organizaciones no gubernamentales que prestan atención en situaciones de emergencia. Contar con equipos médicos a nivel nacional es la mejor opción para responder de forma inmediata y adecuada a las emergencias que afectan directamente a la población, mientras que los equipos internacionales pueden ofrecer alivio a los sistemas de salud que se encuentren desbordados. La eficiencia y eficacia de los países y las autoridades locales en la movilización de los recursos existentes se mide por la calidad de la atención que sean capaces de proporcionar.

Esta publicación sirve de guía práctica para los equipos y pretende complementar los sistemas de respuesta a emergencias, promoviendo una colaboración fluida con todos los actores y redes que intervienen en la respuesta a una emergencia. Espero que, a lo largo de los próximos años, más equipos nacionales e internacionales se adhieran a estos estándares y continúen siendo componentes esenciales en la preparación y respuesta a nivel de país, con el objetivo de salvar vidas, mejorar la salud y atender a las personas más vulnerables que lo necesiten.



Dr. Michael J. Ryan
Director Ejecutivo
Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS

Agradecimientos

Este libro es resultado de un largo proceso. En él han intervenido muchos expertos en equipos médicos de emergencia (EMT, por su sigla en inglés) y en respuesta a emergencias, quienes han actuado con diferentes funciones y en diferentes momentos. Extendemos un agradecimiento especial a los autores de los capítulos y a los expertos que participaron en los grupos de trabajo a fin de delinear su contenido y estructura.

La OMS expresa su sincera gratitud a las numerosas personas, entidades y sociedades profesionales que contribuyeron a la elaboración del libro en todas sus etapas: desde el trabajo preparatorio y la definición del ámbito temático, hasta el asesoramiento técnico, pasando por todas las fases de apoyo, comentarios, asistencia y revisión continua. Estamos sumamente agradecidos a toda la comunidad EMT por los valiosos comentarios y aportaciones realizados en las varias consultas.

En particular, deseamos dar las gracias a las entidades participantes y las sociedades profesionales siguientes: regiones y países de la OMS; Dirección de Desarrollo Humano de la Asociación de Naciones de Asia Sudoriental (ASEAN); Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS); Centro de Operaciones de Emergencias de Salud (COUS, por su sigla en francés) de Senegal; Departamento de Salud de Filipinas; Grupo de Acción Sanitaria Mundial; Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN, por su sigla en inglés); Oficina de Salud de la Región Administrativa Especial de Macao (China); Humanity and Inclusion (HI), Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte; Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR); Instituto de Medicina de Katmandú (Nepal); Japan Disaster Relief (JDR); Instituto Karolinska (Suecia); Médicos Sin Fronteras (MSF); Ministerio de Salud Pública de Ecuador; Ministerio de Salud de Israel; Ministerio de Salud de Nueva Zelanda; Ministerio de Salud de Panamá; Ministerio de Salud Pública de Qatar; Centro Nacional de Cuidados Críticos y Respuesta Traumatológica (NCCTRC) de Australia; Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID); Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (SDC); Dirección de Salud de Noruega; UK-EMT, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte; Oficina de las Naciones Unidas de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA); Instituto Robert Koch (Alemania); Royal Medical Corps (Jordania).

Asimismo, agradecemos las valiosas contribuciones de Walid Othman Abugalala, Samar Al-Mutawakel, Maite Ambrós, Laura Archer, Allé Baba Dieng, Gloria Balboa, Thiem Balde, Cornelius Bartels, Charles Blanch, Didier Bompangue Nkoko, Nilesch Buddh, Martin Buet, Sean Casey, Jim Catampongan, Gino Claes, Chantal Claravall Larrucea, Zoe Clift, Alfonso Danac, Tim Das, Pat Drury, Jorge Durand, Hossam Elsharkawi, Nedret Emiroğlu, Gustavo Fernández, Ferdinal Fernando, Emma Fitzpatrick, Rachel Fletcher, Toni Frisch, Ann Fortin, Luis de la Fuente, Geert Gijs, Sabri Gmach, María Guevara, Olivier Hagon, Kai von Harbou, Nuran Higgins, Mónica Ingianna, Marie-Elisabeth Ingres, Saad Jaber, Hamid Khankeh, Mitsuya Kodama, Tatsuhiko Kubo, Camila Lajolo, Emma Brunette Lawrey, Chin Ion Lei, O Leong, Nicholas Lobel-Weiss, Virgil Lokossou, Esperanza Martínez, Jesse McLeay, Ofer Merin, Raveen Naidoo, Ian Norton, Nelson Olim, Steinar Olsen, Rich Parker, Gabriela Pazmino, Kobi Peleg, John Prawira, Tony Redmond, Sebastian Rhodes Stampa, Panu Saaristo, Jorge Salamanca, Milton Salazar, Flavio Salio, Andrés Sanz Millán, Narumol Sawanpanyalert, Christophe Schmachtel, Johann von Schreeb, Pete Skelton, Gerardo Solano, Anthony Stewart, Julia Stewart-David, Oleg Storozhenko, Virpi Teinila, Zaira Tkhokhova, Abigail Trewin, Lisiatie Ulufonua, Nadine Vahedi, Pradeep Vaidya, Harald Veen, Kate White, Wojtek Wilk y Andreas Wladis.

La edición y publicación de este documento ha sido posible gracias a la generosa contribución de la Dirección General de Protección Civil y Operaciones de Ayuda Humanitaria Europeas (ECHO), la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y la Oficina de Salud de la Región Administrativa Especial de Macao (China). Agradecemos la ayuda en especie prestada por el Ministerio de Relaciones Exteriores, del Commonwealth y de Desarrollo del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, así como por el Centro Nacional de Cuidados Críticos y Respuesta Traumatológica (NCCTRC) de Australia.

Asistencia programática y administrativa: Marina Appiah, Tsira Gbedava y Nicole Sarkis.

Abreviaciones

CICOM Célula de información y coordinación de EMT

CO₂ Dióxido de carbono

COE Centro de operaciones de emergencia

EMT Equipo médico de emergencia (por su sigla en inglés)

EMT-I EMT internacional

EMT-N EMT nacional

ENT Enfermedad no transmisible

EPP Equipo de protección personal

FICR Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

MDS Conjunto mínimo de datos (por su sigla en inglés)

OMS Organización Mundial de la Salud

ONG Organización no gubernamental

PCI Prevención y control de infecciones

POE Procedimiento operativo estandarizado

SAG Grupo Asesor Estratégico (por su sigla en inglés)

SCT Superficie corporal total

UCI Unidad de cuidados intensivos

VIH Virus de la inmunodeficiencia humana



Introducción

Desde la publicación del documento de Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disasters [clasificación y estándares mínimos para los equipos médicos extranjeros en desastres súbitos], se han hecho avances significativos para armonizar el funcionamiento de los equipos médicos de emergencia (EMT, por su sigla en inglés).

Anteriormente, las organizaciones utilizaban diferentes denominaciones, terminología y capacidades operativas y técnicas en los equipos médicos que desplegaban, de modo que a los países receptores se les ofrecían equipos con capacidades variables, lo cual dificultaba la aceptación o el rechazo de ofertas y la distribución de los equipos. Hoy en día, en cambio, los países ya pueden tener la seguridad de que la comunidad internacional de EMT habla un "mismo idioma" cuando describe lo que ofrecen.

En esta edición de Clasificación y estándares mínimos para los equipos médicos de emergencia se aprovechan todos estos avances para incorporar nuevas áreas, ampliando la tipología y capacidad operativa de los EMT, gracias al perfeccionamiento de los principios rectores y los estándares fundamentales, junto con un marco más estructurado para los protocolos técnicos de atención clínica y los servicios de apoyo que asumen los EMT. Además, se basa en los conocimientos, las experiencias y las enseñanzas extraídas por los profesionales y la red de EMT.

El objetivo del presente manual es proporcionar un esbozo claro de los principios rectores y los estándares que deben seguir los EMT a la hora de brindar una asistencia de calidad. También pretende servir como guía práctica e informativa para los Estados Miembros, los ministerios de salud, los EMT nacionales e internacionales y otros interesados que deseen desarrollar dichas capacidades y conocer mejor los requisitos que deben cumplir. Se complementa con los documentos de información y orientación técnica disponibles en el centro de conocimiento de EMT¹.

Teniendo en cuenta la heterogeneidad en las capacidades operativas de los diferentes sistemas de salud, los estándares técnicos (capítulos 5 y 6) contemplan los requisitos mínimos para todos los EMT, así como recomendaciones que dependerán del contexto y las decisiones tomadas por cada EMT, excepto cuando se indica que son aplicables al despliegue internacional. El nivel de detalle de cada subcapítulo obedece a la evidencia disponible y a las mejores prácticas, a fin de garantizar la calidad de la atención brindada por los EMT al tiempo que se aborda la necesidad de claridad expresada por la comunidad EMT en general.

¹ Emergency Medical Teams Knowledge Hub (OMS): <https://extranet.who.int/emt/guidelines-and-publications>.

Metodología de los EMT

Capítulo 1: La Iniciativa EMT

Capítulo 2: Principios rectores y estándares fundamentales

Capítulo 3: Tipología

1.1 Introducción

En el 2010 se inició el trabajo preliminar para formular los principios, los criterios y los estándares aplicables a los equipos médicos extranjeros, a raíz de las enseñanzas obtenidas en la respuesta de salud en Haití y de una reunión de expertos sobre hospitales de campaña extranjeros en desastres repentinos, convocada por la Organización Panamericana de la Salud ese mismo año. , Aquel trabajo impulsó la publicación de *Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disasters*, que llevó a la creación de los equipos médicos de emergencia (EMT, por su sigla en inglés) y a la aplicación del sistema de clasificación por primera vez en la respuesta al tifón Haiyan en Filipinas, en el 2013.

La iniciativa también se estableció de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), que requiere que los Estados Miembros desarrollen ciertas capacidades mínimas de salud pública para “detectar, evaluar y notificar eventos” y “responder con prontitud y eficacia a los riesgos para la salud pública y las emergencias de salud pública de importancia internacional”. La herramienta de evaluación externa conjunta, publicada en febrero del 2016, es un proceso voluntario que ayuda a los Estados Miembros a evaluar el grado de cumplimiento de las capacidades básicas exigidas por el Reglamento Sanitario Internacional (2005). Entre los muchos aspectos incluidos en la evaluación externa conjunta, estuvieron las contramedidas médicas y los objetivos de despliegue de personal, los procesos de envío y recepción de productos y personal clínico de los asociados internacionales durante una emergencia de salud pública, y la gestión de casos ante peligros relacionados con el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

En la reciente resolución EB146.R10 se insta a los Estados Miembros y a las organizaciones de integración económica regional, así como a los asociados y donantes internacionales, regionales y nacionales, a que fortalezcan la función del personal de salud local. Asimismo, se insta al desarrollo de EMT eficaces y de alto desempeño, a nivel nacional, subnacional y regional, según proceda, de conformidad con la clasificación y los estándares mínimos de la OMS.

En las emergencias de salud, también debe mantenerse el acceso a servicios de salud de calidad, que no conlleven dificultades financieras.

² https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=1626:health-response-to-the-earthquake-in-haiti-january-2010&Itemid=924&lang=en

³ https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=674:pahowho-guidelines-for-the-use-of-foreign-field-hospitals&Itemid=924&lang=en

⁴ Resolución EB146.R10: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_R10-sp.pdf.

Los servicios de salud prestados en la respuesta a una emergencia deben ser seguros, oportunos, equitativos, integrados, eficientes y centrados en las personas. La Iniciativa EMT facilita el despliegue de equipos y la creación de las estructuras y los procesos necesarios para prestar servicios de salud de calidad en los países receptores. La adopción de la metodología de EMT tiene un potencial positivo para influir en la calidad asistencial, mejorando la coordinación y la situación de salud de la población atendida.

Figura 1. Misión, visión y valores de la Iniciativa EMT



En la figura 2 a continuación, se describen los objetivos clave y sus principales factores impulsores.

Figura 2. Objetivos clave y factores impulsores de la Iniciativa EMT

OBJETIVOS CLAVE DE LA INICIATIVA EMT

AUMENTO REPENTINO DE LA DEMANDA/EMT

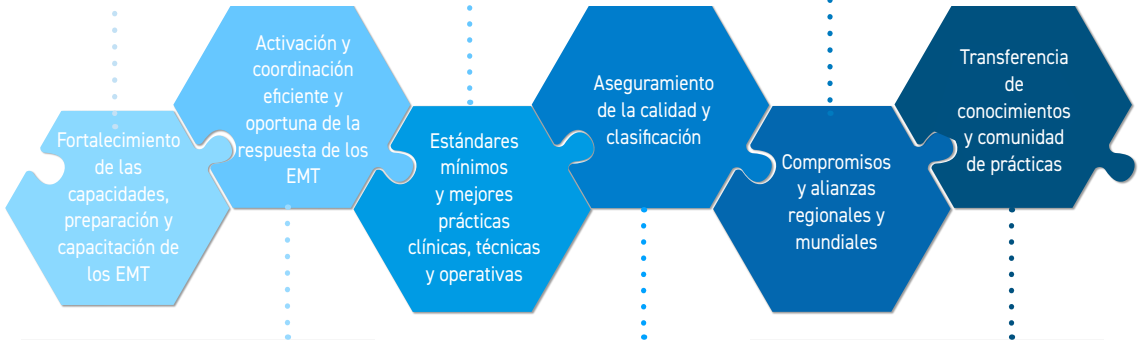
- Apoyar a los Estados Miembros y a las ONG en la creación de capacidad operativa para la coordinación y la respuesta nacional.
- Alentar a los gobiernos que ya dispongan de EMT sólidos a brindar ayuda a otros países en caso de necesidad, o incluso a incorporarse a un grupo regional de equipos mixtos. Esta configuración contribuye en gran medida a desplegar una respuesta eficaz y eficiente ante una emergencia de salud.

GRUPOS DE TRABAJO TÉCNICOS, ESTÁNDARES MÍNIMOS

- Coordinar la elaboración de orientaciones nuevas y actualizar las existentes, los estándares mínimos y las recomendaciones aplicables a los EMT de despliegue nacional e internacional. Los estándares mínimos cubren todos los aspectos de los equipos, incluidos los de índole técnico-clínica, los gerenciales y los logísticos. La OMS cuenta con la comunidad mundial EMT y trabaja con su participación y contribución para garantizar que los estándares sean aplicables a las emergencias que sobrevengan en cualquier país.

GOBERNANZA, PARTICIPACIÓN, ASESORAMIENTO Y TRABAJO EN REDES

- Habilitar plataformas de ayuda mutua para cooperar y establecer estrategias, a través de estructuras de gobernanza regionalizadas, fomentando la participación de todos los Estados Miembros, las organizaciones regionales e internacionales y las ONG.
- Coproducir estándares junto con expertos de la comunidad EMT.



Célula de información y coordinación de EMT (CICOM)

- Brindar apoyo a los países para que gestionen y coordinen por su cuenta, bajo la dirección del ministerio de salud, el incremento de las necesidades asistenciales dentro de su COE de salud, con la cooperación de equipos internacionales. Esto permite enviar partes diarios a los ministerios de salud, lo cual fortalece a su vez el sistema de vigilancia epidemiológica y sitúa a las autoridades nacionales en la posición de liderazgo principal.
- Capacitar a coordinadores expertos que puedan desplazarse cuando se produzca una emergencia para ayudar a los ministerios de salud en la coordinación de los EMT nacionales e internacionales.
- Facilitar la coordinación de los equipos médicos en situaciones de conflicto, donde se necesiten mecanismos de coordinación con matices distintos.

CLASIFICACIÓN MUNDIAL, VISITAS DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

- Coordinar la clasificación mundial que evalúa el cumplimiento de un EMT con los estándares mínimos acordados. Los equipos que superan la evaluación "se clasifican" y aparecen en el directorio de la OMS de equipos desplegables en el ámbito internacional.
- Apoyar a los países en el establecimiento de mecanismos, como acreditaciones u otros programas de evaluación externa.

SEMINARIOS WEB A NIVEL REGIONAL Y MUNDIAL, EXTRANET DE EMT

- Proveer una plataforma para el intercambio de conocimientos.
- Fomentar las comunidades de práctica sobre temas relevantes

Un equipo médico de emergencia (EMT, por su sigla en inglés) es un grupo de profesionales de la salud integrado por médicos, enfermeros, técnicos de primeros auxilios y expertos en logística, entre otros, que brinda atención clínica a las personas afectadas por una emergencia. Proceden de los gobiernos, las entidades benéficas y organizaciones no gubernamentales (ONG), el ejército, los órganos de protección civil, las redes humanitarias internacionales (incluido el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja), Médicos sin Fronteras (MSF), equipos contratados por las Naciones Unidas y el sector privado con fines de lucro. Trabajan siguiendo estándares mínimos acordados por la comunidad EMT y sus asociados, y se despliegan con la capacitación y la autosuficiencia necesarias para no sobrecargar un sistema nacional ya de por sí estresado.

Figura 3. Antecedentes de los EMT

Antecedentes de los EMT

Los EMT tienen una larga trayectoria en la respuesta a los desastres repentinos, como el terremoto de Haití, el tsunami del océano Índico y las inundaciones de Pakistán. Tradicionalmente, se especializaban en traumatología y cirugía, pero la epidemia de ébola en África occidental (2014-2016) puso de manifiesto su valor en brotes epidémicos y otras emergencias. Aquella actuación marcó el mayor despliegue de EMT hasta entonces en un brote epidémico (58 equipos), una cifra nimia en comparación con los 151 equipos que respondieron al tifón Haiyan en noviembre del 2013 y los casi 300 que se desplegaron en Haití después del terremoto del 2010.

Los requisitos de la respuesta a una emergencia de salud son más amplios que los de un desastre repentino y los de la atención traumatológica. Deben incluir la capacidad de atender una amplia gama de afecciones, desde las enfermedades transmisibles hasta las no transmisibles; así como la disponibilidad de equipos que atiendan a la población afectada por inundaciones, conflictos y crisis prolongadas como las hambrunas. En todas las emergencias con consecuencias para la salud se hace preciso aumentar los servicios clínicos para cubrir el incremento repentino de la demanda; en ese sentido, los EMT ayudan a restablecer y mantener los servicios de salud esenciales.

En las siguientes secciones se presenta una visión general de los elementos críticos que sustentan la Iniciativa EMT en el cumplimiento de su misión: la estructura de gobernanza, la red, la clasificación internacional, y los mecanismos de apoyo para los gobiernos y ministerios de salud anfitriones.

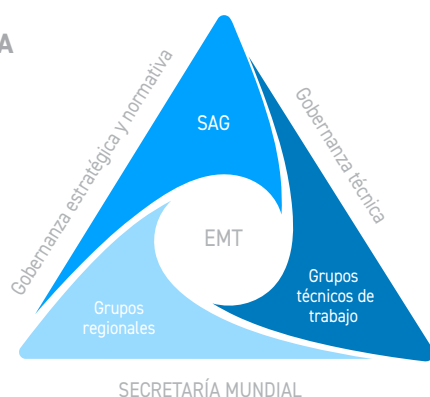
1.2 Gobernanza de la Iniciativa EMT

La gobernanza de la Iniciativa EMT se encarga de:

- (a) establecer la visión, la misión, los objetivos y las metas clave;
- (b) articular y coordinar a todas las partes implicadas, en los diferentes niveles, a fin de garantizar que su participación y contribución sean significativas;
- (c) establecer unas prácticas de gestión para lograr los objetivos marcados y evaluar el avance hacia su consecución.

Figura 4. Gobernanza de la Iniciativa EMT

ESTRUCTURA DE GOBERNANZA DE LA INICIATIVA EMT



El Grupo Asesor Estratégico (SAG, por su sigla en inglés) supervisa los aspectos políticos y estratégicos a nivel mundial, mientras que los grupos regionales, que representan a las seis regiones, guían la consecución de los objetivos de la Iniciativa EMT a nivel regional. Los grupos de trabajo técnico ofrecen una supervisión técnica para abordar las dificultades clínicas, operativas y políticas que haya detectado el SAG. La Iniciativa EMT y sus órganos de gobierno cuentan con el apoyo de la OMS, que actúa como secretaría mundial, y de las oficinas regionales. La estructura de gobernanza constituye una plataforma para debatir y acordar soluciones comunes a nivel técnico, operativo y estratégico. En el anexo 1 se detalla la composición, las funciones y las responsabilidades del SAG, de los grupos regionales, los grupos de trabajo técnico y la secretaría de la Iniciativa EMT.

⁵ Adaptado a partir de: https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/

1.3 Red de EMT

La red de EMT es una estructura cooperativa compuesta por EMT gubernamentales y no gubernamentales que comparten un propósito (la misión, la visión y los valores de la Iniciativa EMT) y se rigen por una metodología común (principios rectores, estándares fundamentales y técnicos, y mecanismos de coordinación) desde la confianza y la reciprocidad.⁶

Hay cinco características que hacen efectiva la red: propósito común, estructura cooperativa, masa crítica, inteligencia colectiva y construcción de una comunidad. La secretaría actúa como nodo central de la red, salvaguardando los estándares y la metodología de coordinación, apoyando a las organizaciones en su cumplimiento y promoviendo una plataforma para el intercambio de conocimientos y la mejora continua a partir de las experiencias y aportaciones de todos sus integrantes.

El intercambio de conocimientos, en esencia, obedece a la necesidad de tener un recurso práctico al que puedan recurrir los equipos nacionales e internacionales para interpretar, traducir y aplicar mejor los estándares fundamentales y técnicos. Comprende gran cantidad de recursos, desde documentos publicados que pueden consultarse en la extranet de EMT hasta el intercambio de protocolos, pasando por la celebración de encuentros virtuales de nivel regional o mundial sobre temas concretos.⁷ Además, diversos centros colaboradores de la OMS preparan recursos conjuntamente e investigan en temas relacionados para posterior uso de la red de EMT.

La red de EMT es un activo que pueden aprovechar los países cuando necesiten dar respuesta a una emergencia de salud. Promueve el intercambio de conocimientos y mejores prácticas entre los integrantes; ayuda a los gobiernos a reforzar sus capacidades para responder a las emergencias; y pone a su disposición un cuadro de expertos que pueden ofrecerles asistencia en la elaboración de estándares técnicos.

⁶ Basado en: The Health Foundation. Effective Networks for Improvement. The Health Foundation: Londres; 2014. Disponible en: <https://www.health.org.uk/publications/effective-networks-for-improvement>.

⁷ <https://extranet.who.int/emt/>

1.4 La clasificación mundial

El directorio mundial de EMT clasificados se nutre de la experiencia del Grupo Asesor Internacional de Operaciones de Búsqueda y Rescate (INSARAG, por su sigla en inglés). En el directorio, los responsables de los países afectados pueden consultar las propuestas de intervención de los diversos equipos, con lo cual les resultará más fácil aceptarlos y asignarles tareas. La clasificación mundial es un mecanismo externo de evaluación por pares que valora el cumplimiento de los EMT con respecto a los principios rectores, y los estándares fundamentales y técnicos que se han acordado a nivel internacional y que se describen en detalle en los capítulos 2, 5 y 6.

El objetivo principal es mejorar la calidad de la atención y el profesionalismo durante los despliegues del EMT, beneficiando de esa manera a la población atendida, ya que se garantiza que los EMT lleguen de manera oportuna, estén bien capacitados y se integren en el sistema de salud que normalmente trata a las familias de esta población. La clasificación mundial está dirigida a los equipos que prevean desplegarse internacionalmente.

Una vez superada la visita de verificación, estos equipos se incorporan al registro de la OMS de equipos desplegados internacionalmente.

En todo este proceso, el EMT recibe el apoyo externo de otros expertos y de los mentores, que desempeñan un papel crucial para guiarlo hacia el cumplimiento de los estándares mínimos internacionales. La secretaría, por su parte, supervisa todo el proceso: coordinación, gestión y recursos. La clasificación mundial es un proceso dividido en ocho pasos, sintetizados en la figura 5 a continuación. En el anexo 2 se brindan más detalles.

Figura 5. Los ocho pasos del proceso de clasificación mundial



Los EMT que superan la clasificación mundial tienen más probabilidades de recibir solicitudes para desplegarse internacionalmente por parte de los Estados Miembros afectados y su proceso de arriba se simplifica.

La Iniciativa EMT apoya a los países en el diseño y puesta en marcha de un sistema nacional de acreditación que adapte los estándares técnicos a su contexto, como forma de evaluar el cumplimiento de los EMT nacionales (EMT-N) con los estándares mínimos acordados. La acreditación de los EMT-N es una decisión soberana de cada Estado Miembro.

1.5 Mecanismos de apoyo al gobierno nacional y al ministerio de salud en la respuesta a una emergencias

Uno de los objetivos primordiales de la Iniciativa EMT es fortalecer la capacidad nacional de hacer frente a un aumento repentino de la demanda en diferentes niveles del sistema de salud. Este punto trata principalmente de cumplir con el logro de la meta 3.d de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, con miras a fortalecer la capacidad de todos los países, en particular de los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial; pretende ayudar a todos los países a liderar la respuesta a la emergencia y coordinarse, cuando se detecte la necesidad, con el despliegue rápido de equipos nacionales e internacionales que cumplan con los estándares mínimos de calidad.

En el cuadro 1 a continuación, se indican los mecanismos de apoyo que ofrece la Iniciativa EMT y sus posibles efectos en la capacidad del país de atender el incremento de la demanda.

Cuadro 1. Mecanismos de apoyo de los EMT al ministerio de salud del país receptor y posibles resultados

La Iniciativa EMT permite a los países:	Posibles resultados
Mejorar la capacidad nacional de responder a las emergencias en su territorio y de ayudar, a su vez, a otros países.	<ul style="list-style-type: none"> • Mejor calidad de la atención prestada a la población afectada por una emergencia. • Capacitación de los EMT-N para responder a nivel nacional y subnacional, con una respuesta más oportuna, rentable y apropiada a la emergencia de salud.
Aceptar y aprovechar los EMT de manera oportuna y coordinada.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación del sistema nacional de salud para liderar la activación y coordinación de la respuesta de los EMT nacionales e internacionales, con una metodología consensuada. • Certeza para los donantes de que los equipos a los que aportan alcancen un nivel mínimo internacional y trabajen dentro de un sistema coordinado a nivel mundial
Diseñar un mecanismo de evaluación de los EMT-N.	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de la calidad, el profesionalismo y la rendición de cuentas en la respuesta a la emergencia. • Adopción de un registro nacional de EMT-N que estén preparados para responder a una emergencia de salud y cuyas capacidades operativas sean conocidas.

2

Principios rectores y estándares fundamentales

2.1 Introducción

El conjunto de principios rectores y estándares fundamentales está consensuado y es válido para todos los EMT, incluidos los equipos de atención especializada, con independencia del tipo y ámbito de actuación nacional o internacional

2.2 Principios rectores

Los principios rectores regulan la calidad de la atención que ofrecen los EMT y sus integrantes en todas sus actuaciones. Reconocen los principios humanitarios de humanidad, neutralidad, imparcialidad e independencia operativa y están en consonancia con ellos. Los EMT tienen la responsabilidad de reconocer y respetar la soberanía nacional, por lo que no deben hacer un uso indebido de los mecanismos de políticas y de coordinación del país y de la autoridad de salud designada, ni tampoco negarse a participar en ellos. El diagrama de la figura 6 ilustra los seis principios rectores. Véase también el anexo 3, que contiene más detalles sobre cada principio.

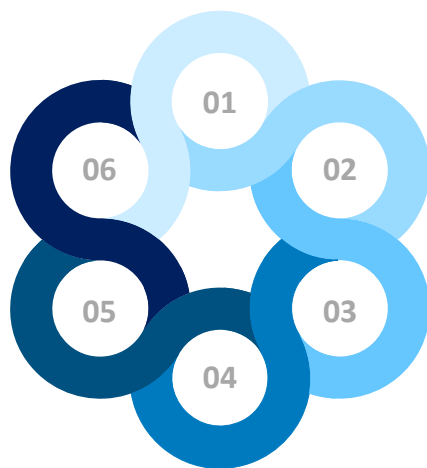
© DSB, Dirección Noruega de Protección Civil.



Figura 6. Principios rectores de los EMT

PRINCIPIOS RECTORES DE LOS EMT

Los principios rectores reflejan el compromiso del EMT de dispensar una atención de calidad y deben cumplirlos todos los EMT, sean del tipo que sean.



01 ATENCIÓN SEGURA

Se evitará causar a los pacientes daños innecesarios con una atención que en principio debe beneficiarlos.

02 ATENCIÓN EQUITATIVA

La atención será accesible de manera equitativa, se ofrecerá a todos los sectores de la población afectados por la emergencia y se orientará especialmente a las personas más vulnerables y a las que necesiten protección.

03 ATENCIÓN ÉTICA

Se atenderá a los pacientes respetando siempre la ética médica y la atención se basará en la evidencia científica.

04 RESPUESTA RESPONSABLE

Se asume el compromiso de rendir cuentas ante los pacientes y las comunidades, los gobiernos anfitriones, los ministerios de salud, sus organizaciones y los donantes.

05 RESPUESTA APROPIADA

La respuesta se adecuará a las necesidades, al contexto y al tipo de emergencia; además, será respetuosa con los valores y las creencias de la comunidad.

06 RESPUESTA COORDINADA

La respuesta se coordinará con las autoridades nacionales de gestión de emergencias de salud y con todos los niveles del sistema de salud para garantizar la continuidad de la atención. Se colaborará con el sistema nacional de salud, con los demás EMT desplegados y con la comunidad internacional de respuesta humanitaria cuando sea pertinente

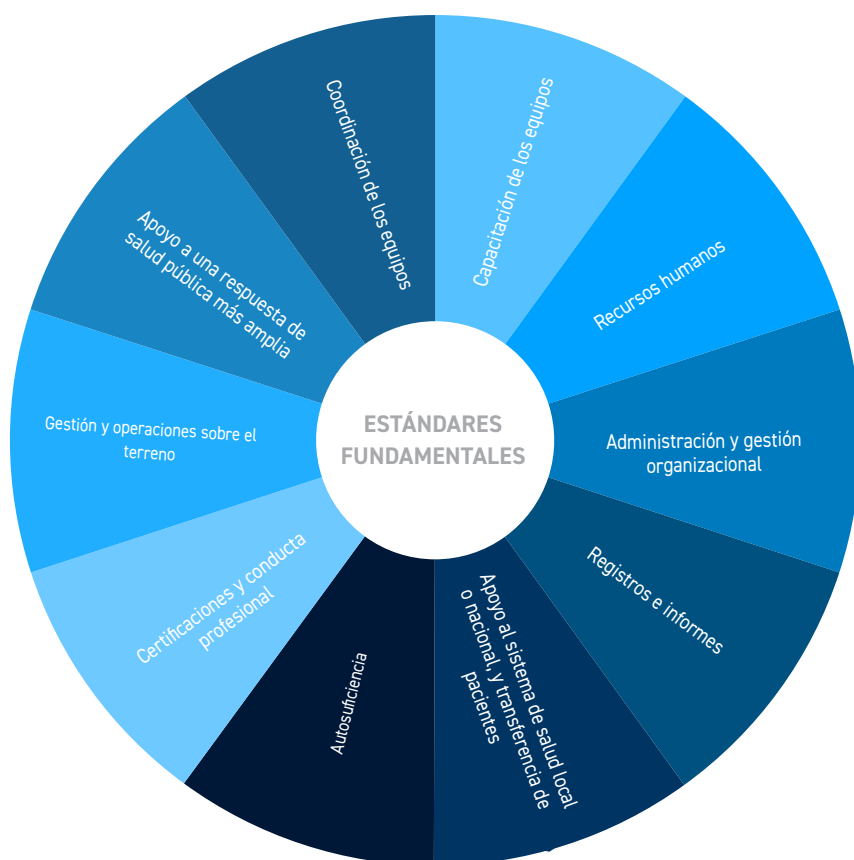
Estándares fundamentales

Los estándares fundamentales abarcan un conjunto de áreas generales y procesos clave que deben cumplirse para garantizar la capacidad operativa y profesional del EMT y la posibilidad de brindar una atención de calidad a la población, al tiempo que protejan al personal y no representen una carga para el país receptor.

Figura 7. Estándares fundamentales de los EMT

ESTÁNDARES FUNDAMENTALES DE LOS EMT

Los estándares fundamentales marcan la dirección para que los EMT brinden una atención de calidad. Deben cumplirlas todos los EMT, sean del tipo que sean.



COORDINACIÓN DE LOS EQUIPOS

Los EMT aceptan formar parte de una respuesta coordinada utilizando los mecanismos nacionales (y, si procede, internacionales) para ofrecer apoyo al área afectada. Solo se despliegan si son aceptados, se registran a su llegada y continúan coordinándose durante toda su actuación en el territorio.

RECURSOS HUMANOS

Con este mecanismo se garantiza la contratación y selección de personal que pueda desplegarse en cualquier momento. El personal tiene acceso a medidas profilácticas para disminuir el riesgo de enfermedad durante su actuación y existen planes para atender a los integrantes del equipo durante la misión, así como para evacuarlos de ser el caso y prestarles la atención posterior que necesiten. Se han adoptado políticas eficaces de gestión de los recursos humanos para promover la protección de las personas vulnerables.

REGISTROS E INFORMES

El EMT respeta la confidencialidad de las historias clínicas y entrega una copia al paciente. Informarán a las autoridades locales de su actividad mediante los formularios nacionales o, en su defecto, mediante el conjunto mínimo de datos acordado para los EMT; estos informes se remitirán periódicamente y una última vez antes de la partida. El EMT se abstendrá de realizar investigaciones sin el debido consentimiento del paciente y sin la aprobación del comité de ética de la autoridad competente.

AUTOSUFICIENCIA

El EMT debe ser autosuficiente, para lo cual debe contar con un suministro directo u organizar el apoyo que necesite a nivel local, pero sin menoscabar ni alterar la capacidad de respuesta de la comunidad local.

GESTIÓN Y OPERACIONES SOBRE EL TERRENO

El EMT hace una gestión diaria de las operaciones durante la misión; ello incluye su propia seguridad, los incidentes críticos y el enlace con las autoridades locales y los medios de comunicación.

CAPACITACIÓN DE LOS EQUIPOS

El EMT organiza directamente un programa de capacitación e instrucción o bien lo subcontrata a un proveedor de capacitación. Se reconoce la capacitación previa y se construye el conocimiento de forma secuencial. Existe una vía de aprendizaje y desarrollo para identificar y orientar a las personas que muestren el potencial de asumir un liderazgo técnico o dirigir un equipo, para quienes habrá posibilidades de promoción tanto en complejidad como en jerarquía profesional.

ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN ORGANIZACIONAL

El EMT dispone de un sistema administrativo que le permite desplegar equipos con rapidez y seguridad, sin dejar de prestar asistencia administrativa a la sede central, durante toda la misión, desde su base de operaciones.

APOYO AL SISTEMA DE SALUD LOCAL O NACIONAL Y TRANSFERENCIA DE PACIENTES

El EMT ofrece apoyo al sistema de salud afectado y se integra al sistema de transferencia de pacientes, por lo que acepta y deriva a pacientes desde y hacia otros establecimientos de salud u otros EMT.

CERTIFICACIONES Y CONDUCTA PROFESIONAL

El EMT dispone de sistemas que garantizan que todo el personal esté habilitado para realizar la función que desarrollará durante la misión. Debe tener la capacidad de aceptar reclamaciones, investigarlas y adoptar medidas correctivas. Todos los equipos internacionales deben disponer de una póliza de indemnización médica para todo el personal clínico; los equipos nacionales deben tener cobertura cuando sea relevante para su contexto.

APOYO A UNA RESPUESTA DE SALUD PÚBLICA MÁS AMPLIA

El EMT informa al sistema nacional de vigilancia y alerta epidemiológica; adopta las medidas de prevención y control de infecciones que sean adecuadas y contribuye a los mensajes de salud pública con materiales y métodos que sean pertinentes para el contexto cultural y que cuenten con el visto bueno local.

3 Tipología

3.1 Introducción

Operar en entornos complejos conlleva retos que requieren flexibilidad y adaptabilidad.

Los EMT se pueden desplegar como entidades completas (estandarizadas) o separadas (modularizadas) para ayudar a cubrir una demanda repentina, en función de las necesidades y las carencias que se hayan detectado.

Existen cuatro tipos de EMT, según su movilidad y el nivel de atención que ofrecen. El siguiente gráfico ilustra el equilibrio entre movilidad y nivel de atención que caracteriza a cada tipo de EMT.

Figura 8. Tipología de EMT: relación entre movilidad/agilidad y complejidad de la atención, capacidades y servicios



3.2 Terminología de los EMT

Cuadro 2. Terminología de los EMT

<p>Tipo 1 móvil</p>	<p>Proporciona atención en horario diurno para estabilizar los cuadros agudos de tipo traumático y no traumático, deriva a exploraciones complementarias o atención hospitalaria, y ofrece atención primaria en la comunidad con la capacidad de itinerar y cambiar de ubicación a lo largo de la misión.</p>
<p>Tipo 1 fijo</p>	<p>Proporciona atención diurna para cuadros traumáticos y no traumáticos agudos, deriva a exploraciones complementarias o atención continua y ofrece atención primaria en la comunidad, desde una unidad fija en régimen ambulatorio.</p>
<p>Tipo 2 Atención quirúrgica hospitalaria de urgencia</p>	<p>Presta servicios de tipo 1 más cirugía general y obstétrica para traumatismos y otros trastornos importantes, así como atención aguda en régimen hospitalario.</p>
<p>Tipo 3 Atención hospitalaria de referencia</p>	<p>Presta servicios de tipo 2 y, además, cuenta con especialidades complejas y cuidados intensivos.</p>
<p>Equipos de atención especializada</p>	<p>Se trata de equipos adicionales que pueden estar integrados en establecimientos de salud locales de tipo 2 o 3, a menos que se indique otra cosa, para prestar servicios como los siguientes: contención de brotes epidémicos, cirugía, rehabilitación, psiquiatría, obstetricia y neonatología, y consultas interdisciplinarias, interhospitalarias y técnicas.</p>



EVOLUCIÓN DE LA TIPOLOGÍA DE EMT

Tipo 1: división entre móviles y fijos

Después del tifón Haiyan (Yolanda) en Filipinas en el 2013, se empezó a hacer la distinción entre un equipo de tipo 1 móvil y de tipo 1 fijo; la distinción se confirmó luego en el terremoto de Nepal del 2015. Se reconoce así la gran cantidad de equipos que abarcan estas categorías y la diferencia en la asignación de tareas y el uso de estas dos modalidades por parte del ministerio de salud. Los equipos de tipo 1 móviles son particularmente importantes en inundaciones o tormentas, cuando las poblaciones se dispersan en refugios especiales y aldeas remotas; también son útiles en los pequeños Estados insulares. A estos equipos generalmente se les asigna una cobertura sectorial, en lugar de ubicarlos en un solo emplazamiento. La nueva tipología de EMT de tipo 1 móviles y fijos fue aprobada en la segunda reunión mundial de EMT, celebrada en Panamá en diciembre del 2015.

Tipos 2 y 3: aclaración sobre la definición y distinción frente a los equipos quirúrgicos sin instalaciones.

En las definiciones de los tipos 2 y 3 ha habido pocos cambios importantes, excepto para aclarar que los términos deben reservarse a equipos completos que puedan proporcionar, en caso necesario, un hospital de campaña de la capacidad adecuada con el apoyo operacional requerido. Los equipos quirúrgicos que no cuenten con esta capacidad y vayan a desplegarse dentro de hospitales existentes ahora se denominan "equipos de atención quirúrgica especializada".

Equipos de atención especializada: aclaración sobre modularidad y estándares aplicables a todos los equipos de atención especializada

Reconociendo la necesidad de mayor modularidad o adaptación al contexto local, surgen los equipos de atención especializada, cuyo objetivo es cubrir las carencias críticas en la atención de salud. Se ha aceptado el término "equipos de atención especializada" para reflejar mejor la naturaleza de los servicios que prestan. Los equipos de atención especializada que funcionan como EMT se han ampliado y ahora incluyen a los equipos de soporte técnico, como los de apoyo operacional, a fin de contar a los equipos desplegados para facilitar el trabajo de los EMT, y no solo los que prestan atención directamente. Esta distinción es particularmente relevante en el caso de los equipos diseñados para reparar sistemas clínicos, ambulatorios y hospitalarios o para colaborar en las actividades de los EMT a nivel local.

3.3 Tipología de los EMT

En el cuadro 3 a continuación, se hace una breve descripción de las características de cada tipo de EMT.

Cuadro 3. Tipología de los EMT

TIPOLOGÍA DE LOS EMT

TIPO	Descripción	Servicios	Características esenciales	Indicadores mínimos	Horario
Tipo 1 móvil	Atención inicial ambulatoria y derivación a exploraciones complementarias con equipos médicos móviles en itinerancia y atención a poblaciones remotas, según el contexto de la emergencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Triaje, valoración, primeros auxilios. • Urgencias traumatológicas y no traumatológicas. • Estabilización y derivación de pacientes que requieren atención hospitalaria y especializada. • Atención primaria para enfermedades básicas de tipo transmisible o no transmisible (ENT), servicios básicos de salud reproductiva, obstetricia y neonatología de urgencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ligero, portátil, adaptable. • Puede trabajar en áreas remotas para acceder a comunidades pequeñas. • Presta servicio desde una estructura preexistente adecuada o aporta su propia instalación ambulatoria, p. ej., tiendas de campaña o vehículos especialmente equipados a modo de consultorios móviles. • Debe contar con una base de operaciones que le permita reabastecerse y cumplir con todos los requisitos de autosuficiencia, esterilidad, cadena de frío y cadena de suministro. 	Capacidad de tratar al menos a 50 pacientes ambulatorios por día.	Diurno (horarios de atención reducidos que permitan desplazarse sin riesgo hasta un emplazamiento remoto).
Tipo 1 Fijo	Atención inicial de traumatismos y otros problemas de salud, en régimen ambulatorio, y derivación a exploraciones complementarias, servicios especializados y atención primaria en la comunidad, desde una ubicación fija.	<ul style="list-style-type: none"> • Triaje, valoración, primeros auxilios. • Urgencias traumatológicas y no traumatológicas. • Estabilización y derivación de pacientes que requieren atención hospitalaria y especializada. • Atención primaria para las enfermedades básicas, de tipo transmisible o no transmisible, y atención reproductiva básica. • Servicios básicos de salud reproductiva, obstetricia y neonatología de urgencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza una estructura adaptable, desplegable y ligera. • Debe ser capaz de suministrar su propia instalación ambulatoria fija, p. ej., una tienda de campaña o un vehículo especial equipado, pero también puede prestar servicio desde una estructura preexistente adecuada si lo solicita. 	100 pacientes ambulatorios al día	Servicio ambulatorio diurno pero mantiene un equipo de guardia para atender urgencias vitales en horario nocturno.

TIPO	Descripción	Servicio	Características esenciales	Indicadores mínimos	Horarios
Tipo 2	Atención de cuadros agudos en régimen hospitalario (enfermedades transmisibles y no transmisibles), cirugía general y obstétrica para traumatismos y otras afecciones importantes; posibilidad de recibir, evaluar y clasificar pacientes nuevos y derivados en un entorno ambulatorio análogo al de un servicio de urgencias.	<p>Servicios de tipo 1 más:</p> <ul style="list-style-type: none"> Admisión y clasificación de pacientes nuevos y derivados, contradervivación. Soporte vital avanzado y estabilización inicial. Al menos una mesa de operaciones. Realización de 7 operaciones de cirugía mayor o 15 de cirugía menor al día, como mínimo. Tratamiento completo de las heridas y tratamiento básico de las fracturas. Cirugía de control de daños. Cirugía general y traumatológica de urgencia. Servicios de salud materna y reproductiva de nivel integral. Atención hospitalaria para urgencias no traumatológicas. Anestesia, radiología, esterilización, laboratorio y transfusiones de sangre. Servicios de rehabilitación y seguimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Utiliza una estructura temporal, adaptable y desplegable. La estructura temporal y sus servicios auxiliares se rigen por estándares mínimos y dispone de estándares técnicos de apoyo operacional. Cuenta con un mínimo de 20 camas de hospitalización, o más de ser posible. Garantiza que el entorno de quirófano respete los protocolos de higiene y PCI. Equipo multidisciplinario con experiencia en entornos austeros. 	Más de 100 pacientes ambulatorios al día. Un quirófano con un mínimo de 20 camas de hospitalización por mesa de operaciones. 7 intervenciones mayores o 15 menores por día. day	24 horas, todos los días de la semana (horario ininterrumpido).
Tipo 3	Atención hospitalaria compleja y especializada de tipo médico y quirúrgico, con UCI en una instalación temporal: tiendas de campaña, edificios prefabricados o vehículos.	<p>Servicios de tipo 2 más:</p> <ul style="list-style-type: none"> Capacidad de prestar atención primaria y estabilización. Tratamiento reconstructivo complejo para heridas, así como traumatología. Anestesia pediátrica y de adultos. Camas de cuidados intensivos con monitoreo las 24 horas y aparatos de respiración mecánica. 	<ul style="list-style-type: none"> Aporta su propia estructura (hospital de campaña o equivalente). Presta un servicio de derivación alto nivel de especialidad a los equipos de tipo 1 y 2 (nacionales o internacionales) que no ofrecen servicios especializados. Presta tratamiento reconstructivo complejo para heridas, así como servicios de traumatología, pero puede incluir otros grupos y servicios especializados (p. ej., maxilofacial, especialidades pediátricas, etc.). 	Más de 100 pacientes ambulatorios y más de 40 pacientes hospitalizados. Al menos dos mesas de operaciones y 40 camas de hospitalización (20 camas por mesa). Mínimo de 15 intervenciones mayores o 30 menores por día. Al menos cuatro camas de cuidados intensivos.	24 horas, todos los días de la semana (horario ininterrumpido).

Equipos de atención especializada

Se integran en las instalaciones asistenciales existentes y son capaces de aportar el equipamiento y el material fungible necesarios para los servicios que prestan durante todo el tiempo que dure la misión. La lista de especialidades no es exhaustiva y la definición de estándares mínimos para las diferentes especialidades es un proceso que sigue en curso en varios grupos de trabajo técnico de EMT.

⁸ MINIMUM REQUIREMENTS for infection prevention and control programmes-WHO 2019; <https://www.who.int/infection-prevention/publications/min-req-IPC-manual/en/>

3.3.1 Velocidad, tiempo de despliegue y duración de la misión

Una respuesta rápida ante una emergencia súbita incrementa las posibilidades de supervivencia y disminuye la morbilidad. También ha quedado claro que, en caso de una epidemia, se necesitan equipos médicos capaces de tratar y aislar a los pacientes lo antes posible, para mantener la confianza dentro de la comunidad y aliviar la presión sobre los establecimientos de salud que no estén dedicándose al brote. Los equipos pueden decidir por cuenta propia cuánto tardan en desplegarse, pero todos los tipos deben poder ser desplegados sobre el terreno y estar funcionando en un plazo máximo de 72 horas desde que se produce el desastre (obsérvese que no son 72 horas desde que se decide desplegar el equipo, ni desde que se acepta al equipo), para proporcionar una respuesta y una cadena de derivación coordinadas. Cuando mayor sea el equipo, mejor preparado debe estar, dados su peso, volumen y complejidad de movimientos, y dada su función vital en los servicios de atención, reconstrucción y rehabilitación de nivel secundario y terciario.

El siguiente cuadro describe la velocidad, el tiempo de despliegue y la duración de las misiones por tipo de EMT. Se refiere al tiempo que tarda el EMT en poner en funcionamiento sus servicios desde su llegada al lugar que se les ha asignado, así como al período mínimo que deben mantenerse operativos. Estos tiempos variarán en caso de que el ministerio de salud solicite rotaciones posteriores.

Cuadro 4. Velocidad, tiempo de despliegue y duración de la misión

Tipo de equipo y origen	Puesta en marcha desde la llegada al área afectada (mínimo)	Operatividad sobre el terreno con capacidad para ofrecer al menos una rotación posterior extendida: (mínimo)
Tipo 1 móvil o fijo	24 horas	2 semanas
Tipo 2	24-36 horas	3 semanas
Tipo 3	36-48 horas	4 semanas
Equipos de atención especializada	Variable	Variable

Nota: los plazos para la velocidad de despliegue son estimativos.

Los equipos nacionales pueden tener que desplegarse con mayor celeridad si está justificado: la mayoría deben desplegarse en cuestión de 6 a 12 horas, ya que los primeros en responder son autosuficientes durante un período más corto y con desplazamientos más cortos.

Gestión y operaciones sobre el terreno

Capítulo 4: Coordinación y fortalecimiento de capacidades

Capítulo 5: Estándares técnicos de atención clínica

Capítulo 6: Estándares técnicos de apoyo operacional

4.1 Introducción

En el entorno actual, caracterizado por la multilateralidad, la coordinación es fundamental para dar respuesta ágil y eficaz a las emergencias relacionadas con la salud y para prestar asistencia humanitaria. Los gobiernos desempeñan un papel y una responsabilidad primordiales a la hora de institucionalizar las capacidades nacionales o subnacionales de salud que permiten dar respuestas coordinadas. En la mayoría de los desastres repentinos, brotes epidémicos y conflictos civiles, los EMT nacionales (EMT-N) casi siempre están en mejores condiciones para ofrecer asistencia inmediata a las personas necesitadas. Sin embargo, en emergencias a gran escala, las autoridades nacionales pueden recurrir a la ayuda adicional de los equipos internacionales, recibiendo en su país a EMT bien capacitados y autosuficientes que complementan los recursos nacionales o ayudan a cubrir temporalmente el aumento súbito de la demanda asistencial. La capacitación para coordinar todos los EMT, tanto nacionales como internacionales, evita las duplicidades y el desperdicio de recursos, asegurando que la ayuda llegue al mayor número de víctimas y salve la mayor cantidad de vidas posible.

Durante la respuesta al tifón Haiyan (Yolanda) del 2013, en Filipinas, se aplicó por primera vez la clasificación de EMT y los estándares mínimos, constatándose un beneficio tangible para la coordinación.⁹ La OMS y el Departamento de Salud de Filipinas colaboraron de manera eficiente para establecer un centro coordinador en línea, que se encargó de los traslados, intercambió la información pertinente y facilitó el acceso de los EMT menos equipados a técnicas como radiografías, cirugías programadas y análisis clínicos.¹⁰ Durante la epidemia de ébola en el África occidental, entre el 2014 y el 2015, así como en las respuestas al ciclón Pam de Vanuatu, en el 2015, la coordinación de los EMT fue más explícita, y en ella se adoptaron procesos definidos de registro y asignación de tareas. En la respuesta al terremoto de Nepal del 2015, se estableció una célula de información y coordinación de EMT (CICOM) de carácter oficial, dirigida por el Ministerio de Salud y Población con la colaboración de la OMS, que funcionó y obtuvo una reacción muy positiva de las autoridades nacionales y los integrantes de los EMT. Por otro lado, cuando un terremoto de magnitud 7,8 azotó Ecuador en el 2016, el Ministerio de Salud Pública se encontraba bien preparado gracias a la capacitación que acababa de recibir de parte de la OMS sobre la metodología de CICOM, de modo que pudo desplegar 22 EMT-N en cuestión de horas. Además, estos equipos nacionales contaron con la asistencia de siete EMT internacionales (EMT-I). La respuesta evidenció lo importante que es la preparación, ya que la capacitación sobre CICOM (EMTCC por su sigla en inglés) permitió una aplicación casi perfecta de esta célula de coordinación por parte del ministerio, para que todos los EMT desplegados se pudiesen coordinar sin contratiempos.

⁹ Brolin K, Hawajiri O, von Schreeb J. Foreign Medical Teams in the Philippines after Typhoon Haiyan 2013 - Who Were They, When Did They Arrive and What Did They Do? PLoS Curr. 2015;7: ecurrents.dis.0cadd59590724486bffe9a0340b3e718. Published 2015 May 5. doi: 10.1371/currents.dis.0cadd59590724486bffe9a0340b3e718

¹⁰ The Regulation and Management of International Emergency Medical Teams; WHO and IFRC 2017; <https://extranet.who.int/emt/guidelines-and-publications>

4.2 Fortalecimiento de capacidades

4.2.1 Gestión nacional de desastres, preparativos y respuesta ante situaciones de emergencia

Todos los países han sido instados a fortalecer sus capacidades para gestionar las emergencias de salud y los riesgos de desastre. Ello comprende la preparación y la disposición operativa para ampliar la prestación de servicios, incluidos los servicios prehospitalarios y clínicos necesarios para satisfacer el aumento de la demanda asistencial en caso de producirse una emergencia que tenga consecuencias para la salud. Con la constitución, recepción y coordinación de los equipos médicos nacionales e internacionales, se apuntalan las posibilidades de previsión y respuesta que son necesarias dentro del ciclo de gestión de desastres. El establecimiento de redes regionales de emergencia entre países fomenta el aprendizaje mutuo y la definición de mecanismos para acortar los tiempos de respuesta. Además, la clasificación mundial puede agilizar las solicitudes y el despliegue de EMT comprometidos con el cumplimiento de los estándares acordadas, incluido el registro ante las autoridades nacionales del país receptor, único ente legítimamente facultado para aceptar o rechazar un EMT.

La evaluación de la capacidad del país para garantizar la coordinación general de los EMT que responden (tanto nacionales como internacionales) y la calidad de la atención prestada debe incluir, como mínimo, lo siguiente:

- Un marco jurídico, es decir, un conjunto de leyes, regulaciones y otras disposiciones que regulen los EMT-N y la aplicación y el mantenimiento del mecanismo de coordinación de EMT;
- La adopción, a nivel nacional, de los estándares mínimos de EMT y los estándares técnicos conexos;
- El registro de los coordinadores nacionales de los EMT y la definición de una estrategia para capacitar al personal sobre los EMT y la CICOM;
- La introducción de procedimientos operativos estandarizados (POE) y su verificación periódica, en relación con el mecanismo de coordinación de EMT; y
- La definición de procesos y protocolos claros para la presentación de informes por parte de los EMT.

4.2.2 Adopción de los principios de EMT

Los gobiernos nacionales deben adoptar una serie de estándares fundamentales y técnicos, que sean específicos del contexto de su país, a fin de garantizar que los equipos nacionales no solo puedan responder, sino también que estén en condiciones de recibir asistencia en caso necesario.

Cuando sobreviene un evento, al principio suele haber poca información sobre sus repercusiones, y la evaluación de la capacidad nacional de respuesta puede ser imprecisa, de modo que las autoridades nacionales deben ser muy precavidas antes de dictaminar que no van a necesitar asistencia clínica externa. De hecho, la ayuda externa en medicina especializada y salud pública puede respaldar al sistema nacional de salud a la hora de brindar servicios especializados y reducir la mortalidad: por ejemplo, rehabilitación, atención de lesiones vertebrales, atención a pacientes con quemaduras o contención de brotes epidémicos.

4.2.3 Invertir en la capacidad nacional de EMT: sistemas, personal, suministros y equipamiento, estructura y espacio

Al crear y fortalecer las capacidades de EMT, se garantiza el mantenimiento de una fuerza laboral preparada para dar una respuesta eficiente y efectiva a la emergencia. Los EMT deben trabajar para alcanzar y mantener los estándares mínimos que les son aplicables, junto con el nivel más alto posible de preparación. La evaluación y el refuerzo de las capacidades se articulan en torno a los cuatro ejes que permiten al sistema de salud prepararse para reaccionar ante un pico súbito de demanda:

- Los sistemas; el personal; los suministros y equipamiento; y la estructura física. Los estándares mínimos de EMT orientan y facilitan el análisis y la definición de los elementos siguientes.
- Sistemas (POE, protocolos): políticas, POE y protocolos que definen el modelo operativo de cada equipo médico, lo que incluye, la movilización oportuna, la autosuficiencia, la capacidad y las limitaciones en la aplicación de estándares técnicos de atención y la interacción con otras partes implicadas en la respuesta a las emergencias.
- Personal (competencia, suficiencia y capacitación): habilidades y práctica profesionales, dotación de personal necesaria y disponible para colaborar en la prestación de los servicios, oportunidades de capacitación sistémica y puntual para aumentar las habilidades profesionales, la práctica y la confianza.

- Suministros y equipamiento: establecimiento y mantenimiento de un sitio de abastecimiento de suministros de apoyo clínico y operativo, en particular equipamiento médico, equipo médico fungible, productos farmacéuticos y suministros no médicos necesarios para prestar atención clínica, según el tipo de EMT y teniendo en cuenta la logística y otras limitaciones.
- Estructura física (estructuras y espacios, instalaciones temporales): adecuación y accesibilidad de la instalación para prestar la atención clínica necesaria, disponibilidad y reutilización de camas de hospitalización y apoyo a las necesidades de atención especializada.

Este modelo se basa en la capacidad de los equipos y permite mejorar la capacidad nacional para coordinarlos, contribuyendo a elevar el nivel general de preparación y disposición operativa.



Cuadro 5. Preparación y disposición operativa

Preparación y disposición operativa			
Sistemas	Personal	Suministros y equipamiento	Estructura física
<p>Institucional Políticas, estrategias, POE, planes de contingencia, preparación para la respuesta, con aprobación oficial y dotación de recursos. Gestión de la seguridad, evacuación médica y gestión de incidentes críticos.</p> <p>Operativo Mecanismos operativos establecidos y funcionales, cadenas de suministro, bases de datos y herramientas según el tipo de EMT.</p>	<p>Disposición operativa Contratación, capacitación y retención de personal calificado suficiente para mantener una plantilla funcional.</p> <p>Movilización Número suficiente de personas calificadas desplegables según las necesidades y los requisitos del tipo de EMT, con una descripción clara de sus funciones y responsabilidades.</p> <p>Operativo Cantidad adecuada de profesionales calificados, disponible y desplegable para cubrir las necesidades de rotación de los servicios clave, según el tipo de EMT</p>	<p>Recursos Agua, combustible, electricidad, comunicaciones, transporte.</p> <p>Personal y pacientes Alojamiento (refugio, camas, tiendas de campaña), material y enseres personales, víveres e insumos generales.</p> <p>Equipamiento Material clínico, logístico, agua, saneamiento e higiene, construcción secuencial.</p> <p>Instrumental médico y material de farmacia</p> <p>Equipamiento médico, material fungible de farmacia y clínico.</p>	<p>Espacio terrestre Predio de terreno suficiente para prestar los servicios y alojar al personal, según el tipo de EMT (escalable si es necesario).</p> <p>Instalaciones Tiendas de campaña, estructuras clínicas, refugios o módulos prefabricados, móviles o temporales y aptos para el clima según el tipo de EMT (con adaptación para trabajar en instalaciones existentes, si se solicita, o en los alrededores).</p> <p>Particularidades de las instalaciones Todos los requisitos relativos al suministro de agua y saneamiento, refugio, alimentos y otras cuestiones para atender a los pacientes y al personal, según el tipo de EMT (con acceso suficiente para reabastecerse sin afectar a la localidad). Servicios auxiliares Servicios auxiliares adecuados para armar, mantener y desmovilizar la infraestructura, según el tipo de EMT</p>
Capacidad de reabastecimiento			

4.3 Función de la OMS en el apoyo a las autoridades nacionales (ministerios de salud)

4.3.1 Métodos para ampliar las solicitudes de asistencia internacional por parte de los Estados Miembros, respeto por la soberanía

De conformidad con los principios fundamentales del derecho internacional, solo el gobierno del país afectado puede decidir si acepta o rechaza la intervención de un EMT. En cuanto se produce una emergencia, la secretaría de EMT y el órgano regional competente participan intensamente en las actividades necesarias para facilitar el despliegue rápido de los EMT y el establecimiento y la puesta en marcha de un mecanismo de coordinación. Estas actividades consisten en: asistencia técnica a distancia o en el mismo país; asesoramiento sobre los EMT disponibles en la clasificación mundial; activación del sistema de registro en línea del centro virtual de coordinación de operaciones in situ (OSOCC virtual); difusión de información esencial sobre los trámites de llegada y registro a todos los EMT internacionales (incluidos los que ya se encuentren en el país); publicación de esta información en todos los posibles puntos de contacto con los EMT, incluida la página web de la OMS sobre los EMT.

4.3.2 Centro de recepción y salida

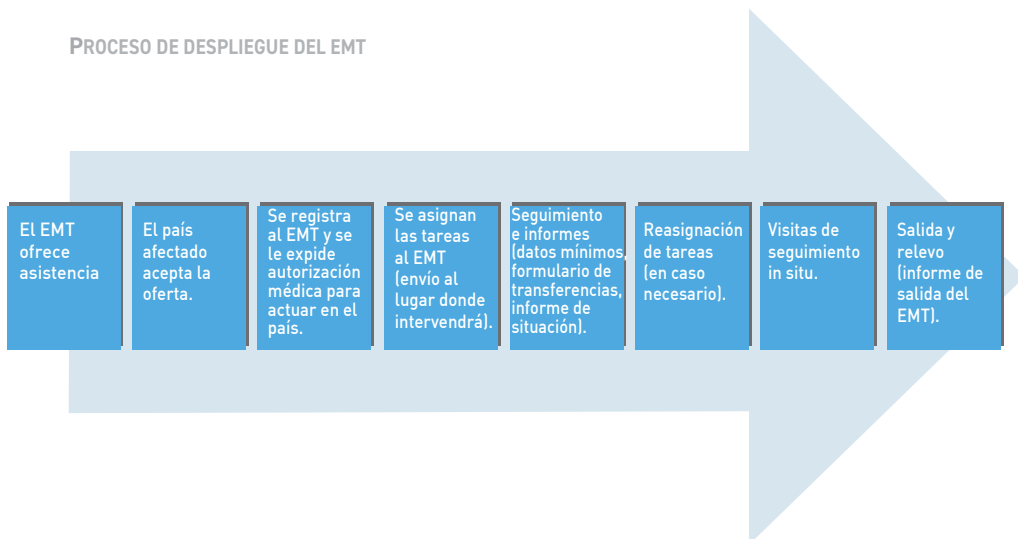
Como primer punto de contacto para la asistencia internacional, se debe establecer de manera sistemática un centro de recepción y salida que proporcione una mínima organización en medio del caos que acarrea un desastre. Este centro se instala en los principales puntos de arribo; de ello se encargarán, idealmente, las autoridades nacionales, pero en caso necesario pueden contar con la ayuda del Equipo de las Naciones Unidas para la Evaluación y Coordinación en Casos de Desastre (UNDAC), de un equipo de búsqueda y rescate capacitado por el INSARAG o de un EMT, a fin de dirigir a los equipos entrantes al mecanismo de coordinación, el cual les dará las instrucciones pertinentes (registro y asignación de tareas).

4.4 Activación de los EMT

Todo equipo médico (nacional, internacional, civil, militar u ONG) que brinde atención clínica directa en emergencias tiene la facultad de salvar vidas, pero también el potencial de hacer daño si no actúa siguiendo los estándares clínicos acordados, si no administra medicamentos y productos seguros o si no trabaja con personal capacitado.

La solicitud de ayuda es indispensable para que los EMT se desplieguen. Idealmente, los EMT nacionales deben confirmar su situación (disponibilidad) y capacidad según el plan nacional de respuesta a desastres. Si el país solicita formalmente la asistencia internacional, los EMT presentarán una oferta formal de asistencia, pero no acudirán hasta que la oferta haya sido aceptada y aprobada.

Figura 9. Proceso de despliegue del EMT



El despliegue del EMT es un paso crítico en la fase inicial de la respuesta a una emergencia. De cara a una óptima planificación de las diversas actuaciones, es imprescindible filtrar a los EMT entrantes según sus competencias y según las necesidades de la población afectada, así como conocer con precisión las capacidades generales del EMT (actuales y previstas), lo cual incluye el tipo de EMT que es, los servicios que puede prestar y las posibilidades de apoyo operacional que tiene. El ministerio de salud se reserva el derecho, en casi todos los casos, de otorgar la autorización oportuna a los equipos médicos que llegan, registrarlos y destinarlos donde exista mayor urgencia.

En la asignación de tareas se destina al EMT a un emplazamiento concreto desde donde actuará, en función del tipo de EMT que sea y de las capacidades que tenga, y teniendo en cuenta las necesidades o carencias detectadas, en aras de una utilización óptima de los recursos. En la respuesta al terremoto de Nepal (2015), se utilizó un modelo radial, por el cual los equipos más grandes se colocaban en puntos estratégicos y distritales mientras los más pequeños (tanto fijos como móviles) se desplegaban desde estos puntos. La ubicación estratégica de cada punto se eligió en función de las instalaciones de salud preexistentes o las áreas con mayor carga traumatológica. Los EMT de tipo 1 más pequeños, tanto fijos como móviles, fueron destinados a áreas más remotas, donde evaluaban los riesgos y determinaban si tratar los traumatismos in situ, derivarlos a un nivel asistencial más alto, como el hospital de distrito si el caso era asumible a ese nivel, o a la atención terciaria.

Se debe solicitar a los EMT que participen en la redacción de partes periódicos, que pueden ser diarios en la fase aguda de la emergencia y semanales cuando se establezca la situación. Los informes de los EMT deben redactarse siguiendo un formato estandarizado. Esta estandarización permite contar con un conjunto significativo de informes elaborados por los EMT, lo cual es necesario para tener un panorama general de la situación. Para satisfacer la demanda universal, la OMS constituyó un grupo de trabajo técnico en el 2016 y publicó un paquete de datos esenciales a incluir en los informes, conocido como conjunto mínimo de datos (MDS, por su sigla en inglés) y su formulario de comunicación diaria.¹¹ El formulario debe revisarse y adaptarse al contexto de la emergencia e integrarse con los formularios nacionales de notificación que ya existan.

¹¹ <https://www.springerprofessional.de/en/breakthrough-on-health-data-collection-in-disasters-knowledge-ar/17739664>

4.5 Coordinación de los EMT

4.5.1 Coordinación de operaciones dentro de la estructura de gestión de incidentes

La clave para que las labores de respuesta y recuperación tengan el éxito deseado es contar con un centro de operaciones de emergencia (COE) funcional. El COE garantiza la gestión y coordinación de la respuesta a emergencias de todo tipo, junto con un mecanismo definido de toma de decisiones y procedimientos para la activación, escalada y desactivación de las operaciones. El COE desempeña funciones de gestión, operaciones, planificación, logística, finanzas y administración.¹² La función de operaciones (operaciones de salud) garantiza la mejor coordinación de los servicios y la supervisión y disponibilidad de los recursos clínicos necesarios. Ello comprende diversas disciplinas relacionadas con la salud: atención prehospitalaria, atención primaria, especialidades médicas y quirúrgicas, manejo de enfermedades infecciosas, vigilancia, servicios de laboratorio y comunicación de riesgos.

La coordinación de los EMT debe hacerse dentro de los marcos de respuesta a emergencias existentes y, si es posible, deben dirigirla las divisiones de respuesta a emergencias del ministerio de salud, dentro del pilar de operaciones de salud del COE. Este centro sirve como punto coordinador para obtener y analizar la información básica en relación con el desastre, como los daños a la infraestructura de salud y la alteración de los servicios, a fin de fundamentar las decisiones estratégicas y operativas. El principal objetivo de las tareas de coordinación es asegurar que los EMT que responden, tanto nacionales como internacionales, satisfagan el exceso de demanda médica producido por la morbilidad o la alteración de las capacidades existentes. La coordinación de los EMT se centra en la atención y la cobertura clínica, la derivación y el transporte de pacientes y la logística y el apoyo operacional a los centros de atención clínica.

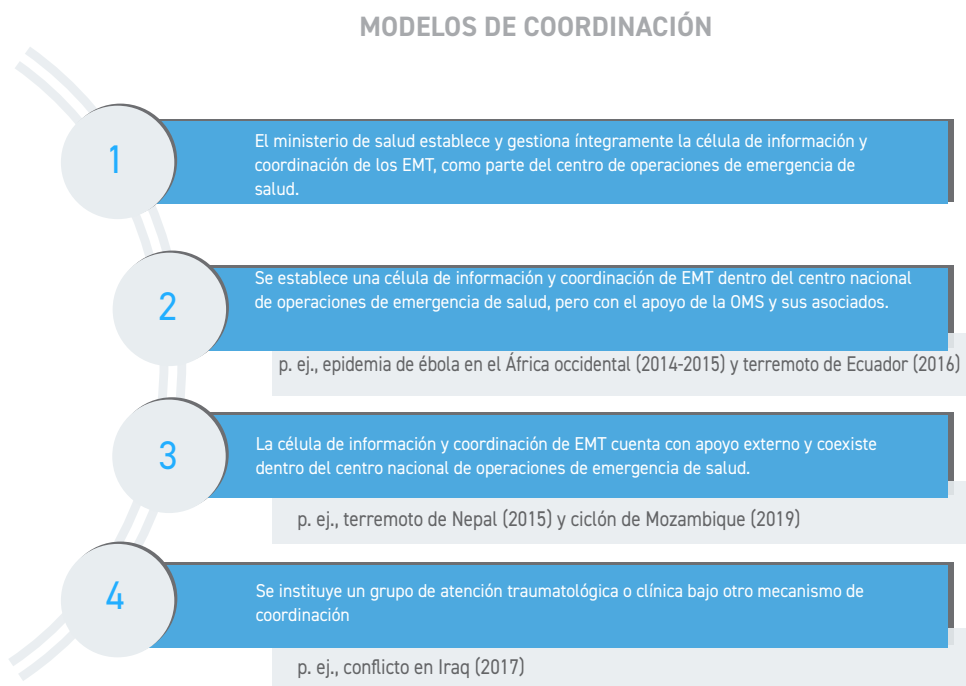
Para esta función puede ser preciso contar con expertos de la OMS que ayuden a los EMT en su arribo, con integrantes del equipo de las Naciones Unidas para la Evaluación y Coordinación en Casos de Desastre (UNDAC) o con expertos enviados directamente por los países vecinos en cooperación bilateral. Algunas agencias y ONG internacionales pueden desplegar EMT y otros expertos en salud y en otras cuestiones (p. ej., refugios, violencia de género o agua, saneamiento e higiene).

¹² A Systematic Review of Public Health Emergency Operations Centres (EOC); WHO 2013; https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2014.1/en/

4.5.2 Modelos de coordinación

La naturaleza y la escala de la emergencia requerirán diferentes modelos de coordinación para garantizar que se tengan en cuenta los agentes nacionales e internacionales adicionales en el mecanismo de coordinación de la respuesta. La figura 10, a continuación, recoge diferentes opciones de coordinación de los EMT.

Figura 10. Modelos de coordinación



4.5.3 Canales adicionales de coordinación

Los acuerdos de cooperación internacional y transfronteriza relativos a la preparación y respuesta ante emergencias pueden facilitar la prestación bilateral de asistencia mutua. En este caso, se recomienda la adopción de estándares técnicos y aplicar los pasos descritos para la activación de los EMT.

Las organizaciones militares suelen ser recursos clave en el plan nacional de gestión de desastres. Muchos gobiernos también tienen equipos médicos militares que intervienen cada vez más en desastres y brotes epidémicos. Aun respetando un canal de aceptación y coordinación inicial, si los equipos médicos militares prestan atención directa a la población local, tendrán que coordinarse a través del mecanismo de coordinación de EMT, para saber cómo están actuando los demás equipos médicos, cuáles son los protocolos locales y cómo funcionan las vías de derivación. En lugar de suponer un obstáculo, se ha demostrado que este mecanismo es útil para aclarar las necesidades sobre el terreno, incluidos los procesos de registro rápido; además, contribuye a disponer de un sistema único de coordinación a nivel táctico para la atención clínica.

La Cruz Roja y la Media Luna Roja también prestan asistencia internacional en desastres no relacionados con conflictos, a instancia de la sociedad nacional del país afectado y en aras del cumplimiento del mandato nacional vigente. El Acuerdo del Canal Rojo, suscrito entre la OMS y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR) en diciembre del 2020, estipula que las unidades de respuesta a emergencias de la FICR, en caso de intervenir en un país, se registrarán a su llegada ante las autoridades locales y ante el mecanismo de coordinación de EMT.

4.6 Seguimiento e informes durante la misión

El seguimiento y la presentación de informes de manera sistemática son indispensables para facilitar la coordinación de los EMT y mantener la calidad óptima de la atención dispensada. Una forma práctica de evaluar las operaciones del EMT es hacer visitas en el terreno y analizar el conjunto mínimo de datos (MDS, por su sigla en inglés), lo cual ayuda a detectar dificultades y solventarlas a través de la evaluación y respuesta colectivas.

Las visitas al lugar donde está trabajando el EMT deben hacerse cuando las operaciones estén lo suficientemente asentadas. Su objetivo no es únicamente verificar las operaciones del EMT (garantía de calidad), sino también ofrecer apoyo y orientación.

Los tres objetivos principales de las visitas sobre el terreno son:

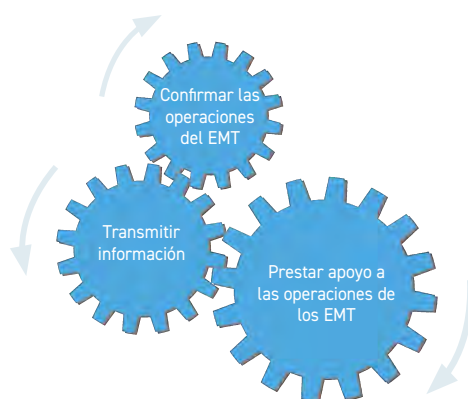
1. Transmitir información: actualizaciones de la localidad y de la situación general, POE e instrucciones nuevas o actualizadas.

2. Confirmar las operaciones del EMT:
 - a. lugar donde está prestando servicio (respecto del lugar asignado);
 - b. tipos de servicio que está prestando (respecto de los servicios declarados);
 - c. cumplimiento de los estándares mínimos, incluidos los referentes a documentación clínica, elaboración de informes y derivación;
 - d. cumplimiento de los protocolos o recomendaciones nacionales de tratamiento;
 - e. aceptación por parte de la comunidad;
 - f. integración con los prestadores de servicios y los mecanismos de coordinación de la localidad;
 - g. estrategia de salida, incluida la fecha prevista.

3. Ofrecer apoyo al trabajo del EMT:
 - h. comentarios sobre posibles mejoras (subsanción de deficiencias en el cumplimiento de los estándares mínimos);
 - i. directrices o protocolos de tratamiento actualizados;
 - j. asistencia con problemas operativos, como brechas en la derivación, necesidades logísticas o seguridad y protección;
 - k. coordinación de otras ayudas complementarias que necesite la población afectada según lo observado por los EMT, como alimentos, otros artículos, agua y saneamiento, etc.

Figura 11. Los tres objetivos de las visitas sobre el terreno

LOS TRES OBJETIVOS DE LAS VISITAS SOBRE EL TERRENO



La calidad de los servicios prestados se analiza a partir de la documentación y el análisis de variaciones o del cumplimiento de los protocolos nacionales y los estándares mínimos de EMT, que deben sustentarse en datos verificados meticulosamente.

5.1 Introducción

Con la adopción de estándares de atención clínica, es posible mejorar la calidad de la atención brindada a los pacientes, reduciendo la falta de uniformidad, los daños y las ineficiencias. También es posible proteger a los profesionales. Los estándares técnicos de atención clínica dependen del tipo de EMT.

Hay 27 estándares clínicos, que se muestran en el cuadro 6 y que representan procesos clínicos básicos y complementarios. Los procesos clínicos básicos son los actos asistenciales propiamente dichos, mientras que los complementarios son elementos de apoyo o accesorios para la prestación asistencial.

Cuadro 6. Estándares clínicos

ESTÁNDARES CLÍNICOS

SERVICIO	TIPO 1 MÓVIL	TIPO 1 FIJO	TIPO 2	TIPO 3
Triaje	Triaje inicial y de campo	Triaje inicial y de campo	Triaje quirúrgico	Triaje de derivación complejo
Evaluación, reanimación y estabilización	Reanimación y estabilización básicas	Reanimación y estabilización básicas	Manejo avanzado de la vía respiratoria con soporte vital	Atención a nivel de cuidados intensivos, respiración asistida disponible
Derivación y traslado	Estabilización básica y tras	Estabilización básica y transferencia	Aceptación de derivaciones, estabilización avanzada y derivación	Aceptación de derivaciones, cuidados intensivos con respiración asistida y derivación
Atención hospitalaria	No procede	Atención básica de enfermería	Atención médica profesional	Atención especializada de UCI
Heridas	Tratamiento inicial de heridas	Tratamiento inicial de heridas	Tratamiento quirúrgico completo de heridas	Tratamiento reconstructivo complejo de heridas
Quemaduras	Primeros auxilios y analgesia	Quemaduras superficiales <5% de superficie corporal (SCT)	Quemaduras de <20% SCT	Todas las quemaduras >20% SCT en cara, manos, perineo, genitales y plantas de los pies
Tratamiento de fracturas	Tratamiento básico de fracturas	Tratamiento básico de fracturas	Tratamiento avanzado de fracturas y cirugía	Atención ortopédica definitiva y compleja

SERVICIO	TIPO 1 MÓVIL	TIPO 1 FIJO	TIPO 2	TIPO 3
Lesiones de la médula espinal	Evaluación y traslado	Evaluación y traslado	Atención hospitalaria	Atención compleja
Enfermedades transmisibles	Detección e identificación	Salas de aislamiento	Inpatient capacities	Casos complejos que requieren cuidados intensivos
Enfermedades no transmisibles	Atención ambulatoria básica de enfermedades crónicas	Atención ambulatoria básica de enfermedades crónicas	Atención hospitalaria de descompensaciones agudas	Tratamiento avanzado y cuidados intensivos de urgencia para descompensaciones
Salud reproductiva, materna y neonatal	Atención obstétrica y neonatal básicas de urgencia, salud sexual y reproductiva	Atención obstétrica y neonatal básicas de urgencia, salud sexual y reproductiva	Atención obstétrica y neonatal integral de urgencia, salud sexual y reproductiva	Atención obstétrica y neonatal integral de urgencia, salud sexual y reproductiva con cuidados intensivos
Pediatría	Atención pediátrica ambulatoria básica y estabilización, evaluación nutricional	Atención pediátrica ambulatoria básica y estabilización, evaluación nutricional	Atención pediátrica de urgencia y estabilización, en régimen hospitalario y ambulatorio, cirugía pediátrica, tratamiento de la malnutrición	Atención de pacientes pediátricos en estado crítico, cirugía pediátrica compleja, cuidados intensivos pediátricos y neonatales
Analgesia y anestesia	Anestesia local y control del dolor	Anestesia local y control del dolor	Anestesia regional, raquídea y general en adultos y pacientes pediátricos	Capacidad para posoperatorio prolongado (cuidados intermedios), con respiración mecánica
Cuidados intensivos	No procede	No procede	No procede	Unidad de cuidados intensivos
Cirugía y atención perioperatoria	Intervenciones menores con anestesia local	Intervenciones menores con anestesia local	Cirugía general	Cirugía traumatológica y plástica especializada y avanzada (incluida la cirugía ortoplástica y maxilofacial)
Malnutrición	Evaluación, inicio de tratamiento ambulatorio	Evaluación, inicio de tratamiento ambulatorio	Abordaje clínico inicial de casos con complicaciones de salud	Cuidados intensivos neonatales y pediátricos, casos complejos
Cuidados paliativos	Cuidados paliativos iniciales con derivación	Cuidados paliativos iniciales con derivación	Control sintomático, incluidos los cuidados paliativos quirúrgicos; atención terminal	Control sintomático, incluidos los cuidados paliativos quirúrgicos; atención terminal
Rehabilitación	Rehabilitación básica	Rehabilitación básica	Servicios de rehabilitación ambulatorios y hospitalarios	Servicios de rehabilitación ambulatorios y hospitalarios en traumatismos complejos

SERVICIO	TIPO 1 MÓVIL	TIPO 1 FIJO	TIPO 2	TIPO 3
Salud mental y apoyo psicosocial	Evaluación, primeros auxilios psicológicos, derivación si está indicado			
Transfusiones de sangre	No procede	No procede	Capacidad de transfundir sangre segura	Capacidad de transfundir sangre segura
Laboratorio	Exámenes ambulatorios básicos; pruebas diagnósticas rápidas	Exámenes ambulatorios básicos; pruebas diagnósticas rápidas	Exámenes hospitalarios básicos	Análisis avanzados
Diagnóstico por imagen	Sin diagnóstico por imágenes	Sin diagnóstico por imágenes	Radiografías	Radiografías, ecografía eFAST*
Farmacia	Dispensación ambulatoria para la capacidad declarada, profilaxis antitetánica	Dispensación ambulatoria para la capacidad declarada, profilaxis antitetánica	Dispensación de medicamentos en régimen ambulatorio y hospitalario, incluidos medicamentos para cirugía y anestésicos ¹³	Dispensación de medicamentos a nivel de cuidados intensivos
Esterilización	Autoclave de vapor básico (en el campamento) o material desechable	Autoclave de vapor básico o material desechable	Autoclave quirúrgico completo con trazabilidad	Autoclave quirúrgico completo con trazabilidad
Infección prevention and control (IPC)	Protocolos apropiados para el control y prevención de las infecciones en la instalación			
Prevención y control de infecciones	Gestión de acuerdo con los principios de participación comunitaria ¹⁴			
Accidentes químicos, biológicos, radiológicos y nucleares (QBRN); toxicología y toxínología	Evaluación, descontaminación cuando sea posible, primeros auxilios y derivación	Evaluación, descontaminación cuando sea posible, primeros auxilios y derivación	Suministro de antídotos, si los hay	Atención en UCI si es segura y apropiada
Gestión de la información médica	El EMT dejará constancia documental, respetando siempre la confidencialidad de la información, de las intervenciones, el seguimiento clínico y las posibles complicaciones de la atención dispensada. El paciente podrá recibir una copia si lo desea. Asimismo, se informará regularmente, y una última vez antes de la partida, a las autoridades de salud locales mediante los formularios nacionales de notificación. Si no existen dichos formularios, se empleará el conjunto mínimo de datos (MDS) acordado. El EMT se abstendrá de realizar investigaciones sin el debido consentimiento del paciente y sin la aprobación del comité de ética de la autoridad competente. ¹⁵			

* Estudio ecográfico secuencial ampliado en politraumatismo (eFAST).

¹³ Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS, 21.ª lista (2019): <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325771?locale-attribute=es&>

¹⁴ Principles of Community Engagement, 2nd Edition; https://www.atsdr.cdc.gov/communityengagement/pdf/PCE_Report_Chapter_2_SHEF.pdf

¹⁵ https://www.who.int/ethics/Ethics_basic_concepts_ENG.pdf

5.1.1 Triage

Los EMT disponen de sistemas de triaje para priorizar a los pacientes según el grado de necesidad clínica. Estos sistemas se utilizan tanto en la prestación cotidiana como en situaciones con un gran número de víctimas.

Cada EMT adoptará un sistema de triaje que le permita priorizar y clasificar a los pacientes según el tipo de lesión o enfermedad y la urgencia. En todos los casos, se garantizará la asignación a cada paciente de un código intransferible de identificación. Se prestará especial atención a los cuadros infecciosos y a los incidentes con un gran número de víctimas, en los que el sistema debe adaptarse para garantizar la óptima gestión y clasificación de los pacientes.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Fijar un único punto de entrada para los pacientes, teniendo en cuenta las cuestiones de seguridad y protección.
2. Implantar un sistema de identificación con códigos intransferibles que tenga en cuenta el seguimiento y la protección del paciente.
3. Impartir educación y capacitación a todo el personal correspondiente sobre los sistemas y los protocolos de triaje, y nombrar a un responsable del triaje en cada turno, teniendo en cuenta su capacitación y experiencia.
4. Establecer un sistema de triaje especial para situaciones en las que exista un gran número de víctimas y garantizar la reevaluación continua de los pacientes.
5. Contar con un plan de atención a un gran número de víctimas que haya sido probado y validado.

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. En la respuesta a incidentes con un gran número de víctimas, se considerará la posibilidad de agregar una categoría de triaje para los pacientes que tengan mal pronóstico o escasas posibilidades de supervivencia, siempre que sea aceptable desde el punto de vista cultural. A estos pacientes habrá que proporcionarles analgesia adecuada y cuidados paliativos.
2. En la zona de triaje debe contarse con intérpretes y deben respetarse aspectos culturales como la separación por sexos en las zonas de espera (si procede).

5.1.2 Evaluación, reanimación y estabilización

Los EMT efectúan una evaluación sistemática de los pacientes y tienen la capacidad de estabilizarlos y reanimarlos cuando sea necesario y adecuado, en función de sus competencias.

Los EMT evalúan y tratan a los pacientes de forma sistemática. Si un paciente necesita un mayor nivel de atención, lo estabilizarán y remitirán a un establecimiento que pueda dispensársela. Algunos equipos pueden enfrentarse a situaciones en las que sea preciso practicar reanimaciones, pero la decisión de ofrecer esta intervención se adaptará al contexto. Es preciso contar con protocolos claros para que, en caso de reanimar a un paciente, se garantice su transporte seguro y se le ofrezca posteriormente el tratamiento adecuado.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. El EMT es capaz de realizar reanimación y estabilización básicas.
 - Soporte vital básico para recién nacidos, niños y adultos, sin intubación endotraqueal.
 - Tratamiento inicial que comprenda vía nasofaríngea u orofaríngea, ventilación con respirador manual (ambú) y mascarilla, oxígeno, vía intravenosa y fluidoterapia, medidas hemostáticas básicas y prevención básica de la hipotermia.

Tipo 2 y tipo 3

- Manejo avanzado de la vía respiratoria (intubación endotraqueal y vía aérea quirúrgica) con capnografía.
- Oxigenoterapia simultánea para varios pacientes (hasta 10 l/min), con medidas avanzadas de reanimación, como cirugía de emergencia.
- Transfusiones de sangre (véase el capítulo sobre rehidratación).

Tipo 3

- Respiración mecánica en una unidad de cuidados intensivos según se estime apropiado al contexto en el que trabaja el equipo.
- Aceptación de pacientes derivados de otras instalaciones para tratamiento especializado (adicional).

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Tipo 1 fijo

- Mascarilla laríngea o intubación endotraqueal, en cuyo caso se necesita capnografía básica.

5.1.3 Derivación y traslado

Los EMT deben disponer de protocolos para la derivación y el traslado de pacientes, a fin de brindar una atención de calidad, a través de la coordinación efectiva entre los establecimientos de salud emisores y receptores, y garantizar los aspectos de seguridad y protección para el personal y para los pacientes.

La configuración efectiva de los procesos de derivación y traslado es uno de los aspectos fundamentales de la atención de calidad. Los EMT deben garantizar que la derivación y el traslado sigan canales de transporte y comunicación claros, así como mecanismos de cumplimiento y rendición de cuentas entre los establecimientos de salud emisores y receptores de pacientes. Debe haber medidas de seguridad y mitigación de riesgos para proteger al personal y a los pacientes. El personal involucrado debe estar bien versado en dichos protocolos y procedimientos, para reducir el uso inapropiado del sistema.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Establecer un formulario y un sistema estandarizados para la derivación y el traslado de pacientes, incluido el traspaso formal entre el EMT y el establecimiento de salud emisor y receptor.
2. Responsabilizarse del paciente mientras es trasladado, hasta el momento en que se efectúa la entrega al EMT o establecimiento de salud receptor.
3. Comunicar los beneficios y riesgos asociados antes del traslado y gestionar el consentimiento informado por escrito del paciente o los familiares.
4. Dejar constancia documental por escrito de la situación clínica del paciente, el tratamiento actual, la intención de trasladarlo, la modalidad y el cronograma del traslado.
5. Llevar a cabo una preparación y estabilización minuciosas del paciente, antes de trasladarlo, siguiendo los principios de vía aérea, respiración, circulación, sistema nervioso y exposición (“ABCDE”).
6. Comprobar que se ha administrado analgesia suficiente antes de iniciar el transporte de pacientes.
7. Adoptar medidas adicionales antes del transporte: acceso intravenoso, analgesia o anestesia, drenajes torácicos, permeabilidad de la vía aérea e inmovilización de fracturas si es necesario.

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. El personal que acompañe a los pacientes críticos debe tener experiencia y capacitación en traslado de heridos y reanimación cardíaca avanzada, manejo de la vía respiratoria y cuidados críticos.

Notas de orientación

Para decidir las modalidades adecuadas de transporte, se tendrá en cuenta el contexto, la disponibilidad, la idoneidad (vía terrestre, aérea) y los planes de contingencia.

5.1.4 Atención hospitalaria

Los EMT disponen de sistemas para el manejo de los pacientes ingresados en sus instalaciones.

Solo los EMT de tipo 2 y 3 deben tener capacidad de ingresar pacientes en régimen hospitalario, pero el tipo 1 fijo debe estar preparado para atender a pacientes durante un período prolongado, mientras se organiza la derivación. Se debe contar con supervisión médica disponible las 24 horas del día, todos los días de la semana, ya sea en los pabellones o con turnos de guardia. El personal debe tener la capacitación y la experiencia pertinentes para las funciones encomendadas; por ejemplo, los niños deben ser atendidos por personal especializado en enfermería pediátrica.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. El tipo 1 fijo debe ofrecer enfermería básica, con capacidad para observar y cuidar a los pacientes mientras se organiza su derivación.
2. Debe establecerse un proceso para seleccionar los pacientes de cara a su ingreso y al seguimiento regular de su evolución, con mecanismos para detectar enseguida cualquier deterioro.
3. Deben establecerse sistemas estructurados para el traspaso de turnos y las rondas de visita multidisciplinarias.
4. Garantizar el flujo de información al paciente y sus familiares, incluida la notificación oportuna cuando esté listo para recibir el alta.
5. Capacitar a los pacientes y sus familiares o cuidadores sobre las tareas que podrían tener que asumir.
6. Protocolos para el traslado y derivación de pacientes que necesiten un mayor nivel de atención, asistencia especializada o controles/tratamientos posteriores. Proporcionar un plan documentado para el alta y la atención posterior.
7. Entregar al paciente un informe de alta o copia de su expediente.
8. Ayudar en la organización del traslado, la atención posterior si es necesario, los medicamentos proporcionados, rehabilitación, sillas de ruedas, muletas u otros artículos ortopédicos, según sea necesario.
9. Garantizar que se permitan las visitas, si es necesario, con protocolos adaptados para los pacientes pediátricos o en cuidados intensivos.

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

- ⓘ 1. La proporción mínima entre personal de enfermería y pacientes será de 1:8 en cada turno.
- ⓘ 2. La proporción mínima entre personal médico y de enfermería será de 1:3.
- ⓘ 3. Tipo 1 fijo: al menos tres médicos capacitados en atención primaria y urgencias.

ⓘ Este símbolo indica que es un requisito mínimo para los despliegues internacionales, en particular para los equipos que desean obtener la clasificación mundial.

5.1.5 Heridas

Los EMT tratan las heridas, con especial atención a la prevención de infecciones y el restablecimiento funcional.

El tratamiento de heridas constituirá, en muchas ocasiones, la mayor parte de la carga de trabajo que hace un EMT en la primera fase de la respuesta al desastre. Los EMT siguen protocolos clínicos para el tratamiento de los heridos que tardan más en ser atendidos, adaptándolos a los mecanismos específicos del traumatismo derivado del desastre.¹⁶

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

Evaluación inicial de la herida y limpieza

- Limpiar la herida según el protocolo vigente.
- Administrar inmunoglobulina y vacuna antitetánica, además de antibióticos según sea necesario.
- Analizar el entorno al que regresará el paciente y aplicar un vendaje adecuado.
- Documentar y ofrecer un plan de curaciones y apósitos si se requiere control posterior.
- Eliminar el tejido desvitalizado o contaminado. Practicar el desbridamiento quirúrgico únicamente en un entorno apropiado (quirófano), con sedación y anestesia.
- Evaluar la posibilidad de un injerto de espesor parcial o colgajo básico, o bien repetir el desbridamiento después de una limpieza adecuada con desbridamiento y revisión. Estas intervenciones deben practicarse en EMT de tipo 2 o equivalente.
- Evaluar la posibilidad de derivación para la reparación compleja de grandes defectos después del desbridamiento y el control antiséptico adecuado. Es necesario definir vías de derivación y comunicación para estos servicios (tipo 3 o equivalente).

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Debe ofrecerse vacunación antirrábica en zonas donde la rabia sea endémica y exista el riesgo de sufrir mordeduras de animales.
2. Cuando la demanda de tratamiento de heridas sea muy grande, se delimitarán zonas especiales donde los pacientes tengan acceso directo a los controles de seguimiento.

¹⁶ Management of Limb Injuries during disasters and conflicts; <https://extranet.who.int/emt/guidelines-and-publications>

5.1.6 Quemaduras

Los EMT deben tener la capacidad de tratar a pacientes con quemaduras, incluidos los incidentes con gran número de pacientes, descartar otras lesiones importantes y comenzar la atención adecuada de las quemaduras mientras se espera el traslado a un centro de atención de pacientes con quemaduras u otro tipo de establecimiento.

Por la naturaleza de la lesión, las quemaduras suelen implicar para el paciente un recorrido clínico prolongado, que tiene consecuencias para la salud a largo plazo, con afectaciones de la funcionalidad, la calidad de vida y la salud mental. Los EMT deben ser capaces de ofrecer atención inicial a los pacientes con quemaduras: ello comprende el triaje, los primeros auxilios, las evaluaciones secundarias y terciarias y el tratamiento adecuado (apósitos, analgesia e hidratación, según estén indicados). Todos los EMT deben conocer los protocolos locales y nacionales de atención de quemaduras, así como las vías de derivación de pacientes con quemaduras en su área de trabajo.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Todos los EMT pueden garantizar la atención de los pacientes con quemaduras y su derivación.

Tipo 1 móvil

- Triage y prestación de los primeros auxilios por quemaduras, así como administración de analgésicos.

Tipo 1 fijo

- Tratar quemaduras superficiales de hasta el 5% de SCT (sin cirugía).
- Tratar las quemaduras \rightarrow 5% SCT con analgesia, limpieza y apósitos; derivar al paciente a un nivel asistencial más alto, según los protocolos locales.

Tipo 2

- Tratar quemaduras de hasta el 20% de SCT.
- Quemaduras \leftarrow 20% SCT: lavado quirúrgico, líquidos (orales e intravenosos), posicionamiento de extremidades, escisión e injertos, procedimientos de urgencia, soporte nutricional y rehabilitación temprana.

Tipo 3

- Tratar todas las quemaduras \rightarrow 20% SCT.
- Tratar quemaduras en cara, manos, perineo, genitales y plantas de los pies.
- Pueden necesitarse especialistas en quemaduras para complementar el EMT de tipo 3.
- Según el contexto, se puede necesitar derivación a un establecimiento especializado.

2. Si se practica la escisión e injerto preliminar en la instalación, el cuidado del paciente deberá continuar y únicamente se lo trasladará si su situación clínica se deteriora.

3. Calcular el nivel de líquidos recomendado desde el momento de llegada al EMT o establecimiento de salud.¹⁷
4. Promover la ingesta oral de líquidos según corresponda. En el caso de que haya un gran número de heridos, no debe administrarse a los pacientes con quemaduras rehidratación intravenosa en el lugar del desastre.

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Fomentar la rehabilitación temprana de todos los pacientes con quemaduras, con la colaboración de especialistas en rehabilitación.
2. Los especialistas en rehabilitación son potencialmente idóneos para hacerse cargo de los cuidados de los pacientes con quemaduras después de la intervención quirúrgica y las curaciones. Cuando esté indicada, la rehabilitación, incluidos los ejercicios activos y pasivos y la readaptación funcional, debe comenzar en la fase más temprana posible, una vez estabilizadas las funciones vitales y consideradas las debidas precauciones.

Notas de orientación

- Las lesiones por inhalación y calor pueden causar la inflamación severa de las vías respiratorias altas, la cual puede desarrollarse en cuestión de horas, mientras se administra rehidratación¹⁸.
- Monitorizar meticulosamente la función respiratoria, ya que un deterioro probablemente requerirá el manejo de la vía aérea o la derivación.
- Se ha constatado claramente que la distribución de los heridos desde el lugar del desastre y el flujo posterior de pacientes son parte integral del uso eficiente de recursos de salud y mejoran la evolución de los pacientes en incidentes con un gran número de víctimas.

¹⁷ "Recommendations for burns care in mass casualty incidents: WHO Emergency Medical Teams Technical Working Group on Burns (WHO TWGB) 2017-2020"; <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S03054179203045999>

¹⁸ Dries D. J., Endorf F. W. "Inhalation injury: epidemiology, pathology, treatment strategies". Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2013;21:31. Publicado el 19 de abril del 2013. doi:10.1186/1757-7241-21-31.

5.1.7 Tratamiento de fracturas

Los EMT tratan fracturas y lesiones en las extremidades, en la medida de sus competencias, y derivan a los heridos a otros servicios de diagnóstico, atención o seguimiento.

Los EMT siguen los protocolos clínicos apropiados para el tratamiento de fracturas y lesiones en las extremidades.¹⁹ El correcto tratamiento de la fractura comprende un plan para la continuidad de la atención, que el paciente debe entender, con un canal claro de derivación y seguimiento por parte de otro EMT o del establecimiento de salud local, según sea necesario. Los controles de seguimiento posteriores variarán: desde la simple retirada de una tablilla o un yeso hasta la extracción de la fijación externa, la rehabilitación y la colocación de prótesis después de una amputación.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Derivar a los pacientes que necesiten intervención quirúrgica a una instalación equivalente al tipo 2 o 3.
2. Tratamiento de la fractura
 - Inmovilizar la fractura en una buena posición, principalmente con la aplicación de una venda enyesada (férula posterior para el tratamiento inicial, no yesos circunferenciales).
 - Incluir una analgesia efectiva.
 - Cualquier dispositivo insertado, como un fijador externo, debe ser retirado por el cirujano o debe asegurarse un seguimiento fiable.
3. Amputación
 - Utilizar sistemas de puntuación objetivos para predecir la probabilidad de supervivencia de la extremidad, como la escala MESS (Mangled Extremity Scoring System) y documentar el proceso de decisión.²⁰
 - Recabar por escrito el consentimiento inequívoco del paciente o del tutor legal antes de practicar la amputación, teniendo en cuenta las dimensiones socioculturales, religiosas, económicas y éticas.
 - Practicar amputaciones solo con la anestesia y la analgesia adecuadas. Únicamente lo harán cirujanos capacitados y acreditados para la práctica quirúrgica en el país donde ejercen.
 - Se debe maximizar la longitud de la extremidad y facilitar el ajuste de la prótesis.
4. Síndrome compartimental y aplastamiento
 - Derivar al paciente o ingresarlo en una instalación para tratamiento quirúrgico (fasciotomía o desbridamiento), con estrategias de nefroprotección y observación. Pueden necesitarse cuidados intensivos y hemodiálisis (tipo 3 o equivalente).

Notas de orientación

• En situaciones de desastre, los injertos óseos y la fijación interna no tienen cabida en el tratamiento inicial de las fracturas y únicamente pueden realizarse en instalaciones apropiadas (no en tiendas de campaña).

¹⁹ Management of Limb Injuries during disasters and conflicts; <https://extranet.who.int/emt/guidelines-and-publications>

²⁰ Herard P, Boillot F. Amputation in emergency situations: indications, techniques and Médecins Sans Frontières France's experience in Haiti.

5.1.8 Lesiones de la médula espinal

Todos los tipos de EMT deben ser capaces de reconocer con prontitud las lesiones de médula espinal, inmovilizando al herido y brindándole la atención adecuada.

El manejo inicial de las personas que han sufrido lesiones de la médula espinal es vital para su supervivencia y posterior calidad de vida. Los EMT deben evitar las lesiones secundarias y prevenir complicaciones. El manejo de la lesión medular debe realizarse comprendiendo el contexto y la disponibilidad de asistencia a largo plazo a nivel nacional, especialmente para los casos de lesiones de la columna cervical alta.²¹

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Evaluar a todos los pacientes con heridas traumáticas para determinar si han sufrido lesiones de la médula espinal; manipular y trasladar a los heridos adecuadamente para evitar lesiones secundarias (p. ej., movilización en bloque).
2. Realizar un examen adecuado, administrar analgesia e inmovilizar la columna vertebral.
3. Evitar la permanencia sobre tablas duras por períodos prolongados, para prevenir las úlceras de decúbito.
4. Garantizar el cuidado de la vía urinaria y los intestinos, del área de presión y de la prevención de otras complicaciones.
5. Trasladar a los heridos con sospecha de lesión medular a un establecimiento que tenga la capacidad de dispensar el tratamiento definitivo.
6. Informar al ministerio de salud o a la CICOM de todos los heridos con sospecha de lesión medular a través de un sistema de notificación.

²¹ Organización Mundial de la Salud (2016). Emergency medical teams: minimum technical standards and recommendations for rehabilitation. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252809>.

5.1.9 Enfermedades transmisibles

Los EMT están debidamente preparados para detectar, aislar, tratar, derivar sin riesgos y notificar casos de enfermedades transmisibles, al mismo tiempo que protegen a los demás pacientes, al personal y al medioambiente.

Cuando se produce un desastre o una emergencia y la densidad demográfica es alta, las enfermedades transmisibles representan una grave amenaza para la salud de las poblaciones. Los EMT deben ofrecer tratamiento clínico e intervenciones de salud pública a los pacientes y las comunidades que atienden, estando al tanto de las enfermedades transmisibles endémicas que sean prevalentes en la zona de la misión, las más frecuentes de las cuales son las diarreas y las infecciones respiratorias agudas. Respecto a algunas enfermedades transmisibles como el cólera, las infecciones respiratorias agudas graves y las fiebres hemorrágicas víricas, se pueden desplegar EMT especializados que tienen la capacidad de poner en marcha sistemas adecuados para el triaje, el diagnóstico, el aislamiento, el manejo de los casos y la derivación de pacientes, aplicando las medidas adecuadas de prevención y control de infecciones (PCI).

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Utilizar una definición de “caso” en el área de triaje, buscar y detectar los posibles cuadros de enfermedades transmisibles y crear una línea de acceso exclusivo para esos pacientes.
2. Aislar a los pacientes con posibles enfermedades transmisibles.

Tipo 1 fijo, tipo 2 y tipo 3

- Contar con un área de aislamiento.
- Garantizar la disponibilidad de instalaciones para el lavado de manos y saneamiento separados
- Establecer un sistema de tratamiento de las aguas residuales infecciosas.
- Separar el área de colocación del EPP (entrada) respecto del área donde se retira (salida).

Tipo 2 y tipo 3

- Atender los casos de enfermedades transmisibles que necesiten hospitalización.
- Contar con capacidad hospitalaria independiente, con acceso propio a las instalaciones sanitarias (p. ej., baños y duchas) para los pacientes en aislamiento.
- Derivar a los pacientes para que reciban el tratamiento adicional que necesiten.

3. Notificar periódicamente a las autoridades de salud, utilizando el conjunto mínimo de datos (MDS) o el formato acordado con ellas. La gestión de datos exige contar con recursos suficientes, que no deben subestimarse.

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Realizar pruebas de diagnóstico rápido si están disponibles.
2. Establecer vínculos funcionales con otros recursos y dispositivos de salud pública preexistentes que estén disponibles.

Notas de orientación

- Los EMT podrán obtener muestras siempre que tengan acceso al equipo de protección (EPP) adecuado y demás equipo, y hayan recibido la formación pertinente. A continuación, la muestra podrá enviarse a un laboratorio fuera de las instalaciones, con las medidas de protección del caso. Algunos brotes epidémicos únicamente pueden confirmarse mediante los análisis de laboratorio; ahora bien, si se aplican umbrales de alerta claramente definidos, se pueden tomar medidas inmediatas cuando se sospeche de un brote.
- Los equipos de tipo 1 a menudo utilizan áreas de aislamiento, para lo cual tienen una carpa adicional más pequeña que puede montarse rápidamente y cuyo diseño es sencillo: se cuenta con un área de colocación del EPP (en la entrada) separada del área donde se retira (en la salida), instalaciones para lavarse las manos, sistema de tratamiento de aguas residuales infecciosas e instalaciones sanitarias separadas.
- Los EMT con capacidad hospitalaria que atienden casos complejos, como los campamentos más grandes, agrupan los casos confirmados.
- En el supuesto de que el brote epidémico crezca, por ejemplo, en una inundación con enfermedades diarreicas, es posible que deban ampliarse las áreas de aislamiento.



5.1.10 Enfermedades no transmisibles

Los EMT están debidamente equipados para detectar y tratar a los pacientes con enfermedades no transmisibles que acuden a sus instalaciones, al tiempo que garantizan la derivación efectiva como parte de su continuidad asistencial.

Durante una emergencia, las enfermedades no transmisibles (ENT) son una amenaza importante para la población. Entre las principales ENT cabe mencionar las afecciones cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, las dolencias pulmonares, el asma, la insuficiencia renal dependiente de diálisis, la obesidad, la epilepsia y la depresión.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Tratar a los pacientes que presenten con cuadros clínicos potencialmente mortales o síntomas graves de ENT, incluidos los pacientes que presenten o estén en riesgo de presentar una reagudización o complicaciones serias de su enfermedad, sufrimiento físico intenso o aquellos cuya interrupción del tratamiento podría resultar mortal.²² Los tipos 2 y 3 ofrecen atención hospitalaria intensiva avanzada para las exacerbaciones agudas de enfermedades crónicas. Si no se dispone de la atención adecuada, se ofrecerán cuidados paliativos y complementarios.^{23,24}
2. Dispensar atención ambulatoria básica para las ENT en caso de exacerbaciones leves.
3. Comprobar que los pacientes estén informados y conozcan su enfermedad, cuando resulte práctico.
4. Seguir las pautas nacionales de tratamiento, cuando puedan consultarse.
5. Ofrecer un mínimo de dos semanas de continuidad del tratamiento para atender a los pacientes en el manejo de su patología crónica.
6. Remitir a los pacientes con ENT a establecimientos de salud especializados o de nivel superior, o bien conectar a los pacientes con servicios médicos que puedan dispensarles el tratamiento que necesitan.

²² https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204627/WHO_NMH_NVI_16.2_eng.pdf;sequence=1.

²³ Integrating Palliative Care and Symptom Relief into the response to humanitarian emergencies and crises (OMS, 2018): <https://extranet.who.int/emt/guidelines-and-publications>.

²⁴ El Manual Esfera 2018: <https://spherestandards.org/es/manual-2018>.

5.1.11 Salud reproductiva, materna y neonatal

EMTs provide adequate and respectful reproductive, maternal and neonatal health care in any deployment.²⁵

Maternal health refers in this context to care organized for, and provided to, all women in a manner that maintains their dignity, privacy and confidentiality, ensures freedom from harm and mistreatment, and enables informed choice and continuous support during pregnancy, labour, childbirth and immediate puerperium.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Atención obstétrica y neonatal básica de urgencia
 - Atender el parto normal sin complicaciones (nivel equivalente al de partera). Todos los equipos deben contar con parteras y médicos con experiencia en salud maternoinfantil.
 - Trasladar los casos complicados (véase el capítulo sobre derivación) a instalaciones de tipo 2 o 3 o equivalente, donde pueda dispensarse toda la atención obstétrica y neonatal de urgencia que se necesite.
 - Reservar un área privada para la estabilización, los partos de urgencia (si es necesario) o la protección de las mujeres. Esta área debe reunir algunos criterios mínimos de privacidad, protección, temperatura, iluminación, espacio y acceso a equipamiento y materiales.
 - Documentar el trabajo de parto y la atención dispensada con carácter general, por ejemplo, con el partógrafo de la OMS. Los EMT deben dejar constancia de los nacimientos según el protocolo nacional y entregar a la madre, como mínimo, un certificado de nacimiento.
 - Capacidad para administrar antibióticos parenterales, uterotónicos y tratamiento de la eclampsia, y llevar a cabo reanimación materna y neonatal básica.
 - Facilitar el alojamiento de la madre junto al neonato y promover la lactancia materna inmediatamente después del parto.

²⁵ Minimum Technical Standards and Recommendations for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health care; <https://extranet.who.int/emt/guidelines-and-publications>

2. Atención obstétrica y neonatal completa de urgencia

Tipo 2 y tipo 3

- Realizar parto vaginal asistido y cesárea, extracción manual de placenta y manejo del aborto incompleto (farmacológico o quirúrgico).
- Tratar las complicaciones obstétricas comunes: preeclampsia, eclampsia, embarazo múltiple, presentación distócica, posición anómala, reparación perineal, sepsis, hemorragias prenatales o puerperales, reanimación neonatal y complicaciones propias de las mujeres que fueron sometidas a mutilación genital. El tipo 3 puede abordar todas las complicaciones obstétricas importantes.
- Reservar un área de hospitalización prenatal y posnatal y un área de atención prenatal ambulatoria, además de un espacio privado dedicado a la atención obstétrica, dentro del EMT y próximo al quirófano y a la zona de pediatría, que cuente con cama de parto. Estas áreas deben reunir algunos criterios mínimos de privacidad, protección, temperatura, luz, espacio y acceso a equipamiento y materiales.

Tipo 3

- Ofrecer cuidados intensivos neonatales y maternos y disponer de una UCI con capacidad para atender a las madres y los recién nacidos, la cual debe contar con control climático adecuado y posibilidad de separar un área donde se pueda atenuar la luz y el ruido, para los casos de eclampsia severa; además, en el equipo debe haber un enfermero de neonatología o pediatría.
- El equipo también debe contar con un especialista en obstetricia y dos parteras.

3. Atención a las víctimas de una agresión sexual

- Suministrar o garantizar el acceso a la anticoncepción de urgencia, en la medida contemplada en la legislación del territorio donde trabaja el equipo.
- Proporcionar la profilaxis contra el VIH posterior a la exposición (PEP) y las vacunas antitetánicas.
- Tener en cuenta los servicios de protección, concretamente para casos de violencia sexual y de género. Todo el personal debe haber recibido capacitación sobre violencia sexual y de género.

²⁶ Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection WHO Fact Sheet, December 2014; https://www.who.int/hiv/topics/prophylaxis/pep_factsheet_dec2014.pdf?ua=1

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Evaluar las necesidades de asistencia hospitalaria prolongada, ya que el parto puede comenzar en cualquier momento y prolongarse más allá del horario diurno del equipo (tipo 1 fijo).
2. Se recomienda que un EMT con competencias y capacidades adecuadas incluya la reparación perineal simple, la aspiración manual endouterina, la extracción manual de la placenta y el parto vaginal asistido en los servicios ofrecidos en el tipo 1.
3. Habilidades y equipo de ecografía.
4. Disponer de mesa de reanimación neonatal con fuente de calor.
5. Evaluar la posibilidad de ofrecer alguna modalidad de anticoncepción, si está permitida en el país. Si no la ofrece el EMT, se debe dirigir a la paciente al servicio de planificación familiar más próximo.
6. Proporcionar anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC), incluido el dispositivo intrauterino (DIU), si hay disponibilidad general en el territorio de la misión, particularmente si el trabajo del EMT se prolonga después de la fase inicial de la emergencia.
7. Se considera aceptable que el equipo cuente con un cirujano general capacitado y experimentado en la práctica de la cesárea, pero se recomienda encarecidamente que los EMT de tipo 2 también cuenten con un especialista en obstetricia y dos parteras.

Notas de orientación

- Elaborar POE sobre las afecciones con las que el equipo esté menos familiarizado y garantizar que el equipo clínico disponga de referencias adecuadas, en particular sobre atención a las víctimas de la violencia sexual y de género..

5.1.12 Pediatría

Los EMT son capaces de ofrecer asistencia neonatal y pediátrica integral, a fin de reducir la morbimortalidad infantil, abordando las principales causas de enfermedad que afectan a la salud de los niños en situaciones de emergencia.

El EMT debe estar debidamente equipado y disponer de suficientes recursos y conocimientos técnico-clínicos para prestar atención básica a las urgencias neonatales y pediátricas y estabilizar traumatismos, además de atender enfermedades comunes de la infancia, transmisibles y no transmisibles. Los EMT deben ser capaces de responder a las principales causas de muerte en los niños, como el parto prematuro y las complicaciones relacionadas con el parto (asfíxia perinatal), la neumonía, las diarreas y la malaria.²⁷

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Atención pediátrica

- Prestar servicios de estabilización básica de urgencias y traumatismos, asistencia neonatal básica, atención pediátrica ambulatoria, diagnóstico y aislamiento de enfermedades transmisibles y manejo básico de enfermedades no transmisibles.
- Administrar la vacuna antitetánica; no obstante, los programas de vacunación sistemática no son competencia de los EMT.
- Examinar a los niños de 6 a 59 meses para detectar cuadros de malnutrición, midiendo el perímetro mesobraquial, e iniciar el tratamiento ambulatorio en casos no complicados.
- Utilizar un sistema de documentación clínica adecuado, con secciones separadas para las observaciones pediátricas, el equilibrio de líquidos y el tratamiento del dolor. Se debe tener en cuenta específicamente la inmunización, el estado nutricional y el peso.
- Contar con reservas suficientes de equipamiento, material fungible y medicamentos esenciales de neonatología y pediatría para un mínimo de 14 días.

Type 2

- Contar con al menos un integrante del equipo con experiencia en pediatría y enfermedades pediátricas; así como con un cirujano y un anestesiólogo con experiencia pediátrica, a fin de proporcionar anestesia a los niños y brindarles atención quirúrgica, perioperatoria y médica.

Tipo 3

- Se incorporará a personal de enfermería de neonatología y se ofrecerán cuidados intensivos para recién nacidos y pacientes pediátricos.

²⁷ Minimum Technical Standards and Recommendations for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health care; <https://extranet.who.int/emt/guidelines-and-publications>

2. Protección infantil

- Garantizar que el personal reciba la capacitación adecuada para detectar y resolver problemas relacionados con la protección infantil, según la política interna de protección infantil.
- Nombrar un coordinador de protección infantil en el equipo, que tenga capacitación adicional y experiencia en este tema.
- Garantizar que, a lo largo de todo el proceso asistencial, no se separe al recién nacido o niño de sus padres o cuidadores.
- Implantar un sistema de registro y un procedimiento reconocido para contabilizar a todos los menores no acompañados que acuden al establecimiento de salud.

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. El personal clínico debe tener experiencia en asistencia neonatal, pediatría clínica, urgencias pediátricas, traumatismos y heridas, nutrición, manejo de líquidos y electrolitos, sedación consciente, analgesia y dosificación pediátrica de medicamentos.
2. Proporcionar capacitación adaptativa para el cuidado de la salud infantil.
3. Reservar un área demarcada y supervisada para los menores no acompañados.
4. Evaluar la posibilidad de colocar estaciones de lavado de manos y letrinas que sean fáciles de usar para los niños.
5. Todo el personal debe suscribir la política de protección infantil.
6. Adoptar un sistema de documentación y notificación de lesiones inexplicables en la población infantil, incluido un mapeo corporal, que se conserve en un lugar seguro y bajo llave, y respetar los protocolos nacionales de denuncia.

Tipo 3

- Incluir un médico de urgencias pediátricas, un cirujano pediátrico, un anesthesiólogo pediátrico y personal de enfermería con experiencia en cuidados intensivos neonatales.
- Garantizar que se conocen procedimientos como oxigenoterapia infantil, catéteres venosos permanentes, manejo hidroelectrolítico en niños, vías intraóseas, drenaje torácico, colocación de catéter urinario, punción vesical, punción lumbar, paracentesis, terapia de nebulización y ventilación no invasiva.

5.1.13 Analgesia y anestesia

Los EMT ofrecen a los pacientes un manejo adecuado del dolor. Ello comprende tanto la anestesia general para los pacientes traumatizados, en espera de ser derivados a un nivel más alto de atención, como la anestesia operatoria y perioperatoria.

El tratamiento del dolor es un derecho humano fundamental. Los EMT deben ser capaces de controlar el dolor agudo y cumplir con los estándares mínimos.²⁸ Esto incluye evaluar la posible aplicación de un enfoque multimodal y la disponibilidad de una gama de diversos fármacos y opciones terapéuticas. Las técnicas específicas, como la anestesia regional, también permiten inducir una anestesia segura en entornos donde los recursos son escasos. La capacidad de proporcionar anestesia general es obligatoria para los tipos 2 y 3. La elección del procedimiento dependerá de la naturaleza y extensión de la intervención quirúrgica.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. EL EMT contará con un anesthesiólogo autorizado para administrar anestésicos, que esté debidamente capacitado y experimentado para trabajar en entornos austeros.
2. La documentación de cada paciente debe constar de anamnesis, exploración física y consentimiento, evolución prevista y seguimiento.
3. Se garantizará la seguridad y el bienestar del paciente durante todo el proceso quirúrgico.
4. Analgesia
 - Se administrará anestesia local para las intervenciones y analgesia para el control del dolor.
 - Se evaluará el dolor a la llegada del paciente y de forma regular durante su estancia, ofreciendo tratamiento con medicamentos de potencia creciente cuando el efecto sea insatisfactorio.
 - Se dispensarán al paciente los analgésicos que estén indicados y se le darán las instrucciones pertinentes para el seguimiento.
5. Sedación quirúrgica, tipo 2 y tipo 3
 - Se administrará un sedante para inducir un estado que permita al paciente tolerar intervenciones molestas (de corta duración). En este tipo de sedación se conservan los reflejos pulmonares, el impulso respiratorio y las funciones cardiovasculares.
 - Requiere una cuidadosa selección del paciente, así como personal, equipamiento y vigilancia perioperatoria y posoperatoria.

²⁸ Gelb AW, Morriss WW, Johnson W, Merry AF; International Standards for a Safe Practice of Anesthesia Workgroup. World Health Organization-World Federation of Societies of Anaesthesiologists (WHO-WFSA) International Standards for a Safe Practice of Anesthesia. *Can J Anaesth*. 2018 Jun;65(6):698-708. English. doi: 10.1007/s12630-018-1111-5. Epub 2018 May 7. PMID: 29736769

6. Anestesia

Tipo 2 y tipo 3

- Administrar anestesia regional, raquídea y general, tanto en adultos como en pacientes pediátricos, con garantías de seguridad.
- Garantizar la documentación y los procesos: evaluación preoperatoria, plan de anestesia, consentimiento y pausa preoperatoria de verificación.
- Reservar un espacio especial para la reanimación posquirúrgica, próximo al quirófano, en el que se cuente con personal de enfermería dedicado a la atención posoperatoria por cada dos pacientes, así como un equipo de monitorización.
- Instalar equipos de reanimación cardiopulmonar tanto en el quirófano como en el área de recuperación posquirúrgica.
- Contar con la medicación, el equipamiento y el personal necesarios para la reanimación cardiopulmonar en caso de producirse una complicación anestésica.
- Contar con oxígeno suplementario, aspiración, monitorización básica de constantes vitales, acceso a desfibrilador en el quirófano y un detector de dióxido de carbono (CO₂).
- Disponer de accesorios básicos para la vía respiratoria y balones de reanimación autoinflables pediátricos y para adultos.
- Disponer la asistencia perioperatoria que incluya tratamiento del dolor y una unidad de atención posanestésica dotada del personal y el equipamiento posoperatorio adecuados.

Tipo 3

- Disponer de respirador, desfibrilador, bomba para jeringas, calentador de sangre y neuroestimulador o ecógrafo.
- Garantizar la monitorización avanzada, incluida la función cardíaca y el CO₂ telespiratorio (EtCO₂).
- La atención perioperatoria debe incluir control del dolor y una unidad de atención posanestésica dotada del personal y el equipamiento a nivel de UCI.

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

- ① Relación mínima de anesthesiólogos por mesa de operaciones, 2:1
- ① Relación mínima de anesthesiólogos por cirujanos, 1:1.
- ① Relación mínima de cirujanos por mesa de operaciones, 2:1.

Notas de orientación

Si el equipo posee la experiencia técnica y la capacidad de monitorizar al paciente y manejar los posibles efectos secundarios, puede ofrecerse sedación en el tipo 1 fijo.

5.1.14 Cuidados intensivos

Los EMT de tipo 3 ofrecen cuidados intensivos para los pacientes en estado crítico que requieren monitorización integral o respiración mecánica.

En una emergencia a gran escala, los cuidados intensivos pueden generar controversia y deben enmarcarse en las convenciones sociales y las capacidades preexistentes. La actividad de UCI del EMT debe ser siempre equiparable al nivel de un centro terciario de referencia y su objetivo debe ser reproducir el nivel de atención disponible en los hospitales terciarios nacionales.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Consideraciones relativas a los cuidados intensivos
 - Adaptar el modelo asistencial al contexto de la emergencia.
 - Prestar atención clínica y monitorización continua las 24 horas del día.
 - Tener en cuenta los requisitos nutricionales de los pacientes (alimentación enteral).
2. Dotación de personal
 - En cada turno, la proporción de enfermeros por paciente debe ser de 1:2; los enfermeros deben estar capacitados y tener experiencia en cuidados intensivos.
 - Debe haber un equipo multidisciplinario que cuente con intensivistas calificados y especialistas en rehabilitación.
3. Requisitos técnicos
 - Mínimo de cuatro camas de UCI y al menos una incubadora.
 - Mantener las funciones orgánicas básicas, como hidratación, nutrición, higiene y movilización rápida; facilitar la comunicación con el paciente; prevenir contracturas (fisioterapia), tromboembolias, úlceras de decúbito y aspiración pulmonar.
 - Tratar la inestabilidad hemodinámica y los síndromes de shock de cualquier origen, por ejemplo, mediante la reposición de líquidos y la administración de medicamentos específicos y transfusiones de sangre.
 - Proporcionar el soporte y restitución de las funciones orgánicas alteradas, por ejemplo, con la respiración mecánica.
4. Consideraciones éticas
 - Determinar el proceso de triaje (derivación e ingreso) y los criterios de exclusión. Definir claramente una estrategia de salida para cada paciente ingresado.
 - Adaptar los modelos terapéuticos a los entornos de emergencia, teniendo en cuenta el número de casos, el pronóstico y los recursos.
 - Contar con criterios claros de alta.
 - Adoptar decisiones sobre los límites de la atención, reconociendo la necesidad de traslado, de retirar el tratamiento y de administrar cuidados paliativos cuando sea necesario. Estas decisiones exigen una deliberación multidisciplinaria y pueden plantearse al comité de ética.

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

- ⚠ Evaluar la incorporación de un anestesiólogo adicional, aparte de los adscritos al quirófano (tipo 3).

5.1.15 Cirugía y atención perioperatoria

Los EMT prestan asistencia quirúrgica, con garantías de seguridad y dentro de la gama de servicios previstos según su tipología. Respecto a las intervenciones ajenas a su práctica asistencial, se integran en un mecanismo de derivación.

Los tipos 2 y 3 ofrecen asistencia quirúrgica con los recursos y la planificación necesarios para obtener los mejores resultados posibles para los pacientes. Llevan un registro de todas las intervenciones que practican, cuyo grado de detalle debe ser suficiente para cumplir con los protocolos de notificación (conjunto mínimo de datos u otro formato, según lo pactado con las autoridades de salud).

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Cirugía segura

- Respetar la lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS, modificada según el entorno del desastre y el contexto local, y dejando constancia documental.
- Utilizar una documentación clínica completa como la evaluación preoperatoria en todos los expedientes de los pacientes, incluyendo el recuento de artículos como esponjas y objetos cortopunzantes, el registro anestésico, el informe quirúrgico y el plan posoperatorio de rehabilitación.
- Garantizar que el personal cuente con la debida capacitación y las autorizaciones profesionales para todas las intervenciones que practiquen, así como experiencia en las patologías y circunstancias propias de los desastres, que requieren diversos protocolos de tratamiento.

2. Preoperatorio y posoperatorio

- Recabar el consentimiento informado para todas las intervenciones, que debe estar en consonancia con la cultura y el contexto local y estar redactado en el idioma del paciente.
- Redactar POE para los casos en que el paciente no pueda otorgar el consentimiento y no tenga familia.
- Documentar el consentimiento y todas las intervenciones quirúrgicas en el historial del paciente, junto con una breve descripción del plan de tratamiento en curso, para mantener informados a otros equipos o a los futuros cuidadores.^{30,31,32,33}
- Preparar la zona quirúrgica (ducha y tricotomía con tijeras, pero no rasurado).

²⁹ Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/en/index.html.

³⁰ Knowlton LM, Gosney JE, Chackungal S, Altschuler E, Black L, Burkle FM, Jr., et al. Consensus statements regarding the multidisciplinary care of limb amputation patients in disasters or humanitarian emergencies: report of the 2011 Humanitarian Action Summit Surgical Working Group on amputations following disasters or conflict. *Prehosp Disaster Med.* 26. United States 2011. p. 438-48.

³¹ Herard P, Boillot F. Amputation in emergency situations: indications, techniques and Medecins Sans Frontieres France's experience in Haiti. *Int Orthop.* 2012;36(10):1979-81. Epub 2012/05/15. doi: 10.1007/s00264-012-1552-3. PubMed PMID: 22580474.

³² World Health Organization. Best Practice Guidelines on Emergency Surgical Care Best Practice Guidelines on Emergency Surgical Care in Disaster Situations in Disaster Situations. Geneva: WHO, 2005.

³³ Chackungal S, Nickerson JW, Knowlton LM, Black L, Burkle FM, Casey K, et al. Best practice guidelines on surgical response in disasters and humanitarian emergencies: report of the 2011 Humanitarian Action Summit Working Group on Surgical Issues within the Humanitarian Space. *Prehosp Disaster Med.* 26. United States 2011. p. 429- 37.

- El paciente permanecerá en el área de reanimación posquirúrgica hasta que desaparezcan por completo los efectos de la anestesia, con el visto bueno del anesthesiólogo.
 - Elaborar un plan de recuperación y rehabilitación posoperatoria para el paciente y para el personal.
 - Adoptar un sistema de registro y evaluación de las complicaciones perioperatorias.
3. Capacidades y aptitudes
- Garantizar la disponibilidad de equipamiento especial, incluida la mesa quirúrgica con controles o protecciones ante las lesiones por presión, instrumental quirúrgico y lámparas lo suficientemente potentes para visualizar los órganos intraabdominales profundos.

Tipo 1 móvil y fijo

- Realizar intervenciones menores con la debida asepsia y analgesia o anestesia local, en el ámbito ambulatorio.

Tipo 2

- Proporcionar atención quirúrgica general de urgencia, como laparotomía, traumatología (tracción y fijación externa, amputación), inserción de drenaje torácico y desbridamiento.
- Realizar al menos 7 intervenciones mayores o 15 intervenciones menores por día (cirugía pediátrica y de adultos).
- Contar con al menos una mesa quirúrgica y al menos cinco técnicos de quirófano (enfermeros o equivalente).
- Por cada mesa quirúrgica adicional, se debe contar con 20 camas de hospitalización adicionales, a fin de garantizar la adecuada asistencia posoperatoria.

Tipo 3

- Prestar asistencia especializada en traumatología y cirugía reconstructiva avanzada, cura de heridas y tratamiento de fracturas (reconstrucción ortopédica y maxilofacial).
- Al menos dos mesas quirúrgicas.
- Capacidad de practicar al menos 15 intervenciones mayores o 30 intervenciones menores por día.
- Control del aire (filtro G4 de 10 micras).

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Adoptar un sistema de planificación diaria que tenga en cuenta las urgencias.
2. Minimizar los movimientos hacia el quirófano para limitar las turbulencias del aire y el riesgo de infección.
3. Organizar el acceso al quirófano a través de un flujo unidireccional y restringirlo al personal esencial.

4. Mantener el quirófano a una temperatura de 21 a 24 °C para prevenir las hipotermias (mayor incidencia en casos pediátricos).
5. Aportar el material fungible necesario para las intervenciones y el equipo de protección para el personal, con una previsión mínima de 200 casos.
6. Contar con equipo de electrocauterización.

Guidance Notes

- Muchos países no reconocen los títulos de los técnicos de anestesia. Por lo tanto, durante una misión, estos profesionales trabajarán bajo la responsabilidad de un anestesiólogo colegiado.
- Para una intervención quirúrgica menor, es aceptable la anestesia local, cuando el procedimiento es superficial y no afecta a estructuras vitales, como en el caso de una exéresis cutánea. Estas intervenciones en general no requieren hospitalización.
- Por intervención mayor se entiende la que generalmente requiere anestesia general y hospitalización, por ejemplo, una laparotomía o una fijación externa.



5.1.16 Malnutrición

Los EMT hacen una evaluación nutricional de los niños de 6 a 59 meses, como parte del triaje y del primer contacto con los pacientes, y ofrecen tratamiento inicial y derivación.³⁴

Cuando se detecta que un paciente presenta malnutrición aguda moderada o grave y tiene alguna complicación de salud, será preciso instaurar el tratamiento oportuno y, si es posible, derivarlo de inmediato, según los protocolos acordados, a un servicio nutricional local que tenga experiencia técnica en el manejo de estos casos.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Evaluación nutricional

- Medir el perímetro mesobraquial como indicador del estado nutricional de los niños de 6 a 59 meses en contextos de emergencia; en los menores de 6 meses, consultar el peso para la talla.³⁵

2. Atención ambulatoria y seguimiento

- Evaluar a los niños que presenten malnutrición aguda moderada o grave, con una exploración clínica completa, para confirmar si tienen complicaciones médicas y si tienen apetito.³⁶

3. Tratamiento, atención hospitalaria y derivación

- Tratar y vigilar a los niños con complicaciones de salud, edema grave, anorexia o alguno de los signos de peligro de la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia que requieren hospitalización.³⁷
- Derivar a todos los niños con desnutrición aguda moderada o grave, a un servicio local de apoyo nutricional conforme acuerdo previo, mismo que deberá estar dotado de la competencia técnica necesaria para manejar estos casos. Si no lo hay:

Tipo 1

- Dispensar un tratamiento inicial, con cantidades limitadas de alimentos terapéuticos.

Tipo 2 y tipo 3

- Garantizar que haya la suficiente experiencia y el equipamiento necesario para estabilizar y manejar el caso hasta que se encuentre la derivación más adecuada.
- Seguir las pautas asistenciales óptimas en relación con los requisitos clínicos específicos, como la administración de líquidos intravenosos y rehidratación.^{38,39}

³⁴ https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/updates_management_SAM_infantandchildren_review1.pdf?ua=1

³⁵ Management of severe acute malnutrition in infants and children, Full set of WHO recommendations; https://www.who.int/elena/titles/full_recommendations/sam_management/en/

³⁶ <https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/Appetite-Test-NACS-Module%204-Mar2017.pdf>

³⁷ https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/104772/9789241506823_Module-1_eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y

³⁸ https://www.who.int/elena/titles/full_recommendations/sam_management/en/index5.html

³⁹ https://www.who.int/elena/titles/dehydration_sam/en/

- Los niños ingresados inicialmente por malnutrición aguda grave serán trasladados luego a un servicio de atención ambulatoria, cuando remitan las complicaciones médicas, en particular el edema, y cuando recobren el apetito, estén conscientes y su estado clínico sea bueno.
- El momento de pasar al niño de la estancia hospitalaria a la asistencia ambulatoria se decidirá según su estado clínico y no según los datos antropométricos concretos, como el perímetro braquial o el peso para la talla o longitud.

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Evaluar la posibilidad de impartir capacitación en nutrición y manejo clínico de la malnutrición, para adaptar y aplicar las habilidades técnicas a las condiciones austeras propias de una emergencia, así como al contexto.
2. Controlar periódicamente a los niños con malnutrición aguda grave después del alta, para prevenir las recaídas.

Notas de orientación

- Conocer las cuestiones de protección infantil y ser capaz de darles respuesta. Deben existir buenos mecanismos de protección de la infancia para dar cobertura a las mejores prácticas.⁴⁰
- Tener en cuenta los riesgos asociados a la concurrencia de la malnutrición con enfermedades transmisibles como el sarampión, el VIH y la tuberculosis. Muchas veces, los adultos aquejados de malnutrición extrema tienen varias patologías de base, como SIDA o tuberculosis.
- Detectar el edema bilateral con fóvea como indicador de malnutrición grave (edema leve: edema en ambos pies o tobillos; moderado: pies y parte distal de las piernas, manos o brazos; grave: edema generalizado que afecta a los dos pies, las piernas, las manos, los brazos y la cara.⁴¹

⁴⁰ <https://www.unicef.org/protection>

⁴¹ https://www.who.int/elena/titles/full_recommendations/sam_management/en/

5.1.17 Cuidados paliativos

Los EMT ofrecen cuidados paliativos y terminales con el objetivo de aliviar el dolor y el sufrimiento, maximizar el bienestar, la dignidad y la calidad de vida de los pacientes y apoyar a las familias.

Los EMT no se limitan a tratar heridas, traumatismos y síntomas agudos, sino que además proporcionan continuidad asistencial para los enfermos crónicos y una garantía de bienestar y dignidad para quienes ya no haya esperanza de supervivencia. Los cuidados paliativos previenen y mitigan el sufrimiento y la angustia asociados con la atención al final de la vida. Consisten en detectar, evaluar y tratar el dolor y otras necesidades físicas, psicosociales y espirituales. Integra la atención fisiológica, psicológica y espiritual, exclusivamente en virtud de lo que pide el paciente o la familia, e incluye esquemas de apoyo para ayudar a los pacientes, las familias y los cuidadores. Esta atención de final de vida debe proporcionarse independientemente de la causa.⁴²

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Consideraciones relativas a los cuidados paliativos
 - Reconocer y respetar la manera en que la población local toma sus decisiones en la esfera de la salud, así como sus valores en torno a la enfermedad, el sufrimiento, la agonía y la muerte.
 - Incorporar los cuidados paliativos para los problemas relacionados con el desastre, además de las enfermedades crónicas, que pueden haber empeorado.
 - Elaborar pautas y procedimientos internos para armonizar los cuidados paliativos.
 - Dar información imparcial y respetar las peticiones y expectativas de los pacientes y de las familias. Se debe acordar un plan de atención que obedezca a las preferencias del paciente. El paciente debe tener acceso a servicios de salud mental y apoyo psicosocial.
 - Capacitar al personal para dispensar cuidados paliativos, en particular sobre control del dolor y los síntomas, salud mental y apoyo psicosocial.
2. Cuidados paliativos iniciales con derivación
 - Tratar el dolor, administrar opioides según la normativa del país y asesorar al paciente y a la familia, respetando los aspectos culturales y la continuidad del tratamiento ambulatorio.

Type 2 and 3

- Proporcionar control sintomático, por ejemplo, mediante paracentesis y cuidados paliativos quirúrgicos, así como atención de final de vida

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Contactar y trabajar con entidades y redes de la localidad que presten asistencia comunitaria y ofrezcan atención domiciliaria o tratamiento en la comunidad.
2. Reservar un área para brindar al paciente la máxima comodidad posible al final de su vida.
3. Promover las prácticas funerarias dignas y seguras, en colaboración con la comunidad local, según las pautas nacionales o internacionales.

⁴² Integrating Palliative Care and Symptom Relief into the response to humanitarian emergencies and crises; WHO 2018; <https://extranet.who.int/emt/guidelines-and-publications>

5.1.18 Rehabilitación

Los EMT proporcionan rehabilitación, de acuerdo con su tipología, para mejorar la evolución de los pacientes y acortar su estancia. Como parte de esta actividad se proporcionan dispositivos de asistencia, como muletas y sillas de ruedas.

La rehabilitación es parte esencial de la atención de salud, toda vez que potencia la evolución funcional, acorta la estancia hospitalaria y mejora la calidad de vida. Es una de las funciones básicas de la asistencia traumatológica y cada vez se reconoce más su relevancia en la respuesta a algunos brotes epidémicos. Así pues, los EMT deben contar con planes específicos para prestar servicios de rehabilitación. Como los servicios nacionales de rehabilitación suelen verse gravemente afectados cuando se produce una emergencia y las necesidades de rehabilitación persisten más allá de lo que dura la misión mínima de los EMT, puede ser necesario que algunos EMT incrementen y prolonguen su capacidad de rehabilitación para cubrir una brecha mientras se ponen en marcha servicios más permanentes.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Asegurarse de que se derive a otro servicio a los pacientes que requieran rehabilitación continua.
2. Facilitar la accesibilidad física para los heridos y discapacitados.

Tipo 1

- Proporcionar rehabilitación básica o determinar qué pacientes requieren rehabilitación para remitirlos a un EMT apropiado o a un establecimiento local.⁴³

Tipo 2 y tipo 3

- Prestar servicios de rehabilitación ambulatorios y hospitalarios (agudos).
- Contar con al menos con un profesional de rehabilitación por cada 20 camas.
- Destinar un espacio para la actividad de rehabilitación, con una superficie mínima de 12 m² si la estancia se prolonga más de tres semanas.
- Disponer del material de rehabilitación esencial.

⁴³ Emergency Medical Teams: Minimum technical standards and recommendations for rehabilitation. Geneva: WHO, 2016; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252809>

Notas de orientación

- Consúltese el documento *Emergency Medical Teams: Minimum technical standards and recommendations for rehabilitation*.
- Los profesionales de rehabilitación deben tener experiencia en traumatismos y rehabilitación médica aguda; así como experiencia o capacitación para trabajar en entornos austeros.
- Las habilidades esenciales de rehabilitación comprenden: colocación de férulas simples; prescripción, colocación y entrenamiento de dispositivos de asistencia; posicionamiento y movilización rápida; educación y reentrenamiento de pacientes y cuidadores para las actividades cotidianas; e intervenciones respiratorias básicas.
- En el marco de una atención accesible y ética, se debe proporcionar acceso conveniente a los servicios para las personas con discapacidad y heridas.
- Se garantizará el acceso físico dentro de la instalación, incluidos lavabos, duchas y baños y letrinas que sean accesibles (con al menos uno al que también pueda acceder un cuidador) y pasillos con pisos planos o con rampas.
- Planificar el alta y la derivación desde las primeras etapas, para detectar deficiencias en el servicio. Comunicar sin demora cualquier deficiencia a las autoridades coordinadoras.
- Maximizar las oportunidades para intercambiar conocimientos y competencias de rehabilitación con personal local de diversas disciplinas.

Instalaciones y rehabilitación intermedia

- La unidad de atención intermedia ofrece asistencia hospitalaria para pacientes estables que ya se preparan para recibir el alta.
- Evaluar la posibilidad de reconvertir el hospital de campaña en una instalación de atención intermedia después de la emergencia, cuando haya bajado la demanda de asistencia quirúrgica y aguda directamente relacionada con el incidente.
- Incluir atención médica y enfermería, y asignar más espacio y personal para la actividad rehabilitadora.
- Insistir en la preparación de los pacientes con afectaciones permanentes, sus cuidadores y el personal rehabilitador local, para que puedan gestionar sus necesidades cuando el EMT se haya marchado.
- Los vínculos con los prestadores locales de servicios de rehabilitación y asistencia social, cuando los haya, son vitales.

5.1.19 Salud mental y asistencia psicosocial

Los EMT evalúan las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial de los pacientes que atienden, pero también de su personal y de los voluntarios; prestan primeros auxilios psicológicos y gestionan derivaciones según sea necesario.

En las situaciones de emergencia, los problemas psicológicos y psicosociales están interconectados a nivel individual, familiar y comunitario y tienen características distintas para adultos, adolescentes y niños, por lo cual requieren diferentes niveles de atención. Los servicios de salud mental y apoyo psicosocial que prestan los EMT deben complementar los servicios existentes y vincularse con las vías de derivación, sin dejar de aprovechar los recursos, la experiencia técnica y la capacidad que tenga el propio equipo para prestar dicha asistencia.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Llevar a cabo el seguimiento, la supervisión clínica y el monitoreo como parte de las buenas prácticas, asegurando la correcta prestación de la asistencia, en particular los primeros auxilios psicológicos, y la atención a los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas.
2. Asegurar que se preste atención clínica a trastornos como la depresión, las psicosis, la epilepsia, el alcoholismo y otras adicciones; las actividades psicosociales, como los primeros auxilios psicológicos, deben estar integradas en el equipo como un servicio continuo para los pacientes, las familias y los cuidadores, prestado por especialistas y por personal capacitado que trabaje bajo supervisión.
3. Primeros auxilios psicológicos
 - Proporcionar los primeros auxilios psicológicos como ayuda inicial y derivar luego, a modo de respuesta humana y de apoyo para controlar las reacciones de estrés agudo de las personas que acaban de vivir un incidente traumático.
 - Capacitar al personal clínico y no clínico, así como a los voluntarios, para evaluar y aplicar los principios de primeros auxilios psicológicos.
 - Garantizar que la información sobre las actividades de salud mental y apoyo psicosocial ofrecidas a la comunidad sea accesible y clara y llegue a los diferentes públicos desde las primeras fases de la emergencia.
4. Bienestar del personal y los voluntarios
 - Formular políticas institucionales que amparen la salud mental y el bienestar del personal y los voluntarios.
 - Aplicar procesos y procedimientos en todo el ciclo de la misión, promoviendo un modelo holístico de prevención a fin de reducir el riesgo y fomentar la resiliencia.
 - Garantizar la disponibilidad y el acceso en todo momento a los servicios de apoyo para el personal y los voluntarios.

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

Los EMT deben consultar directrices internacionales como el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP),⁴⁴ las directrices del IASC sobre salud mental y *Psychosocial Support in Emergency Settings*,⁴⁵ que contienen orientaciones sobre mejores prácticas para la prestación de servicios básicos y avanzados.

Instaurar vías de coordinación colaborativa y derivación para garantizar la disponibilidad de servicios de apoyo complementarios a fin de satisfacer las necesidades de los diferentes grupos.

Fomentar las actividades de participación de la comunidad y la autoayuda, como forma de fortalecer las capacidades existentes, y garantizar que se tengan en cuenta las consideraciones y prácticas sociales y culturales.

Contar con reservas suficientes de psicofármacos esenciales (al menos uno por categoría terapéutica), según la lista nacional de medicamentos esenciales (antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos, antiepilépticos, antiparkinsonianos), además de medicamentos para contrarrestar los efectos secundarios de los antipsicóticos.⁴⁶

⁴⁴ Mental Health Gap Action Programme <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43809>

⁴⁵ IASC MPSS Interagency Standing Committee Guidelines in Mental Health and Psychosocial Support; https://www.who.int/mental_health/emergencies/IASC_guidelines.pdf

⁴⁶ https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44095/9789241547697_eng.pdf;sequence=1

5.1.20 Transfusiones de sangre

Los tipos 2 y 3 deben ser capaces de transfundir sangre, con garantías de seguridad, siempre que haya indicación clínica.

Los tipos 2 y 3 prestan servicios quirúrgicos y obstétricos de urgencia y, por lo tanto, deben tener la capacidad de transfundir sangre de manera segura. La transfusión es una intervención que puede salvar vidas en ciertas situaciones clínicas. Toda cartera asistencial mínima requiere siempre la posibilidad de realizar transfusiones, también durante una emergencia, pero las transfusiones solo deben realizarlas aquellas organizaciones e instalaciones capaces de mantener estándares mínimos de seguridad.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Establecer políticas claras para las transfusiones y procedimientos detallados para la donación de sangre, el almacenamiento, el análisis, el manejo de complicaciones y la documentación.
2. Las donaciones de sangre se realizarán en un área clínica adecuada y con técnicas asépticas. La sangre se etiquetará correctamente y se preparará de inmediato para el almacenamiento (citrada y refrigerada).
3. Aceptar la donación voluntaria de sangre fresca de la población local o de familiares de los pacientes, siguiendo las pautas de seguridad clínica: selección cuidadosa del donante, asesoramiento adecuado, anamnesis del donante y detección de contraindicaciones clínicas como estados anémicos y enfermedades infecciosas.
4. Conservar la sangre en un refrigerador especial que cumpla con los estándares internacionales, con visualización y registro de temperaturas, alarma en caso de corte de electricidad, baterías u otra alternativa de suministro energético y cierre de seguridad. Se debe contar con procedimientos estrictos para controlar las fechas de caducidad, el uso y las condiciones de almacenamiento. La sangre se transportará siempre en cajas térmicas especiales para ese propósito
5. Realizar al donante los análisis siguientes:
 - a. Determinación del grupo AB0 y Rh (D).
 - b. Hemoglobina.
 - c. Diagnóstico de enfermedades infecciosas:
 - i. Infección por el VIH (1 y 2)
 - ii. Hepatitis B y C
 - iii. Sífilis
 - iv. Malaria y otras enfermedades, según lo establecido.
6. Determinar el grupo AB0 y Rh (D) en el paciente receptor.

7. Comprobar la compatibilidad cruzada (en las transfusiones a lactantes de hasta cuatro meses, la sangre debe ser compatible con el grupo sanguíneo del niño y la madre y con el fenotipo Rh).
8. Capacitar al personal regularmente para la indicación y realización adecuada de las tareas conexas y reconocer los síntomas de las reacciones adversas.
9. Contar con el material, la medicación y las aptitudes necesarias para manejar reacciones leves, moderadas y graves u otras complicaciones en el receptor.

Notas de orientación

- Cuando las autoridades nacionales cuentan con servicios de transfusión sólidos y estos siguen funcionando durante la emergencia, los EMT nacionales (y los internacionales, previa autorización) pueden recurrir a ellos para obtener sangre y hemoderivados para sus pacientes.
- Se informará a la CICOM de todo accidente o cuasiaccidente que se produzca, con un análisis en aras de la transparencia y el aprendizaje común. La transparencia ante el paciente y la familia también reviste gran importancia.

⁴⁷ Blood Transfusion; https://bibop.ocg.msf.org/docs/2/L002TRFM01E-P_Blood%20transfusion_MSf_EN_2019.pdf

5.1.21 Laboratorio

Los servicios de laboratorio son indispensables para la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico de enfermedades y el tratamiento eficaz de los pacientes.

La capacidad analítica debe ser apropiada para el tipo de EMT y para el contexto en el que se despliegue. Se deben tener en cuenta las enfermedades infecciosas endémicas y los brotes regionales cuando se valore qué pruebas realizar.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Establecer orientaciones claras y procedimientos detallados por pasos para la solicitud de las pruebas, la identificación de pacientes y muestras, la obtención de las muestras y la entrega de los resultados al médico solicitante.
2. Proveer el medio y el recipiente adecuados para las muestras que se envíen a otros laboratorios, por ejemplo, las de meningitis y tuberculosis.
3. Documentar los resultados en el historial del paciente (reconocidos por el médico responsable) y comunicar al paciente los resultados patológicos relevantes.
4. Capacitar al personal sobre las pruebas de laboratorio cuando no haya un técnico de laboratorio en el equipo.
5. Comprender las tasas de falsos positivos y falsos negativos de las pruebas en uso, en particular las limitaciones de algunas pruebas realizadas en el punto de atención.

Capacidad analítica

6. Pruebas de diagnóstico rápido de las enfermedades endémicas propias del lugar de la misión, si están disponibles.
7. Herramientas diagnósticas básicas (embarazo en orina, tira reactiva de orina, glucemia, hemoglobinemia).

Tipo 2

BAB0, grupo Rh (D), VIH 1 y 2, hepatitis B y C y sífilis.

Tipo 3

Aceptar muestras procedentes de equipos más pequeños para su procesamiento:

- Gasometría
- Ionograma básico
- Función renal (urea y creatinina)
- Hemograma completo
- Cultivos básicos y sensibilidad
- Tinción de gram básica y microscopía

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Consider transport and storage of temperature sensitive tests and reagents.
2. Establish sufficient climate control and appropriate ventilation in laboratory areas.
3. Maintain IPC precautions and appropriate waste management of samples and any associated chemicals/reagents.

5.1.22 Diagnóstico por imagen

Los tipos 2 y 3 cuentan con equipos básicos de radiografía y ecografía; los equipos que carecen de tales servicios se integran en un mecanismo de derivación.

Los servicios de diagnóstico por imagen que prestan los EMT deben cumplir con estándares mínimos de seguridad tanto para el técnico como para los pacientes.⁴⁸ En concreto, los EMT deben cumplir los estándares de justificación respecto al beneficio de la exploración, que debe superar el riesgo asociado, limitando en la medida de lo posible la exposición del personal y de los pacientes y maximizando la seguridad con los elementos de protección y el correcto mantenimiento de los aparatos. Cuando la demanda es alta, los EMT deben disponer de un sistema que tenga en cuenta el cumplimiento adecuado de las solicitudes de exploraciones y de triaje.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Tomar radiografías simples de las extremidades, el tórax, la pelvis y la columna vertebral, en una zona reservada para radiología que esté señalada en los planos del campamento.
2. Ubicar la zona de radiología en la periferia del campamento, pero con acceso a las áreas de agudos e integrada en el flujo de pacientes.
3. Establecer requisitos de seguridad, como un área acordonada en torno a la tienda de radiología, con la debida señalización y una distancia mínima respecto de la fuente de exposición; llevar delantales de plomo.
4. Incluir en el equipo a un profesional calificado y capacitado en radiología (generalmente será un radiólogo, aunque algunos equipos cuentan con técnicos con la autorización adecuada).
5. Conocer los procedimientos de mantenimiento preventivo, las técnicas de resolución de problemas y el uso de los aparatos en un entorno austero.
6. Tener en cuenta la necesidad de servicios de radiografía de urgencia, fuera del horario habitual. Rotular todas las exploraciones realizadas como mínimo con la fecha, la identificación del paciente, la instalación y las iniciales del técnico que la realizó.
7. Verificar formalmente la identidad del paciente, explicarle la exploración y recabar su consentimiento verbal en cada caso.
8. Evaluar el riesgo para el embarazo (en las pruebas con radiaciones ionizantes) y tenerlo en cuenta en todos los protocolos de diagnóstico por imagen.
9. Entregar a todos los pacientes, como mínimo, una impresión en papel de la exploración y una interpretación clínica por escrito como parte del informe de alta.

Tipo 3

- Incluir en el equipo a un médico competente en ecografía eFAST.

⁴⁸ Radiation Protection and Safety in Medical Uses of Ionizing Radiation (2018): https://www-pub.iaea.org/MTCD/Publications/PDF/PUB1775_web.pdf.

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Se recomienda que los EMT amplíen la capacidad ecográfica más allá del mínimo exigible, incorporando facultativos con experiencia en un protocolo de shock indiferenciado, obstetricia y ginecología, colocación intravenosa difícil, bloqueos regionales, detección de cuerpos extraños y alineación de fracturas. Un ecógrafo portátil para atención médica es un instrumento eficiente, profesional y confiable, que ayuda a tomar mejores decisiones.
2. Aunque los equipos de tipo 1 no están obligados a realizar estudios radiológicos, si tienen la capacidad clínica de hacer ecografías, pueden mejorar las decisiones ante traumatismos agudos (y otros cuadros) y el triaje de pacientes para traslado a niveles más altos de atención.
3. Los EMT pueden estar en condiciones de donar los equipos de radiología, una vez valoradas meticulosamente las necesidades y de conformidad con las directrices de la OMS en materia de donación de dispositivos y equipamiento médico.⁴⁹ Cuando se plantee hacer una donación, habrá que prestar atención a asuntos complejos como la capacitación especializada, la instalación profesional, los estándares de seguridad y la necesidad de mantenimiento especializado in situ. Después de la donación, habrá que proporcionar capacitación y piezas de repuesto, ya sea a distancia o en el lugar.
4. Habilitar un sistema telemático para comentar casos difíciles con un radiólogo calificado, por videoconferencia, o para solucionar cuestiones de mantenimiento o problemas técnicos como fallas del equipo, cuando no pueda hacerse in situ.

Notas de orientación

- La mayor parte de la interpretación de imágenes en una urgencia aguda la realizan médicos que no son radiólogos. En los equipos más grandes puede haber un radiólogo que asuma esta tarea.
- Los EMT que utilicen soportes digitales deben pensar cómo imprimirán o descargarán copias de la radiografía o ecografía en un soporte digital para el seguimiento posterior del paciente.

⁴⁹ Organismo Internacional de Energía Atómica, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Organización Internacional del Trabajo, Sociedad Internacional de Radiografistas y Técnicos en Radiología, Organización Internacional de Física Médica, et al. Guidelines for Health Care Equipment Donations. Specific Safety Guide, No. SSG-46: https://www.who.int/medical_devices/publications/en/Donation_Guidelines.pdf.

5.1.23 Farmacia

Los EMT proporcionan a los pacientes que atienden medicamentos apropiados y de calidad.

Los EMT deben contar con un sistema de abastecimiento, almacenamiento, prescripción y dispensación de medicamentos de forma segura.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Establecer un formulario del equipo, basado en la Lista Modelo de la OMS de Medicamentos Esenciales o documento equivalente.⁵⁰
2. Establecer un proceso documentado para la dispensación de medicamentos, con procedimientos claros que se ajusten a las directrices de mejores prácticas de la OMS.⁵¹ Los medicamentos dispensados a los pacientes deben contener una información en un lenguaje apropiado para el paciente (o en formato pictográfico) e indicar la fecha de caducidad.
3. Capacitar y evaluar al personal, en particular al que no suele dispensar medicamentos, antes de que se incorporen al EMT. Prever soluciones para las barreras lingüísticas, con traductores capacitados o trabajadores de salud locales.
4. Establecer un proceso estandarizado y documentado para la administración de medicamentos que se caracterice por una práctica segura y oportuna, incluida la anotación de la fecha en el expediente del paciente y la firma de quien administra la medicación.
5. Establecer un proceso documentado para prescribir medicamentos, con un formulario estándar para las áreas ambulatorias y hospitalarias (según corresponda para el tipo de EMT).
6. Disponer de un sistema para que los integrantes del equipo notifiquen incidentes adversos o cuasiaccidentes. Los errores de medicación y los cuasiaccidentes con productos farmacéuticos tienen implicaciones significativas para la seguridad del paciente.
7. No se debe utilizar medicamentos para ensayos clínicos sin la autorización previa y la participación del ministerio de salud.
8. Evitar el uso de medicamentos para indicaciones no oficiales por la falta de medicamentos autorizados, siempre que sea posible. Recabar el consentimiento informado del paciente.

⁵⁰ Lista Modelo de Medicamentos Esenciales, 21.ª lista, 2019: <https://www.who.int/publications/i/item/WHOMVPEMPIAU2019.06>.

⁵¹ GGuidelines on Good Pharmacy Practice: https://www.who.int/medicines/services/expertcommittees/pharmprep/CLEAN-Rev1-GPP-StandardsQ-Pharmacy-Services-QAS10-352_July2010.pdf

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Incorporar un farmacéutico colegiado en el equipo de tipo 3, mientras que para los de tipo 2 se considera adecuado un encargado de farmacia que tenga la debida capacitación.
2. Garantizar procesos para acceder a la información sobre los medicamentos, si es necesario. Puede ser a través del acceso a recursos especializados.

Notas de orientación

- El formulario de prescripción debe ser legible e incluir (como mínimo) los siguientes datos:
 - Denominación común y dosis
 - Forma farmacéutica
 - Vía de administración
 - Esquema posológico
 - Nombre impreso y firma de quien prescribe
 - Fecha



© Senegal Army EMT

⁵² Lista Modelo de Medicamentos Esenciales: 21.ª lista, 2019; <https://www.who.int/publications/i/item/WHOMVPMPPIAU2019.06>; lista de medicamentos esenciales de Médicos Sin Fronteras: <https://medicalguidelines.msf.org/viewport/EssDr/english/essential-drugs-16682376.html>.

5.1.24 Esterilización

Los EMT cuentan con sistemas para garantizar la esterilidad de los equipos, el material fungible y los dispositivos, según corresponda.

Los procesos de esterilización y descontaminación son procesos complejos y requieren infraestructura, equipos y procesos específicos. La esterilización y descontaminación de instrumentos y dispositivos médicos son muy importantes en la prevención de infecciones asociadas a la atención de salud.⁵³ Si el EMT va a reutilizar instrumental y dispositivos médicos, debe poder descontaminarlos de forma segura, siguiendo los pasos indicados en el ciclo de vida estándar de descontaminación.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Establecer procedimientos seguros para el personal que trabaja en el área de esterilización: EPP apropiado, uso del autoclave y manipulación de bandejas quirúrgicas y objetos cortopunzantes.
2. La capacitación y las prácticas rutinarias deben ser parte de la educación del personal para prevenir la exposición a sangre y fluidos corporales.
3. Habilitar un sistema de trazabilidad y control de calidad, documentación y contabilidad en todas las etapas del ciclo de descontaminación, incluida la contingencia por fallas del sistema y del equipo.
4. La zona de esterilización debe dividirse en áreas (lavado, verificación y mantenimiento, preparación, envasado y esterilización) con un flujo de trabajo unidireccional claro, de sucio a limpio.
5. Establecer un sistema de gestión de aguas grises con tratamiento previo a la eliminación.

Tipo 1

- Autoclave de vapor básico o material desechable

Tipo 2 y tipo 3

- Autoclave quirúrgico completo con trazabilidad
- Control mecánico de temperatura y humedad en el área de esterilización
- Suministro eléctrico de respaldo.

⁵³ Decontamination and Reprocessing of Medical Devices for Health-care Facilities (OMS, 2016): <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250232/9789241549851-eng.pdf?sequence=1>.

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Establecer un control mecánico de temperatura y humedad en el área de esterilización y evitar el flujo de turbulencias de aire.
2. Tener en cuenta el principio de esterilización central con un área específica cerca del quirófano, si es posible.
3. El algoritmo de esterilización, indicando los pasos a seguir, debe estar visible en el área de esterilización.

Notas de orientación

- Se debe evaluar la posibilidad de utilizar instrumentos estériles desechables, teniendo muy en cuenta los requisitos logísticos, el personal, la capacitación y los costos.
- Habrá que desmontar los dispositivos de modo que todas las superficies puedan limpiarse y desinfectarse, sea cual sea el método de limpieza elegido. Las instalaciones que cuenten con recursos mínimos pueden limpiar y preparar los dispositivos para la esterilización con procesos eficaces de limpieza manual.

5.1.25 Prevención y control de infecciones

Los EMT deben adoptar las medidas oportunas para la prevención y control de infecciones (PCI) en la instalación, que contará con mecanismos para prevenir la transmisión interpersonal de agentes infecciosos, a fin de proporcionar servicios de salud seguros y de alta calidad.

La PCI es un enfoque práctico basado en la evidencia para prevenir que los pacientes y los trabajadores de salud contraigan infecciones evitables. Las actividades de PCI ayudan a minimizar la incidencia y la carga de las infecciones nosocomiales y los riesgos asociados para los pacientes, cuidadores, visitantes y empleados. Las actividades de PCI dentro de un EMT requieren la adopción constante de una serie de precauciones para reducir la transmisión y medidas estructurales.⁵⁴

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Impartir instrucciones y capacitación a todo el personal sobre las precauciones basadas en los estándares de PCI (responsabilidad de todos los integrantes del equipo).
2. Impartir instrucciones y capacitación sobre protocolos internos a todo el personal externo que colabore en las actividades de PCI.
3. Nombrar a un responsable de PCI dentro del equipo, que supervise el cumplimiento de los protocolos.
4. Trazar un plan para comunicar e investigar las infecciones cruzadas y determinar las medidas para evitar que se repitan.
5. Comprobar que se sigan todas las precauciones estandarizadas en todo momento.⁵⁵
6. Proporcionar EPP a todo el personal que trabaje en áreas clínicas clave como quirófano, esterilización, cocina y gestión de residuos.
7. Instaurar procedimientos claros sobre las precauciones para reducir la transmisión (medidas para prevenir las infecciones cruzadas dentro del entorno de atención), según la vía de transmisión.
8. Planificar una configuración espacial que minimice el riesgo de contaminación cruzada y el flujo de pacientes para limitar en lo posible la exposición de los pacientes de alto riesgo y facilitar el transporte de pacientes.

Tipo 2

- Separar las camas entre sí con una distancia mínima de 1 m.

Tipo 3

- Separar las camas con más espacio en la UCI o el área de cuidados críticos (2,5 m) para facilitar la circulación y el uso de los equipos

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Choose staff clothing with respect to adequate cleaning possibilities and laundry services that can reach adequate temperatures.
2. Use materials and fabrics that are easy to clean.

⁵⁴ <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/facility-manual.pdf>

⁵⁵ https://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf

5.1.26 Promoción de la salud y participación de la comunidad

Los EMT deben contar con los mensajes y materiales de salud adecuados, y deben poseer aptitudes para adaptarse al contexto local a fin de contribuir a una respuesta más amplia a cualquier emergencia.

Los EMT desempeñan un papel importante en el fomento de actitudes saludables en una emergencia, dado su contacto frecuente y directo con las poblaciones afectadas. Cuando las comunidades afectadas tienen poco conocimiento sobre los riesgos para la salud, la confianza cobra mucha importancia en las percepciones públicas sobre la gravedad de ese riesgo. En una emergencia de salud pública, los profesionales de la salud suelen gozar de mayor confianza que otros actores; por tanto, los EMT deben ser capaces de realizar una actividad pedagógica eficaz en las poblaciones afectadas, ayudándoles a prevenir enfermedades o contener su propagación.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Trazar un plan de comunicación que tenga en cuenta los principios básicos de participación de la comunidad y el contexto de las operaciones.⁵⁶
2. Capacitar a todo el personal sobre los elementos clave del plan de comunicación y las aptitudes sociales necesarias para la promoción de la salud y la participación de la comunidad en una emergencia.
3. Incorporar los materiales de información, educación y comunicación en el quehacer cotidiano, para facilitarlos tanto a las personas como a la comunidad.
4. Poner a disposición un catálogo completo de materiales de información, educación y comunicación sobre diversos temas, entre los que cabe mencionar (a título no exclusivo): medidas de prevención y control de infecciones; agua, saneamiento e higiene; inocuidad de los alimentos; enfermedades transmitidas por vectores; salud sexual y ENT.

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Los equipos deben hacer un uso apropiado de los medios de comunicación y las redes sociales cuando se dirijan a las poblaciones atendidas en relación con cuestiones de salud pública.
2. A la hora de confeccionar estos mensajes, se debe tener en cuenta la coherencia de las informaciones suministradas, el cumplimiento de los POE de los medios y el uso del idioma o dialecto del lugar, siempre que sea posible.

⁵⁶ Principles of Community Engagement 2nd Edition;
https://www.atsdr.cdc.gov/communityengagement/pdf/PCE_Report_Chapter_2_SHEF.pdf

5.1.27 Accidentes químicos, biológicos, radiológicos y nucleares (QBRN), toxicología y toxinología

Los EMT deben tener la capacidad de reconocer a las víctimas de la exposición a productos químicos, venenos y toxinas, y protegerse con EPP básico cuando exista la sospecha de una posible contaminación del personal.

Los EMT desplegados en situaciones de emergencia general ocasionalmente atienden a pacientes que han estado expuestos, por accidente o acciones deliberadas, a productos químicos, venenos o toxinas. La exposición a la radiación nuclear es posible, pero normalmente ocurre a raíz de una complicación en una emergencia o un desastre. En estos casos, únicamente los EMT que posean conocimientos especializados, EPP y capacitación deben tener acceso a la zona crítica.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Reconocer los síntomas y signos de una exposición a sustancias químicas, toxicológicas y tóxicas.
2. Evaluar, reconocer y derivar a los pacientes al centro apropiado.
3. Conocer los EPP necesarios (básicos o especializados) para proteger al personal.
4. Iniciar las maniobras de primeros auxilios si es seguro hacerlo.
5. Comunicarse con la línea nacional de información toxicológica; si no la hay, consultar a un experto internacional acordado a través del ministerio de salud o la CICOM.
6. Descontaminar lo más posible, según las características del entorno, sin riesgo para el personal o las personas allí presentes.
7. Garantizar que se ofrece protección a los encargados de transportar al paciente al nivel adecuado de atención.

Tipo 2

- Administrar antídotos, si los hay.

Tipo 3

- Iniciar la atención en UCI, si es segura y apropiada.

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Los EMT deben tener acceso a los protocolos nacionales y conocer las vías pertinentes de derivación de pacientes.
2. Se facilitará a los integrantes del equipo acceso a textos y recursos especializados.

Notas de orientación

- Antes de reabrir las áreas clínicas y de triaje contaminadas en la evaluación y el tratamiento de la persona afectada, habrá que sanearlas.

6 Estándares técnicos de apoyo operacional

6.1 Introducción

El apoyo operacional atañe a dos grandes áreas: la de logística, por un lado; y la de agua, saneamiento e higiene, por el otro. Ambas áreas requieren la coordinación de equipos multidisciplinarios que garanticen una preparación y un apoyo eficaces, cohesionados e integrales, de modo que la asistencia a la salud sea eficiente.

6.2 Estándares técnicos de apoyo operacional (logística)

Los estándares técnicos de logística regulan la funcionalidad operativa y la autosuficiencia de los EMT.

Estándares técnicos de logística (resumen)

Electricidad y combustible: garantizar que el abastecimiento de combustible, electricidad e iluminación para las instalaciones, la atención clínica y los servicios complementarios sea suficiente, seguro, sostenible y apropiado para el contexto.

Comunicaciones: poder transmitir voz y datos a las estructuras de coordinación locales y nacionales, con al menos un nivel de redundancia en caso de fallo.

Transporte y flota: coordinar eficazmente el transporte de equipamiento y personal hasta el sitio asignado y durante toda la misión.

Alimentación: cubrir los requisitos alimentarios de todo el personal, los pacientes hospitalizados y los cuidadores.

Gestión de almacenes: habilitar un sistema de almacenamiento, con procesos y procedimientos que aborden los requisitos de preparación y la capacidad de responder sobre el terreno, a fin de gestionar la disponibilidad permanente de material.

Gestión de la cadena de suministro de farmacia y material clínico: garantizar la autosuficiencia con la cantidad necesaria de medicamentos, material médico fungible y equipamiento médico, según el tipo de equipo de que se trate, para brindar asistencia al paciente.

Gestión de donaciones: adoptar políticas para prever la donación de material médico fungible, medicamentos, equipamiento o la instalación al completo, en consonancia con la normativa nacional e internacional.

Seguridad y protección ocupacionales: actuar con la debida diligencia para respetar la seguridad del personal y los pacientes durante la misión, adoptando planes de gestión y medidas prácticas que sean apropiadas para el contexto operativo y que les sean comunicadas a todos los interesados.

Estructura y entorno de la instalación: contar con instalaciones adecuadas y aceptables para la atención clínica y las necesidades del personal.

Movilización: movilizarse en el menor tiempo posible siguiendo el plan trazado en los POE.
Evaluación y planificación del emplazamiento: evaluar los posibles emplazamientos y adaptar la disposición y configuración a las condiciones locales, valorando la posibilidad de integrarse en un establecimiento de salud preexistente o reforzarlo.

Montaje secuencial: priorizar el montaje de la instalación de manera que las primeras áreas y servicios en funcionar sean los necesarios para ofrecer la atención urgente, mientras se termina de armar el resto, lo cual permite que algunas funciones estén operativas antes de completar el despliegue.

Desmovilización: contar con planes y procedimientos para la desmovilización coordinada, aprovechando al máximo la duración de la misión y evitando en la medida de lo posible la interrupción de la asistencia, para favorecer que se restablezca la normalidad en los servicios de salud locales y se mitigue la afectación ambiental.

6.2.1 Electricidad y combustible

Los EMT deben garantizar que el abastecimiento de combustible, electricidad e iluminación para las instalaciones, la atención clínica y los servicios complementarios sea suficiente, seguro, sostenible y apropiado para el contexto.

Los EMT precisan de electricidad e iluminación confiables. Si bien deben evaluar activamente la posibilidad de proveerse de energía solar y otras fuentes renovables, en la mayoría de los casos necesitarán algún tipo de combustible para mejorar la generación de energía. A la hora de adquirir suministros críticos en un entorno donde los recursos son limitados, los EMT deben conocer las mejores prácticas para el abastecimiento de combustible de calidad adecuada, sin repercutir negativamente en el suministro de otros servicios esenciales ni en la población local.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Calcular las necesidades mínimas y máximas de energía.
2. Capacidad de generar energía de manera constante para satisfacer las necesidades, con redundancia en caso de averías o desperfectos.
3. Planificar el suministro teniendo en cuenta el alto consumo de algunos aparatos como los equipos de radiología, esterilización y aire acondicionado y el consumo máximo en el sistema.
4. Los componentes de la fuente de alimentación deben ser seguros, contar con señalización apropiada y con equipamiento eléctrico interior y exterior adecuado, deben tener un tamaño acorde a las necesidades y deben ser capaces de adaptarse al contexto.
5. Distribuir la energía en toda la instalación con equipos aptos para exteriores (IP 45, 54 o 65) y aplicando todas las medidas de seguridad necesarias, como interruptores de falla a tierra, puesta a tierra con picas o dispositivos de corriente residual.
6. Contar con baterías para el suministro de energía ininterrumpido, procedimientos en caso de averías y suficiente electricidad extra en el sistema para hacer frente a desperfectos en aparatos de soporte vital, como los respiradores mecánicos.
7. Calcular y comunicar el consumo diario de combustible antes del despliegue.

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Todos los circuitos, cables y tableros eléctricos deben estar previstos para uso en el terreno y certificados por un electricista calificado.⁵⁷
2. Se considera deseable utilizar fuentes renovables como la energía solar, pero es muy poco probable que estas cubran las 24 horas de actividad de un EMT grande.

⁵⁷ MSF Guideline Electrical Security (primera edición), https://bibop.ocg.msf.org/docs/48/L048ENEM09E-P_GuidelineSecuElectri_EN.pdf

3. Los generadores deben ser aptos para uso en el terreno e idealmente deben estar insonorizados.
4. Se explorarán todos los medios posibles para transportar suficiente combustible y baterías de modo que estén operativos lo antes posible.
5. Debe ser posible verificar la disponibilidad y calidad del combustible, o limpiarlo mediante filtros, para evitar desperfectos en el equipo en caso de contaminación.
6. Considerar la seguridad de la gestión.

Notas de orientación

- Puede ser necesario disponer de gas natural licuado (GNL), propano y otros gases comprimidos inflamables, pero es posible que en el lugar de destino sean escasos o se utilicen con accesorios diferentes. Los EMT deben prever otras contingencias en caso de no disponer de GNL o combustibles análogos.



6.2.2 Comunicaciones

Los EMT deben ser capaces de transmitir voz y datos a las estructuras de coordinación locales y nacionales, con al menos un nivel de redundancia en caso de fallo.

Los EMT deben ser capaces de comunicarse con otras instalaciones y sistemas de coordinación de salud para cumplir sus funciones. Este estándar se refiere a los equipos y sistemas físicos que deben instalarse para enviar mensajes de voz, como las derivaciones clínicas o las llamadas de emergencia, y los partes diarios, como el conjunto mínimo de datos. Será necesario contar con un sistema de telecomunicaciones principal y al menos uno suplementario.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Un sistema de comunicación principal y al menos uno suplementario, que incluya voz y datos.
2. Capacitación a todos los integrantes sobre equipos especializados de telecomunicaciones.
3. Sistema de gestión de baterías durante el almacenamiento, así como durante el despliegue sobre el terreno.
4. Se debe asignar a las comunicaciones un espacio dentro del puesto de mando.
5. La tecnología utilizada debe ser robusta y adecuada para las tareas; y para cumplir con los requisitos del mecanismo de presentación de información y con todas las medidas de seguridad.

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. En lugares donde la cobertura móvil pueda verse afectada temporalmente, es preciso disponer de un sistema secundario.
2. Los EMT deben conocer la legislación nacional sobre protección de la red de radiodifusión digital.
3. Aumentar el ancho de banda de datos para habilitar las funciones de telesalud o las videoconsultas con expertos a fin de comentar casos complejos y derivaciones.
4. Habilitar un sistema de registro de llamadas que permita la trazabilidad de llamadas importantes, como las de traslado de pacientes, aprovisionamiento o incidentes de seguridad.

6.2.3 Transporte y flota

Los EMT deben coordinar eficazmente el transporte de equipamiento y personal hasta el sitio asignado y durante toda la misión.

El transporte es un factor clave para los EMT, tanto nacionales como internacionales, y debe estar planificado y ensayado. Las funciones importantes son el acceso a los medios de transporte, el traslado de pacientes y la reposición de material fungible y equipamiento.⁵⁸

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Los EMT deben tener manifiestos de carga, en formato electrónico e impreso, en los que conste el peso, el volumen y los bienes peligrosos que transporten.
2. Se debe asegurar el equipamiento durante el transporte de conformidad con las regulaciones locales según el tipo de vehículo o aeronave; marcar e identificar todas las cajas y los bienes, de tal forma que siempre sea visible por uno de los lados durante su transporte.
3. Establecer un plan de gestión y mantenimiento de la flota (o de la maquinaria), así como un mecanismo de registro, en papel o en formato digital, para facilitar la trazabilidad.
4. Las mercancías peligrosas deben estar embaladas de conformidad con el reglamento de la Asociación de Transporte Aéreo Internacional (IATA), y acondicionadas y almacenadas de modo que se facilite su inspección.
5. El plan de transporte incluye una evaluación del entorno operativo, teniendo en cuenta el estado de las carreteras, la seguridad, la duración de los desplazamientos y los cambios y peligros meteorológicos estacionales.
6. Todos los vehículos deben estar registrados ante la autoridad local competente; si lo exige la ley, debe haber constancia documental de la inspección anual de seguridad y debe haberse concertado una póliza de responsabilidad civil.
7. Los EMT que trabajan en entornos marítimos deben garantizar que los tripulantes de las embarcaciones tengan acceso al material de seguridad marítima, como flotadores y una baliza de emergencia.
8. Los EMT deben disponer de equipamiento de transporte médico apto para vehículos no especializados que actúen como ambulancias temporales, teniendo en cuenta la seguridad de los ocupantes, la atención al paciente, la ergonomía, así como la selección y la colocación del equipo médico.

⁵⁸ Universal Logistics Standards in Humanitarian Response; <https://handbook.ul-standards.org/en/humlog/#sec040>

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Coordinar los planes de arribo y salida con las autoridades locales y nacionales, incluidos los puntos de ingreso y egreso.
2. Los EMT deben verificar la integridad y disponibilidad de instalaciones de descarga locales (p. ej., carretillas elevadoras). Los equipos más grandes pueden traer su propio material de descarga y ofrecerlo a otros equipos de respuesta. Para la logística en tierra, habrá que disponer, entre otros, de un transpaleta, una carretilla elevadora todoterreno o minitractor multiuso y un vehículo utilitario, además si es posible con camilla para el transporte de heridos.
3. Se debe solicitar asesoramiento especializado sobre el despacho de aduanas para la importación de determinados instrumentos y materiales, ya que puede haber restricciones en el país.
4. Debe acordarse previamente la plataforma logística elegida, incluidos entrenamientos periódicos, a fin de acelerar los procesos de despliegue.
5. Los EMT que viajen con ambulancias desde otros países deben conocer los reglamentos especiales sobre la autorización e importación del vehículo, el cual debe contar con el visto bueno previo de las autoridades nacionales.

Notas de orientación

- El embalaje y las cajas deben ser resistentes a las condiciones operativas y ambientales. Idealmente, el embalaje debe ser multiusos, para poder reutilizarse luego en las funciones operativas, y su eliminación no debe constituir un peligro medioambiental.
- Puede ser útil colocar insignias y marcas en los vehículos, según lo aconsejado en el territorio y atendiendo a la situación de seguridad. Los accidentes automovilísticos son una de las primeras causas de lesiones y muertes del personal en la respuesta a emergencias. Por tanto, los EMT deben adoptar una cultura de seguridad vial, moderar la velocidad según las condiciones locales y utilizar dispositivos de seguridad como cinturones.

6.2.4 Alimentación

Los EMT deben cubrir las necesidades alimentarias de todo el personal, los pacientes hospitalizados y los cuidadores.

Todos los EMT deben asumir que habrá problemas de acceso y disponibilidad de alimentos en la fase inicial de respuesta a la emergencia. Los EMT deberán proveer alimentación al personal y a los pacientes hospitalizados (además de los cuidadores) durante un período mínimo, según su situación y el área donde se encuentren. Los alimentos deben ser apropiados y adaptados al contexto, los requisitos clínicos y la aceptación cultural.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Los EMT-N deben llevar consigo una provisión de víveres suficiente para tres días, como mínimo, que cubra las necesidades energéticas diarias (mínimo de 2100 Kcal por persona), teniendo en cuenta las necesidades dietéticas especiales de los integrantes del equipo.
2. Los EMT-I deben llevar una provisión mínima para 14 días.
3. En todos los EMT, el personal debe llevar víveres de emergencia para un mínimo de un día.
4. Los EMT que presten atención hospitalaria deben servir alimentos cocinados a los pacientes y sus cuidadores. Los alimentos deben ser apropiados en términos culturales y satisfacer las necesidades nutricionales de los pacientes, en particular los requisitos diarios de energía y micronutrientes.⁵⁹
5. El personal responsable de la preparación de alimentos debe recibir la capacitación adecuada sobre aspectos clave de gestión y seguridad alimentarias.

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Planificar y definir una gama de soluciones alimentarias apropiadas y alternativas para el personal y los pacientes, desde el uso exclusivo desde comidas listas para consumir hasta el aprovisionamiento a nivel local, siempre que no afecte negativamente a la población en cuanto a la disponibilidad de alimentos ni a los precios de los productos básicos.
- ⓘ 2. Planificar la instalación de una cocina de campaña para alimentar a los pacientes ingresados (tipo 2 y 3).

⁵⁹ Universal Logistic Standards Warehouse and Storage: <https://handbook.ul-standards.org/en/humlog/#sec067>.

6.2.5 Gestión de almacenes

Los EMT deben tener un sistema de gestión de almacenamiento, con procesos y procedimientos que faciliten alcanzar el nivel ideal de preparación y capacidad para gestionar los suministros durante la fase de respuesta.

La gestión del almacenamiento es una tarea compleja y exige la operación simultánea de muchas piezas. Los estándares son válidos tanto para el depósito previo al despliegue como para las instalaciones temporales del EMT.⁶⁰ A la hora de establecer el sistema, se debe tener en cuenta la recepción y la gestión de existencias que estén etiquetadas y organizadas conforme a parámetros de almacenamiento adecuados, el equipo técnico adecuado, los sistemas de gestión de la información y los procedimientos de prevención de riesgos. Los EMT pueden externalizar su sistema de gestión de almacenamiento, aunque siempre debe garantizarse el acceso a las existencias.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Todos los EMT necesitan un espacio de depósito e instalaciones especiales para almacenar, mantener y acondicionar su equipamiento y suministros. Se puede emplear una instalación especial o reservar una sección en un almacén existente.
2. Adoptar buenas prácticas de almacenamiento: instalaciones físicas, control de temperatura, manipulación de bienes, saneamiento, carga segura, limpieza y control de plagas de conformidad con la normativa nacional.
3. Seguir un orden claro y lógico, procurando aprovechar al máximo el espacio y minimizar las tareas de manipulación, para lo cual se tendrán en cuenta las características de los bienes, como su peso, y la rotación de inventarios.
4. No dejar los productos almacenados en contacto directo con el suelo (para evitar daños por agua), sino en estantes o en contenedores de modo que los artículos sean fácilmente accesibles, así como almacenarlos y contabilizarlos de manera segura, con fichas de existencia visibles.
5. Mantener un inventario actualizado de las existencias, con la información esencial sobre el contenido, el peso y el total de paquetes.
6. Contar con fuentes de alimentación e iluminación que garanticen la seguridad y la fácil identificación de los bienes.
7. Contar con un suministro de electricidad continuo, protección en caso de sobrecarga y contingencia en caso de avería en áreas críticas que requieren control térmico y refrigeración, como la despensa y la farmacia.

⁶⁰ Universal Logistic Standards Warehouse and Storage. <https://handbook.ul-standards.org/en/humlog/#sec067>

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Los sistemas de gestión de la información deben ser sólidos y fiables para el trabajo sobre el terreno, como por ejemplo las fichas de existencia; si se utilizan tecnologías informáticas, se debe contar con sistemas de seguridad.

Notas de orientación

- El espacio necesario variará según el tipo de EMT, pero debe incluir áreas para el ensamblaje entrante y saliente de kits y pallets, la clasificación y recambio de materiales próximos a su vencimiento y una fuente de electricidad adecuada para garantizar que pueda utilizarse el equipamiento.
- Se deben cumplir las regulaciones nacionales de prevención de riesgos laborales para la manipulación de paquetes pesados, especialmente si se trabaja con sistemas de almacenamiento vertical en varios niveles, y el uso de vehículos y máquinas de carga.
- Los datos mínimos para todos los elementos son:

Número de identificación	Nombre	Valor	Fecha de caducidad	Fecha de revisión
Número de caja	Peso y volumen de la caja	Bienes peligrosos	Detalles del proveedor	Disponibilidad operacional

6.2.6 Gestión de la cadena de suministro de farmacia y material clínico

Los EMT son autosuficientes y disponen de la cantidad necesaria de instrumental, medicamentos y material médico fungible para brindar atención al paciente.

Los EMT deben ser autosuficientes durante toda la misión; para ello, deben mantener una gama de medicamentos y material médico fungible de calidad, según el tipo de EMT y el contexto en el que se realiza la misión.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Los EMT deben disponer de suficientes medicamentos y material médico fungible para un mínimo de 3 días, en caso de que la misión sea nacional, y un mínimo de 14 días si la misión es internacional, con un mecanismo de reabastecimiento para garantizar la disponibilidad de dichos productos durante toda la misión.
2. Los EMT deben disponer de una cadena de suministro eficaz y fiable para abastecerse de anestésicos y analgésicos, incluidos los opioides.
3. Debe haber un inventario completo de los artículos, disponible en formato físico y electrónico en todo momento; se hará un recuento periódico para supervisar la evolución de las existencias, haciendo un seguimiento de las tendencias de consumo y manteniendo un registro de auditoría para el control de inventario.
4. Asignar un espacio para la farmacia y el almacenamiento de material médico, con acceso restringido.
5. Los EMT deben tener cajas adecuadas para guardar los materiales y el instrumental médico y farmacéutico, las cuales deberán ir claramente marcadas y estar protegidas de los focos de calor y de la humedad.
6. Los medicamentos y vacunas que requieren cadena de frío deben transportarse en un embalaje específico, acondicionado por un profesional técnico. El acondicionamiento debe incluir un monitor de temperatura para detectar interrupciones en la cadena de frío.⁶¹
7. Debe establecerse un mecanismo estricto para vigilar el uso de fármacos controlados, con acceso exclusivo para personal autorizado y de conformidad con la normativa nacional.
8. Los EMT deben garantizar el acceso a un suministro efectivo y confiable de oxígeno para que el equipo médico cumpla con los estándares clínicos de atención.⁶²

⁶¹ Cold Chain Management Guideline (MSF, 2013): https://bibop.ocg.msf.org/docs/49/L015ZCHG01E_Coldchainguide.pdf.

⁶² OPS: Manual básico de instalaciones de suministro de oxígeno en EMTs y SAAMs: <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-manual-basico-instalaciones-suministro-oxigeno-emts-saams>.

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Prever dificultades en la adquisición y el transporte de sustancias controladas, según las regulaciones y restricciones vigentes, tanto en el país de origen como en una misión internacional.
2. Los EMT deben prever un sistema y un acondicionamiento que les permitan mantener la cadena de frío durante al menos 24 horas si la misión es nacional y 72 horas si es internacional.
3. En los planes de transporte se tendrán en cuenta los gases volátiles.
4. Todos los EMT deben calcular los puntos de consumo de oxígeno que habrá en la instalación o los vehículos y aportar el material mínimo necesario.

Tipo 1 y tipo 2

- Aportar el oxígeno en cilindros o concentradores.

Type 3

- Aportar el suministro de oxígeno mediante cilindros o concentradores, mediante un sistema centralizado que se pueda acoplar a un suministro central preexistente o mediante fuentes de oxígeno, como gasificadores, tanques de oxígeno líquido y generadores de adsorción por oscilación de presión.

Notas de orientación

- Para la preparación de las existencias se recomienda actuar de diferentes formas: se puede almacenar el material listo para usar y rotarlo periódicamente, o dejarlo en depósito en un almacén central de farmacia; por otro lado, también se puede proceder al acondicionamiento en el momento de salir o contar con mayoristas privados. En la elección de una u otra solución se tendrá en cuenta la mejor manera de mantener y acceder al inventario en el momento oportuno y minimizando la generación de residuos.
- El material médico estará sujeto a las revisiones prescritas por el fabricante durante el período de almacenamiento, lo cual incluye el mantenimiento de las baterías y los controles biomédicos regulares. En general, deben seguirse las pautas nacionales sobre periodicidad de las revisiones y debe llevarse un registro en relación con todo el instrumental clínico crítico, como respiradores y monitores.
- Los medicamentos controlados se pueden transportar cumpliendo los requisitos de seguridad en una maleta de mano con llave, a cargo de un delegado del equipo que custodie la documentación de exportación e importación, si procede.

6.2.7 Gestión de donaciones

Si desean donar medicamentos, instrumental, material fungible o la instalación completa, los EMT deben seguir procedimientos que cumplan con la normativa nacional e internacional en dicha materia.

Los EMT deben disponer de procedimientos por escrito que regulen la donación de medicamentos y material médico fungible a los establecimientos de salud locales. Es preciso actuar con precaución, ya que las donaciones redundantes pueden generar un exceso de existencias y algunos productos pueden caducar sin llegar a usarse nunca. Los procedimientos deben ser flexibles respecto a la política local o nacional de donación, pero sin desviarse de las pautas reconocidas de donación de medicamentos y material médico.⁶³

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Los EMT no deben donar medicamentos con fecha de caducidad inferior a seis meses; en todo caso, respetarán la política nacional de donación, que en algunos casos indica el período de validez mínimo aceptable para medicamentos donados.
2. Todos los medicamentos donados o los equivalentes genéricos deben estar autorizados en el país receptor y deben aparecer en la lista nacional de medicamentos esenciales o equivalente, o bien en los protocolos asistenciales nacionales.
3. Los medicamentos deben cumplir con los estándares internacionales de donación en términos de fechas de caducidad, acondicionamiento y etiquetado.
4. Los medicamentos y otros materiales médicos fungibles que puedan caducar o dañarse durante el despliegue deben destruirse de conformidad con los protocolos nacionales y las recomendaciones de la OMS.

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Los EMT deben donar instrumental que sea compatible con los sistemas de adquisición y mantenimiento del ministerio de salud y que el personal local pueda utilizar con garantías de seguridad.⁶⁴
2. Se insta a los EMT a donar artículos técnicos, incluido el hospital de campaña completo, siempre que se garantice la capacitación necesaria para utilizarlo y su correcto uso y almacenamiento

⁶³ Guidelines for medicine donations revised 2010 https://www.who.int/medicines/publications/med_donationsguide2011/en/

⁶⁴ Guidelines for health care equipment donations https://www.who.int/medical_devices/publications/en/Donation_Guidelines.pdf?ua=1

6.2.8 Seguridad y protección ocupacionales

Los EMT deben actuar con la debida diligencia para velar por la seguridad del personal y los pacientes durante la misión, adoptando planes de gestión y medidas prácticas que sean apropiadas para el contexto operativo y que sean comunicadas a todos los interesados.

Velar por la seguridad y salud en el trabajo constituye un requisito moral que goza de amplia aceptación; está codificado como principio general de la legislación de muchos países y suele traducirse en las regulaciones de prevención de riesgos laborales de cada sector. El trabajo de los EMT debe entenderse como uno de esos sectores, con sus propias características. Un reto para la gestión de los EMT es garantizar la adopción de medidas razonables y adecuadas en relación con los riesgos en materia de seguridad y la mejor manera de preparar y asistir al personal durante y después del despliegue.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Las organizaciones que despliegan EMT contraen con el personal la obligación jurídica y moral de velar por su salud, seguridad y protección, no solo durante la prestación de su actividad sino también en las horas de descanso.
2. La sede central debe contar con una política de seguridad que se comunicará a todos los integrantes de la organización y en la que se definirán las funciones y responsabilidades de la organización en dicha materia, además de indicar claramente el umbral institucional de aceptabilidad de los riesgos.
3. En las misiones sobre el terreno, los EMT deben contar con un proceso de gestión de riesgos de seguridad, incluido un sistema de alerta temprana.
4. Los EMT deben contar con sistemas de gestión de incidentes críticos para hacer frente a incidentes graves durante las operaciones.
5. Desarrollar un plan de seguridad e higiene en el trabajo para la prevención y el control de los riesgos.⁶⁵

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Los EMT tienen que planificar la separación de espacios para hombres y mujeres, sobre todo en aquellos lugares donde se considere inadecuada la mezcla de sexos.
2. Según el contexto, se pueden levantar vallas de diferentes alturas y materiales, pero como principio general se debe procurar una buena visibilidad de la instalación de salud para no obstaculizar la participación de la comunidad.

⁶⁵ Seguridad y salud de los trabajadores en las crisis sanitarias: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333780/9789240005440-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

3. Para la prevención de incendios, se pueden utilizar extintores de polvo ABC o de CO₂, mantas ignífugas u otros extintores portátiles. Estos dispositivos deben complementarse con capacitación, personal competente y planes y procedimientos de evacuación.

Notas de orientación

- El proceso de gestión de riesgos de seguridad comprenderá:
 - una evaluación de los riesgos locales que tenga en cuenta el contexto operativo;
 - un plan de seguridad por escrito;
 - un conjunto de medidas prácticas individuales y grupales, diseñadas para reducir el efecto o la probabilidad de riesgos cambiantes durante las operaciones. Idealmente, el proceso de gestión de riesgos debe dirigirlo un delegado de seguridad del equipo.
- Los EMT abordarán las cuestiones de seguridad de distintas maneras, pero todas deben incluir el enlace con las autoridades locales y acordar mecanismos para informar oportunamente cualquier novedad al personal desplegado (principio del consentimiento informado).
- Es preciso elaborar, comunicar y ensayar planes de contingencia para los incidentes críticos más probables, entre los que cabe citar, a título no exclusivo, situaciones que causen lesiones, enfermedades o la muerte del personal, reubicación del equipo, su retirada o hibernación y otros sucesos contemplados en la evaluación de riesgos.
- Todos los EMT deben disponer del equipo y la capacitación adecuados para combatir incendios, incluida la capacidad para hacer frente a una amplia gama de fuegos y un mecanismo de alerta.
- Debe haber suficiente iluminación exterior en torno a la instalación de salud, incluidas las áreas periféricas, para que los pacientes y el personal se muevan sin riesgos en horario nocturno. La iluminación de las áreas clínicas interiores debe ser adecuada para los actos clínicos que allí se practiquen.

6.2.9 Estructura y entorno de la instalación

Los EMT deben ser capaces de proporcionar instalaciones adecuadas y aceptables para la atención clínica y las necesidades del personal.

Los EMT deben diseñar y utilizar estructuras y medidas de seguridad para que la instalación sea segura y funcional. Entre ellas, cabe mencionar los factores físicos y ambientales, como la iluminación, el vallado, la preparación del terreno y la ventilación natural, que puede complementarse con ventilación mecánica en caso necesario. El personal del EMT desplegado en una emergencia debe poder confiar en que su organización les proveerá de alojamiento, servicios y condiciones de trabajo adecuadas, en aras de su integridad y su bienestar en el cumplimiento de su misión de salvar vidas.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. El espacio físico debe estar en consonancia con los estándares mínimos de la OMS en relación con el número de pacientes y el espacio entre camillas,⁶⁶ así como el uso de material impermeable de fácil limpieza con desinfectantes.
2. La infraestructura seleccionada debe poseer la suficiente solidez para soportar el desgaste normal de la actividad en la emergencia, los rigores del transporte y las condiciones meteorológicas.
3. La infraestructura debe tener la altura suficiente para que el personal de atención clínica se mueva con desenvoltura y proporcionar el máximo espacio, con paredes verticales o casi verticales.
4. Todas las áreas de pacientes deben estar diseñadas para permitir la ventilación cruzada y el acceso a personas con discapacidades o movilidad reducida.
5. El suelo debe tener una base sólida y estar cubierto con una capa superior antideslizante, ignífuga, impermeable, antiestática y resistente al desgaste.
6. Todas las instalaciones de salud deben constar de ventilación natural o de un sistema mecánico, según las condiciones del lugar.⁶⁷
7. El flujo de aire debe ser siempre claro y controlado, con un flujo unidireccional de las zonas limpias a las sucias.
8. Se deben reservar áreas y salas separadas y bien ventiladas para pacientes con sospecha de alguna enfermedad infecciosa.

⁶⁶ Infection Prevention and Control (OMS): <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/infection-prevention-control>.

⁶⁷ Natural Ventilation for Infection Control in Health-Care Settings (OMS, 2009): https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44167/9789241547857_eng.pdf?sequence=1.

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Los EMT que se desplieguen en climas fríos o cálidos deben ser capaces de ajustar adecuadamente el control climático en algunas áreas críticas para que la temperatura oscile entre los 20 y los 30 °C, en particular en las zonas de quirófano, farmacia, laboratorio y pacientes.
2. Puede tomarse la medición de CO₂ como indicador aceptable, pero aproximado, de la ventilación y la calidad del aire. Existen medidores de CO₂ precisos y asequibles en el mercado, para medir la calidad del aire interior.
3. La velocidad y dirección del viento predominante cambia según la ubicación.⁶⁸ Se recomienda contar con anemómetros para realizar mediciones de la velocidad y dirección del viento durante la evaluación del emplazamiento.

Notas de orientación

- Las ventanas y el doble techo son los elementos más importantes de la refrigeración pasiva. Constituyen la principal fuente de calor, por radiación y conducción directas, y de enfriamiento, gracias al flujo cruzado y la ventilación con ventiladores, la entrada de corrientes frescas y la depuración nocturna.
- Los espacios normales para pacientes hospitalizados que no tengan enfermedades infecciosas requieren al menos cuatro renovaciones de aire por hora.
- Los mosquiteros reducen la superficie de paso en un 50%.
- En los espacios de aislamiento, debe haber al menos seis renovaciones de aire por hora (equivalente a 40 l/s por paciente por m³ de la sala).
- Para evitar la transmisión de agentes infecciosos por la puerta, se usará un vestíbulo o una esclusa de presión.

⁶⁸ <https://globalwindatlas.info>

6.2.10 Movilización

Los EMT deben poder movilizarse en el menor tiempo posible, asegurando acciones generales e institucionales para apoyar su preparación operativa.

El tiempo es un factor crucial en los procesos de movilización de los EMT y a menudo requiere de múltiples cadenas organizacionales y gerenciales que trabajan en paralelo. La movilización rápida y la eficacia de las acciones iniciales, así como la familiaridad con los procedimientos organizacionales son fundamentales para la preparación y la respuesta de los equipos. Este estado de preparación también ayuda a proteger a los integrantes del equipo contra el estrés añadido que supone una capacitación o preparación inadecuada.⁶⁹

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Elaborar protocolos de activación con un marco temporal y algoritmos claros, o similares, para determinar los pasos necesarios en la movilización del equipo y el material.
2. Los canales de comunicación son esenciales para el envío de información y de personal capacitado, la liberación de material y la tramitación de las autorizaciones oportunas.
3. Los EMT deben cumplir con los requisitos del marco regulatorio sobre el transporte de mercancías peligrosas; el embalaje debe cumplir con toda la normativa nacional e internacional.⁷⁰
4. Los procedimientos de despacho de aduanas deben preverse siempre y estar debidamente documentados (conocimiento de embarque, manifiestos, despachos de aduana y documentos de migración).
5. Los EMT deben contar al menos con una solución primaria en 24 horas, que posibilite el transporte de material e insumos, además de personal, hasta el emplazamiento asignado.

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Deben existir acuerdos negociados previamente para el movimiento de carga.
2. Los EMT deben ser capaces de indicar con claridad el peso y el volumen de su carga, los requisitos de descarga y los tiempos de llegada previstos, si solicitan asistencia con el transporte local y en las etapas finales del desplazamiento.

⁶⁹ Quevillon, R.P. et al (2016): Helping the helpers: assisting staff and volunteer workers before, during and after disaster relief operations

⁷⁰ Reglamentación modelo de las Naciones Unidas: <https://unece.org/about-recommendations>.

Notas de orientación

- El almacén de los EMT está diseñado según la prioridad de carga de pallets con kits preempaquetados, etiquetados y sellados. Otros EMT tienen tarjetas de activación de algoritmos y personal adicional de almacén para el despliegue.
- El etiquetado de las cajas debe reflejar el contenido (por área temática o zona de la instalación), el nivel de prioridad de carga o descarga (aplicando el criterio de que lo primero en cargarse es lo último en descargarse) y la zona para posicionar la caja en el cuadrante que corresponda en el plano (layout) de la instalación.
- Se debe tener en cuenta el peso y volumen de las cajas a la hora de planificar el transporte comercial o aéreo, a fin de facilitar la gestión en tierra. Se puede fijar un límite de peso por caja, para que puedan cargarla entre cuatro personas, o contar con equipos de asistencia en tierra durante el despliegue.
- Algunos EMT han creado lotes de abastecimiento inicial para los productos médicos fungibles, equivalentes a unos 3 días del suministro total de 14 días. De esta forma se facilita que el personal lleve consigo existencias mínimas para dar comienzo a su trabajo, mientras el resto de los materiales viajan en transporte de carga.



6.2.11 Evaluación y planificación del emplazamiento

Los EMT deben ser capaces de evaluar los posibles emplazamientos⁷¹ y adaptar su disposición y configuración a las condiciones locales, valorando la posibilidad de integrarse en un establecimiento de salud preexistente o reforzarlo.

Los EMT deben evaluar meticulosamente, pero sin excesiva demora, la configuración (distribución espacial) de la instalación, siguiendo criterios predefinidos. Varios EMT están estudiando la posibilidad de enviar equipos multidisciplinarios antes que el equipo principal, para comenzar los preparativos y seleccionar la ubicación más adecuada según las necesidades particulares de cada caso. Este equipo debe estar compuesto por los integrantes más experimentados y poseer conocimientos técnicos sólidos; además, debe tener aptitudes interpersonales y conciencia cultural para negociar el acceso, alcanzar la confianza de la comunidad y conseguir que se acepte el plan propuesto.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Planificar la configuración (espacial) de la instalación en función de los escenarios previstos, teniendo en cuenta al menos dos limitaciones de terreno diferentes (verticales y horizontales).
2. Realizar una evaluación del emplazamiento con una herramienta validada, valorando los riesgos de seguridad y la necesidad de protección, a cargo de un equipo multidisciplinario de avanzada, antes de movilizar hasta allí al personal y los materiales por completo.
3. Los EMT deben ser capaces de operar en entornos urbanos y en zonas con limitación de espacio, así como en localidades rurales y remotas.

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Planificar con antelación la posible ampliación en caso de incidentes con gran número de víctimas o de brotes, ya que pueden producirse complicaciones, sobre todo si en la ampliación de las estructuras hace falta que los operarios lleven EPP.

Notas de orientación

- El primer boceto de los planos del emplazamiento facilita el inicio de las obras de drenaje y nivelación previas al montaje, mientras el equipo está en camino.
- La nivelación y preparación del suelo facilita las etapas siguientes, incluyendo el drenaje del agua y el montaje de tiendas y demás estructuras. Como los tipos 2 y 3 pueden contar con máquinas para dicho trabajo, esta forma de intervención requiere el consentimiento y el compromiso de la comunidad.

⁷¹ La ubicación física donde se instalarán las estructuras y se prestará la asistencia médica

6.2.12 Montaje secuencial

Los EMT deben priorizar el montaje de la instalación de manera que las primeras áreas y servicios en entrar en funcionamiento sean los necesarios para ofrecer la atención urgente, mientras se termina de armar el resto, lo cual permite que algunas funciones estén operativas antes de completar el despliegue.

En la respuesta a un desastre repentino, en la que el factor temporal es crítico, los EMT deben estar preparados para tratar a los pacientes agudos con la mayor celeridad posible, incluidos los que acuden mientras todavía se esté levantando la instalación. Puede ser necesario, en estas circunstancias, practicar intervenciones quirúrgicas cuando aún no ha terminado el montaje de las zonas de posoperatorio y hospitalización. Con la debida planificación y las estrategias adecuadas, los EMT pueden acortar el tiempo que tardan en ponerse en funcionamiento desde la llegada al lugar.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Prever, planificar y consolidar el orden de carga y descarga de los materiales, para que estén disponibles primero los elementos más necesarios a su llegada a destino.
2. Poner en marcha un método claro, con pasos detallados, para el montaje secuencial del campamento, priorizando los servicios de atención médica y la seguridad y bienestar del personal.
3. Debe hacerse un simulacro de montaje secuencial de estructuras temporales periódicamente (al menos una vez al año) para mejorar las precauciones de seguridad y reducir el tiempo de despliegue y construcción.
4. En este proceso debe incluirse la información y la comunicación, los mensajes clave y la consulta con las comunidades.

Notas de orientación

- Marcar todos los paquetes con adhesivos de colores después de la fase de preparación. Estos adhesivos indican la prioridad de carga. En el punto de recepción, por ejemplo, el aeropuerto de arribo, los adhesivos indican la prioridad para el envío a la zona de la misión. Una vez en destino, especifican la prioridad, la familia técnica y la zona de descarga en el plano de la instalación.
- Una posibilidad para ordenar el montaje secuencial es levantar primero las secciones destinadas a la atención de pacientes agudos y de apoyo operacional para proseguir luego con las instalaciones quirúrgicas críticas y las áreas de hospitalización. Las áreas asistenciales restantes y las áreas de apoyo clínico y operativo menos críticas irían después, con poco tiempo de diferencia. Las áreas críticas de seguridad y bienestar para el personal deben estar disponibles lo antes posible.

6.2.13 Desmovilización

Los EMT deben contar con planes y procedimientos para la desmovilización coordinada, aprovechando al máximo la duración de la misión y evitando en la medida de lo posible la interrupción de la asistencia, para favorecer que se restablezca la normalidad en los servicios de salud locales y se mitigue la afectación ambiental.

Es importante que la fase de desmovilización de cada EMT se sincronice con una estrategia de salida y una transición o relevo a los prestadores locales o a la alternativa pactada. Los EMT deben contar con un marco de planificación para su desmovilización, el cual debe abarcar los recursos humanos y financieros necesarios, a fin de desmovilizarse de manera eficiente sin afectación de los servicios de salud. Esta importante fase, a menudo denominada "logística inversa", incluye el reempaquetado en un plazo aceptable para facilitar la preparación ante futuras operaciones. Es útil seguir listas de comprobación, y la salida debe comenzar a planearse desde el momento mismo en que se plantea el despliegue.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Definición de procedimientos y acciones clave para gestionar el proceso de desmovilización, siguiendo una serie de etapas, de modo que los servicios de apoyo clínico y operativo no esenciales sean los primeros en desmantelarse, se debe capacitar a todo el personal sobre este proceso.
2. Planificar la logística inversa cuando sea necesario, lo cual contribuye a gestionar adecuadamente los materiales peligrosos, el reciclaje de bienes, los equipos obsoletos o los productos que no se hayan usado.
3. Embalaje para el transporte, incluido el manejo de mercancías peligrosas. Será necesario realizar estimaciones de pesos y volúmenes para el transporte por vía terrestre, aérea o marítima.

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Coordinar la salida y el relevo de servicios, instrumental y material fungible con las autoridades de salud locales o el CICOM al menos siete días antes del cierre.
2. Será preciso interactuar con la comunidad con suficiente antelación y transmitirle mensajes claros sobre los planes de servicios alternativos, los establecimientos de salud más próximos y otros EMT.
3. Antes del despliegue, habrá que planificar y preparar una descripción y análisis de los elementos que se descartarán, reutilizarán o donarán.

Notas de orientación

- Debe prestarse especial atención al tratamiento y cierre del área de residuos y saneamiento, teniendo en cuenta medidas como el tratamiento químico y el sellado de las fosas con hormigón.
- Evaluar la posibilidad de reforzar el equipo con más integrantes de apoyo operacional para hacer frente al mayor volumen de trabajo de la fase de logística inversa.
- Varios EMT han codificado previamente la lista de embalaje centralizada estableciendo una escala de artículos de regreso indispensable, regreso probable y regreso improbable, dentro de su plan de logística inversa.



6.3 Estándares técnicos de apoyo operacional (agua, saneamiento e higiene)

Los estándares técnicos de agua, saneamiento e higiene rigen muchas de las precauciones habituales de PCI y la autosuficiencia de los EMT.

Estándares técnicos de agua, saneamiento e higiene (resumen)

Abastecimiento de agua: los EMT deben garantizar que los pacientes, los cuidadores y el personal dispongan en todo momento de suficiente agua potable, distribuida a través de puntos e instalaciones de recolección apropiados, para la práctica clínica, la higiene y consumo personal, la preparación de alimentos, la limpieza y la lavandería.

Higiene: los EMT deben garantizar que el personal y los pacientes puedan higienizarse las manos en toda la instalación, promoviendo el acceso a productos y lugares culturalmente apropiados para el lavado, así como el acceso adecuado a duchas, y espacios seguros para la higiene personal y menstrual.

Limpieza del entorno: las instalaciones del EMT y el entorno inmediato siempre deben mantenerse limpios y en buen estado higiénico. Todos los tipos de EMT deben contar con procedimientos documentados y materiales apropiados para la limpieza inmediata, de rutina y terminal, a fin de reducir el riesgo de infección.

Gestión de residuos sanitarios: los EMT son responsables de la gestión y eliminación seguras de los residuos que generan. La gestión segura de los residuos de provenientes de la atención clínica consta de varios pasos: reducción, segregación, recolección, almacenamiento, tratamiento y eliminación final.

Saneamiento: los EMT deben garantizar que los pacientes, el personal y los cuidadores dispongan de instalaciones accesibles, apropiadas, seguras y suficientes, y se debe contar con procedimientos bien documentados, para la gestión de las excretas, las aguas grises y las aguas pluviales, a fin de limitar la transmisión de enfermedades.

Control de vectores y plagas: los EMT deben garantizar que los pacientes, el personal y los cuidadores estén protegidos ante los vectores de enfermedades y plagas, mediante el uso del equipamiento y los métodos adecuados y adaptados al contexto local.

Gestión de cadáveres: los EMT deben ser capaces de gestionar los cadáveres de manera digna, culturalmente apropiada, segura y conforme a las prácticas de salud pública.

6.3.1 Abastecimiento de agua

Los EMT deben garantizar que los pacientes, los cuidadores y el personal dispongan en todo momento de agua potable suficiente, distribuida a través de puntos de captación e instalaciones de recolección apropiadas, a fin de posibilitar las actividades clínicas, la higiene y el consumo personal, la preparación de alimentos, la limpieza y la lavandería.

El EMT debe proporcionar o acceder a un suministro adecuado de agua, con una fuente alternativa en caso de interrupción. Sin agua potable, los EMT no pueden proporcionar atención clínica de calidad y pueden exponer al personal, los pacientes y las poblaciones locales a la transmisión de enfermedades infecciosas y al empeoramiento de los problemas de salud pública. Los EMT deben garantizar la disponibilidad de expertos técnicos para llevar a cabo las actividades de abastecimiento del agua, lo que subraya una vez más la necesidad de contar con un sólido componente de apoyo al funcionamiento de cada EMT.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. La instalación debe contar con el equipamiento adecuado para potabilizar una cantidad suficiente de agua, según el tipo de EMT, sus necesidades y su experiencia, para garantizar el funcionamiento correcto.
2. Calcular la cantidad de agua necesaria según los estándares mínimos recomendados:⁷²
 - 40-60 litros por integrante del equipo al día;
 - 5 litros por paciente ambulatorio;
 - 40-60 litros por paciente hospitalizado al día;
 - 100 litros por intervención quirúrgica o parto.
3. Asegurarse de que las tecnologías y los procedimientos de potabilización de agua cruda de la localidad siga los estándares de la OMS^{73,74}, y a las regulaciones nacionales.⁷⁵
4. Tratar el agua con un desinfectante de forma que se obtenga una concentración de cloro libre residual de 0,5-1 mg por litro y un grado de turbidez inferior a 5 UTN (unidades de turbidez nefelométrica). No debe haber coliformes fecales por 100 ml en el punto de suministro.⁷⁷

⁷² How much water is needed in emergencies: https://www.who.int/water_sanitation_health/emergencies/WHO_TN_09_How_much_water_is_needed.pdf?ua=1: es posible que se necesiten cantidades adicionales para otro tipo de consumo, como lavandería, lavado de ambulancias y otros elementos, que deben contarse al calcular el total.

⁷³ WHO Guidelines for drinking-water quality https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/drinking-water-quality-guidelines-4-including-1st-addendum/en/ 70 WHO

⁷⁴ WHO Safe Drinking Water from desalination https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70621/WHO_HSE_WSH_11.03_eng.pdf?sequence=1

⁷⁵ WHO A global overview of national regulations and standards for drinking-water quality. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272345/9789241513760-eng.pdf?ua=1>

⁷⁶ WHO WEDC Measuring Chlorine levels in water supplies http://www.who.int/water_sanitation_health/emergencies/WHO_TN_11_Measuring_chlorine_levels_in_water_supplies.pdf?ua=1

⁷⁷ A summary catalogue of microbial drinking water tests for low and medium resource settings. <https://www.mdpi.com/1660-4601/9/5/1609/pdf>

5. Asegurarse de la disponibilidad y funcionalidad de los dispositivos de medición de la calidad e inocuidad del agua y llevar registros de los análisis practicados al respecto.
6. Garantizar la capacidad mínima de almacenamiento de agua potable para 48 horas, a fin de asegurar el suministro en caso de producirse interrupciones breves.
7. Capacitar al personal en la gestión de aspectos relativos al abastecimiento, tratamiento, almacenamiento y suministro de agua.
8. Los tipos 2 y 3 deben instalar un sistema a presión para garantizar un suministro adecuado de agua en todo momento, especialmente en las zonas clínicas críticas.
9. Proporcionar suficientes puntos de distribución de agua potable en todas las zonas de espera, los bloques de atención clínica, las cocinas, los comedores y las áreas de descanso del personal.

Notas de orientación

- Las pruebas de E. coli generalmente tardan 24 horas. Realizar estos análisis en la fase de respuesta a una emergencia puede ser poco práctico si se debe analizar todas las cargas de agua que pasan por el sistema hidráulico del EMT.
- La mejor forma de reducir el riesgo de usar agua no apta es tratarla con barreras múltiples.⁷⁸ Cada paso del proceso, desde la protección de la fuente hasta el tratamiento del agua y el almacenamiento seguro, contribuye a reducir los riesgos para la salud.
- Evaluar la posibilidad de instalar grifos accionados con el pie, el codo o sensores infrarrojos para minimizar el riesgo de contaminación cruzada en todos los puntos de salida o estaciones de lavado de manos.
- Prever la necesidad de equipamiento adicional, como bombas sumergibles o centrífugas, o dispositivos de transporte que permitan adaptarse a diferentes situaciones, incluida la recolección de agua y su transporte a la zona de tratamiento.

⁷⁸ Centro para Tecnologías Accesibles de Agua y Saneamiento: Fact sheets on HWTS methods: <http://www.cawst.org/en/resources/pubs>.

6.3.2 Higiene

Los EMT deben garantizar que el personal y los pacientes puedan practicar la higiene de manos en toda la instalación, promoviendo el acceso a productos y lugares culturalmente apropiados para el lavado, así como el acceso adecuado a duchas, artículos y espacios seguros para la higiene personal y menstrual.

En los establecimientos de salud, la higiene de manos eficaz ha sido la piedra angular de la prevención y el control de infecciones. Es la principal medida para prevenir las infecciones iatrogénicas y la propagación de la resistencia a los antimicrobianos. Resulta esencial, por tanto, que los EMT cuenten con instalaciones para lavarse las manos con agua y jabón en las zonas clínicas y los baños.⁷⁹ Tanto el personal como los pacientes deben tener acceso a duchas y puntos de agua para su higiene personal, en zonas separadas por sexos. Las mujeres y las niñas, por su parte, deben tener acceso a espacios seguros y culturalmente adecuados, en los que dispongan de instalaciones y artículos de higiene menstrual. El personal de EMT debe comprender las prácticas, las convenciones y las creencias asociadas con la higiene menstrual de la comunidad local.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

Higiene de manos

1. Provisión de estaciones de lavado de manos⁸⁰ en las áreas clínicas: cada uno de los pabellones, quirófano, sala de emergencias, sala de partos, unidades de aislamiento, zonas de atención ambulatoria y otras áreas clínicas y de laboratorio, así como otras unidades de atención y demás áreas de servicios.
2. Provisión de estaciones de higiene de manos con desinfectante de manos o solución hidroalcohólica en todas las áreas clínicas.⁸¹
3. Deben colocarse estaciones de lavado de manos a menos de cinco metros de los retretes, en las cocinas y comedores y entre los puntos de transición del bloque clínico y de descanso del personal.
4. En los pabellones que tengan más de 20 camas, se debe contar con al menos dos estaciones de higiene de manos.
5. Se colocarán materiales de información, educación y comunicación sobre higiene de manos, que sean claramente visibles y comprensibles, en puntos clave.

⁷⁹ 2009 WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf?sequence=1

⁸⁰ Todas las estaciones deben contar con agua y jabón, grifo, pedal o bombas de codo, papel para secarse las manos y un cubo de basura donde tirar el papel después de secarse.

⁸¹ Cuando se habla de "estación de lavado de manos" se entiende el lavado con agua y jabón, mientras que las "estaciones de higiene de manos" comprenden, además, las que utilizan desinfectante con soluciones hidroalcohólicas.

Higiene personal

6. Instalar duchas adecuadas y separadas (hombres y mujeres) para los pacientes hospitalizados y para el personal, en una zona accesible y segura.
7. Proporcionar artículos de higiene a los pacientes, para su uso en la instalación de salud, con especial consideración para las personas con movilidad reducida, problemas particulares debidos a su enfermedad o cuestiones culturales.
8. Colocar carteles sobre las mejores prácticas en higiene personal y etiqueta respiratoria.
9. Provisión de espacios adecuados, dentro del bloque de hospitalización, para que las mujeres y las niñas cuiden de su higiene menstrual, incluida una instalación de lavado dentro de los cubículos de retrete o letrinas.⁸²

Notas de orientación

- La OMS recomienda fórmulas para soluciones hidroalcohólicas que pueden prepararse a nivel local, con ingredientes fáciles de conseguir.⁸³
- Las instalaciones de preparación de alimentos deben mantenerse una limpieza escrupulosa y respetarse siempre las “cinco claves para la inocuidad de los alimentos”.⁸⁴

⁸² A toolkit for integrating menstrual hygiene management (MHM) into humanitarian response
https://www.susana.org/_resources/documents/default/3-3083-7-152225986.pdf

⁸³ Guide to local production: WHO recommended hand rub formulations;
https://www.who.int/gpsc/5may/Guide_to_Local_Production.pdf <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-PSP-2010.5>

⁸⁴ Five keys to safer food manual (OMS): https://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/manual_keys.pdf

6.3.3 Limpieza del entorno

Las instalaciones del EMT y el entorno inmediato siempre deben mantenerse limpios y en buen estado higiénico. Todos los EMT deben contar con procedimientos documentados y materiales adecuados para la limpieza inmediata, rutinaria y terminal, a fin de reducir el riesgo de infección.

La limpieza del entorno (aquí denominada “limpieza”) es una parte esencial de la prevención y el control de infecciones. En salud pública, se considera una de las medidas más importantes para prevenir las infecciones y la propagación de la resistencia a los antimicrobianos.⁸⁵ Los EMT deben contar con protocolos para la limpieza rutinaria de las instalaciones y las zonas de atención clínica después del contacto con el paciente (limpieza terminal), por ejemplo, después de una intervención quirúrgica o del alta médica, y para el manejo de derramamientos y fluidos corporales. La frecuencia de las limpiezas y desinfecciones de objetos o superficies individuales en una zona concreta dependerá de varios factores, como la superficie, el tipo de actividad que allí se desarrolla y los riesgos asociados de infección. Las zonas de aislamiento y esterilización son las que exigen mayor intensidad y periodicidad de PCI en cuando a limpieza y desinfección. Los EMT requieren soluciones de lavandería para el personal, así como técnicas de lavandería especiales para los pacientes cuando usan artículos reutilizables (en los EMT más grandes).

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Definir protocolos de limpieza inmediata, rutinaria y terminal para las diferentes zonas de la instalación del EMT.⁸⁶
2. Limpiar, desinfectar o esterilizar el instrumental médico reutilizable en función del riesgo, antes de cada uso.
3. Se debe contar con kits de limpieza claramente identificados, por áreas de riesgo, para evitar la contaminación cruzada.
4. En todas las zonas clínicas se debe contar con material para el control de derrames, a fin de limpiar de inmediato la sangre y otros fluidos corporales.
5. Se debe facilitar educación y capacitación a todo el personal.
6. Establecer un sistema de control para comprobar que se siguen correctamente los protocolos de limpieza, así como un mecanismo de seguimiento y reposición de los materiales de limpieza.⁸⁷
7. Delimitar una zona especial para recoger, lavar, enjuagar y secar la ropa del personal y de cama. Los EMT requieren servicios especiales de lavandería para el personal.

⁸⁵ CDC Best Practices for Environmental Cleaning in Healthcare Facilities: in Resource-Limited Settings.2nd Ed. <https://www.cdc.gov/hai/pdfs/resource-limited/environmental-cleaning-RLS-H.pdf>

⁸⁶ La limpieza inmediata es la limpieza de la sangre u otros fluidos corporales derramados, los líquidos contaminados y la suciedad visible. La limpieza ordinaria es la limpieza de las zonas de atención clínica y apoyo operacional, puesto de mando y alojamiento. La limpieza terminal es la limpieza de las áreas de atención clínica después del alta del paciente, y su minuciosidad dependerá del tipo de acto médico realizado (intervención quirúrgica, consulta ambulatoria, etc.)..

⁸⁷ CDC Options for Evaluating Environmental Cleaning <https://www.cdc.gov/hai/pdfs/toolkits/Environ-Cleaning-Eval-Toolkit12-2-2010.pdf>

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. Definir las zonas de riesgo evaluando la probabilidad de contaminación y el grado necesario de asepsia. Para ello se puede dividir el campamento en cuatro zonas: zona sin contacto con pacientes; zona clínica para pacientes no infectados ni muy vulnerables; zona de aislamiento; y zona para pacientes muy vulnerables (aislamiento protector) o zona protegida.
2. Establecer una zona de lavado para la limpieza y descontaminación de materiales reutilizables, camillas y otros accesorios.

Notas de orientación

- La limpieza de todas las zonas, los pisos y las superficies de trabajo horizontales debe hacerse a diario, con agua y detergentes, y con mayor frecuencia en períodos de uso intensivo o en caso de derramamiento accidental no clínico.
- Limpiar y desinfectar lo antes posible toda superficie u objeto contaminado con sangre, fluidos corporales, secreciones o excretas, aplicando detergentes ordinarios o desinfectantes hospitalarios.



6.3.4 Gestión de residuos sanitarios

Los EMT son responsables de la gestión y eliminación seguras de los residuos que generen por la atención clínica prestada. La gestión segura de estos residuos consta de varios pasos: reducción, segregación, recolección, almacenamiento, tratamiento y eliminación final.

Los EMT deben conocer y cumplir las políticas, las regulaciones, los procedimientos y los procesos de aprobación en materia de gestión de residuos, tanto los de ámbito nacional como los de la OMS. Los procedimientos de gestión de residuos deben estar bien documentados: debe utilizarse el equipamiento adecuado y se debe tener constancia documental de la capacitación del personal. Es de gran importancia la eliminación segura de desechos y líquidos infecciosos, objetos cortopunzantes, medicamentos y productos químicos. Siempre que sea posible, se reducirá la cantidad de desechos generados; si es factible y seguro, se procurará emplear productos que puedan reciclarse y reutilizarse. Para reducir el impacto en la salud y el medioambiente, los residuos que no puedan reciclarse deben tratarse con las opciones menos dañinas, incluido el tratamiento o la eliminación.⁸⁹

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Elaborar POE para la gestión de residuos. Deben abarcar todo el ciclo de respuesta y estar a disposición del personal, incluidos los empleados de contratación local, en formato escrito y visual.
2. Capacitar a todo el personal en la gestión de residuos e impartir capacitación especializada para el personal responsable de la recolección, el tratamiento y la eliminación.⁹⁰
3. Suministrar EPP al personal encargado de manipular residuos.
4. Organizar la segregación y el almacenamiento, la recolección y la eliminación (por separado) de los desechos de la atención clínica, al menos en las cuatro categorías principales: generales, cortopunzantes, infecciosos y otros desechos peligrosos.
5. Delimitar una zona segura para el almacenamiento de residuos en el recinto, teniendo en cuenta una capacidad de contención mínima de dos días para la generación de residuos.
6. Planificar el tratamiento de residuos de conformidad con la legislación y normativa local e internacional.⁹¹

⁸⁸ OMS: Safe management of wastes from health-care activities: https://www.who.int/iris/bitstream/10665/85349/1/9789241548564_eng.pdf?ua=1

⁸⁹ OMS/WEDC: Solid waste management in emergencies:

https://www.who.int/water_sanitation_health/emergencies/WHO_TN_07_Solid_waste_management_in_emergencies.pdf?ua=1

⁹⁰ OMS: Training modules in health-care waste management:

[https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/water-sanitation-and-health-\(wash\)/health-care-facilities/health-care-waste/training-modules](https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/water-sanitation-and-health-(wash)/health-care-facilities/health-care-waste/training-modules).

⁹¹ <http://www.basel.int/> <http://chm.pops.int/>

7. Introducir una tecnología de tratamiento de residuos infecciosos por incineración u otros métodos.^{92,93,94}
8. El plan de gestión de residuos debe prever la construcción de pozos para residuos de conformidad con los estándares nacionales e internacionales. Estos pozos deberán utilizarse, mantenerse y desmantelarse de forma segura.

RECOMENDACIONES PARA UNA ATENCIÓN ÓPTIMA AL PACIENTE

1. La OMS recomienda vacunar contra la hepatitis B y el tétanos a todas las personas que manipulen desechos sanitarios.⁹⁵

Notas de orientación

- En todas las zonas donde se utilicen objetos cortopunzantes, se debe contar con recipientes para su eliminación que se ajusten a los estándares de la OMS.
- El material utilizado para el transporte de residuos debe ser impermeable y a prueba de derrames, así como fácil de limpiar y desinfectar a diario.
- La zona de almacenamiento de desechos debe estar cercada y protegida del agua, la lluvia y las plagas, con un mecanismo apropiado para evitar el acceso de personal no autorizado y de los habitantes de la localidad.

⁹² Overview of technologies for the treatment of infectious and sharp waste from health care facilities WHO 2019. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328146/9789241516228-eng.pdf?ua=1>

⁹³ PNUMA: Compendium Technologies for Treatment Destruction of Healthcare Waste: https://wedocs.unep.org/bitstream/handle/20.500.11822/8628/IETC_Compendium_Technologies_Treatment_Destruction_Healthcare_Waste.pdf?sequence=3&isAllowed=y.

⁹⁴ Inventario mundial de tecnologías de tratamiento de residuos de asistencia médica: <http://medwastetech.info>.

⁹⁵ Summary of WHO Position Papers – Immunization of Health Care Workers: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/immunization_schedules/immunization-routine-table4.pdf?sfvrsn=714e38d6_4&download=true.

6.3.5 Saneamiento

Los EMT deben garantizar que los pacientes, el personal y los cuidadores dispongan de instalaciones sanitarias accesibles, apropiadas, seguras y suficientes. Se debe contar con procedimientos bien documentados para la gestión de las excretas, las aguas grises y las aguas pluviales, a fin de limitar la transmisión de enfermedades.

Los EMT deben disponer de instalaciones sanitarias accesibles, seguras, limpias y culturalmente apropiadas para los pacientes, tanto en las zonas de espera como en las de tratamiento. El saneamiento en las instalaciones de salud debe garantizar la separación higiénica entre las excretas y el contacto humano. Las instalaciones de saneamiento también son importantes para la dignidad y los derechos humanos y tienen un importante componente de género, ya que se debe garantizar la privacidad y la seguridad de las mujeres y las niñas. La principal prioridad de la política de saneamiento del EMT debe ser la gestión de las aguas grises y negras. Esta actividad se puede complementar con una planta de tratamiento de aguas residuales in situ, es decir, un tanque séptico con pozo de drenaje, un sistema de retención provisional o la eliminación directa al alcantarillado.⁹⁶

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Proporcionar instalaciones sanitarias adecuadas y sostenibles para todos los integrantes del equipo y el personal de contratación local, así como instalaciones sanitarias para la atención ambulatoria y hospitalaria adaptadas a los niños.⁹⁷
2. Los retretes y lavabos para el personal deben estar claramente separados de los de los pacientes.
3. Calcular la proporción de retretes necesarios por tipo de usuario (hospitalizado, ambulatorio, personal propio) siguiendo la proporción recomendada (retretes por persona), teniendo en cuenta la proporción de sexos, las personas con discapacidades, los niños y los pacientes aislados:
 - Pacientes ambulatorios: 1:50.
 - Pacientes hospitalizados: 1:20.
 - Integrantes del equipo: 1:20.
 - Pacientes aislados: 1:20 (en aislamiento grupal).
 - Pacientes aislados: 1:1 (en aislamiento individual).

Se debe contar con al menos un retrete unisex para personas con movilidad reducida, de acuerdo con los estándares.⁹⁸

⁹⁶ OMS: Guidelines on sanitation and health: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274939/9789241514705-eng.pdf?ua=1>

⁹⁷ WASH Cluster Compendium of Sanitation Technologies in Emergencies <http://www.washcluster.net/emersan-compendium>

⁹⁸ UNHCR WASH Universal Access Checklist. <https://wash.unhcr.org/download/wash-universal-access-checklist/?wpdmcl=541&ind=Ri0xMDEgVU5lQ1lgV0FTSCBvbm12ZXJzYWwgQWNjZXNzIENoZW50ZGZlZCAoVU5lQ1IsIDlwMTUpLnBkZg>

4. Disponer de sistemas de saneamiento que se adapten a las diferentes condiciones del suelo (suelos blandos, duros) y profundidades de la capa freática, así como a los hábitos culturales locales.⁹⁹
5. Planificar el componente de accesibilidad para la gestión y el mantenimiento de tanques, pozos de drenaje y conexiones al alcantarillado.
6. Garantizar mecanismos adecuados de iluminación y cierre desde el interior de las letrinas y las duchas, las cuales deben estar claramente señalizadas y ubicadas lo suficientemente cerca de los pabellones de hospitalización y las áreas clínicas de modo que se pueda acceder a ellas de forma segura y reduciendo el riesgo de violencia, especialmente la de tipo sexual y de género.¹⁰⁰
7. Planificar alternativas para la gestión segura de lodos fecales y aguas grises mediante la contención y el tratamiento in situ en caso de no poder acceder a las estructuras locales.^{101,102}

RECOMMENDATIONS FOR OPTIMAL PATIENT CARE

1. Los lodos fecales deben vaciarse y transportarse con la debida protección para los prestadores de servicios, las familias, las comunidades y el medioambiente.
2. Se planificará el despliegue de soluciones de saneamiento básicas para la primera fase de la misión, las cuales se utilizarán durante el montaje.^{103,104}

Notas de orientación

- En la primera fase de la respuesta se adoptarán soluciones como las siguientes: inodoros portátiles con bolsas de plástico y gránulos absorbentes, letrinas portátiles con bolsa o cubo y retretes químicos.
- Debe prestarse especial atención a las aguas grises infecciosas que se produzcan por la esterilización o en las salas de aislamiento.

⁹⁹ WEDC: Excreta Disposal in Emergencies: A Field Manual (capítulo 6): Strategies for Difficult Situations: <https://www.unhcr.org/49db13ad2.html> .

¹⁰⁰ El Manual Esfera 2018: <https://spherestandards.org/es/manual-2018>.

¹⁰¹ <https://emergencysanitationproject.org/sludge-reservoirs>; <https://emergencysanitationproject.org/wp-content/uploads/2019/08/fact-sheet-deployable-septic-tank-kit.pdf>.

¹⁰² EAWAG: Greywater Management: https://sswm.info/sites/default/files/reference_attachments/MOREL%20and%20DIENER%202006%20Greywater%20Management.pdf.

¹⁰³ WEDC: Excreta Disposal in Emergencies: A Field Manual (capítulo 4): 1st Phase Technical Options: <https://www.unhcr.org/49db13402.html>.

¹⁰⁴ Compendium of Faecal Sludge Management (FSM) Technical Options in Emergencies: http://www.washnet.de/wp-content/uploads/washnet_wie15_fsm-compendium_150910.pdf.

6.3.6 Control de vectores y plagas

Los EMT deben garantizar que los pacientes, el personal y los cuidadores estén protegidos ante los vectores de enfermedades y plagas, aplicando el material y los métodos adecuados y adaptados al contexto local.

El control eficaz de vectores y plagas es esencial para la salud del personal, los pacientes y el público en general. Los EMT deben adoptar medidas ordinarias de control de plagas y vectores (identificación del agente, control de vectores, higiene ambiental, protección personal, vigilancia).¹⁰⁵ El material utilizado debe ser apropiado y específico para el contexto y debe reflejar el entorno donde trabaja el EMT a nivel personal, operativo y ambiental. Los métodos de exclusión o reducción de vectores dependen del tipo de vector, de sus hábitos reproductivos y biológicos (lugares y horas en que descansan, se alimentan, pican o muerden) y de la resistencia de ciertas poblaciones de vectores a los productos químicos utilizados para erradicarlos. Se puede plantear un modelo de protección en tres niveles: el ámbito individual, las instalaciones físicas y el medioambiente.¹⁰⁶ Todas las medidas deben ser conformes a la normativa estatal y contar con el visto bueno de la comunidad.

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

Ámbito individual

1. Proteger a pacientes y cuidadores mediante métodos de barrera, como mosquiteros tratados con insecticida.
2. Proteger al personal con una estrategia de varias capas, que incluya algunas de las siguientes medidas:
 - vestimenta protectora (prendas largas, calzado cerrado);¹⁰⁷
 - uso de repelente de insectos;
 - mosquiteros tratados con insecticida sobre las camas;¹⁰⁸
 - tratamiento de las pediculosis;
 - profilaxis antipalúdica y vacunación (p. ej., fiebre amarilla).

¹⁰⁵ OMS: Global Vector Control Response 2017-2030: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259205/1/9789241512978-eng.pdf?ua=1>

¹⁰⁶ OMS: Handbook for integrated vector management: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44768/9789241502801_eng.pdf?sequence=1

¹⁰⁷ OMS: Guidelines for personal protection when applying pesticides: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330917/9789240000223-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

¹⁰⁸ OMS: Questions and answers on new types of insecticide-treated nets (2020).

Instalaciones físicas

3. Adoptar medidas de control de vectores y plagas con una estrategia de múltiples capas, que incluya elementos como mosquiteros (en puertas y ventanas), insecticidas de efecto residual, trampas adhesivas y mecánicas, alimentadores de seguridad y repelentes espaciales.

Medioambiente

4. Las cercas son necesarias como elementos básicos en el control ambiental.

Notas de orientación

- La elección del lugar, los ciclos climáticos y la prevalencia de plagas y enfermedades influirán en los controles ambientales más apropiados. Por ejemplo, hará falta contar con un drenaje adecuado durante la estación de lluvias, para reducir las larvas de mosquitos, y áreas adecuadas de gestión de residuos para reducir las moscas en las proximidades de las instalaciones asistenciales.
- Los métodos de control de vectores deben seleccionarse y combinarse según las características del lugar. Antes del despliegue, habrá que verificar qué enfermedades zoonóticas y vectoriales son prevalentes en el territorio, y qué programas de control hay.



6.3.7 Manejo de cadáveres

Los EMT deben ser capaces de gestionar los cadáveres de manera digna, culturalmente apropiada, segura y conforme a las prácticas de salud pública.

Los EMT deben poder almacenar temporalmente los cadáveres de forma respetuosa, con el objetivo de preservar y facilitar la identificación de las personas muertas y de ayudar a las familias a conocer el destino de sus seres queridos. Esto es así tanto para los pacientes que fallecen durante la atención ambulatoria u hospitalaria y como para los que son transportados hasta el campamento por sus familiares. Los EMT internacionales deben coordinarse con el ministerio de salud y demás autoridades locales competentes para informarse y dar cumplimiento a las políticas, las regulaciones y los procedimientos nacionales de manejo de cadáveres. Los EMT no ofrecen servicios de medicina forense, identificación de víctimas de desastres ni depósito de cadáveres.¹⁰⁹

ESTÁNDAR TÉCNICO MÍNIMO

1. Definir un procedimiento que incluya el etiquetado e identificación (incluida una fotografía) de todos los cadáveres o fragmentos corporales que se encuentren en la morgue.
2. Debe destinarse una zona (tienda) para morgue temporal, antes de entregar los cadáveres a las familias o la comunidad para que dispongan de él según sus ritos y costumbres. Lo anterior no es válido para los EMT de tipo 1 móvil.

Tipo 1 fijo

- Garantizar la capacidad de almacenar dos cadáveres en una tienda reservada para tal efecto.

Tipo 2 y tipo 3

- Garantizar la capacidad de almacenar al menos cuatro cadáveres en una tienda reservada para tal efecto, con control térmico.

3. Comunicar todas las muertes a la CICOM a diario, así como datos esenciales dentro del conjunto mínimo (MDS) o equivalente.
4. En la manipulación de un cadáver o de fragmentos anatómicos, es preciso contar con EPP de nivel adecuado.¹¹⁰

RECOMMENDATIONS FOR OPTIMAL PATIENT CARE

1. Tener en cuenta la capacidad de almacenar un gran número de cadáveres, según el contexto y el desastre, y garantizar el abastecimiento de bolsas mortuorias.
2. Las familias podrán tener acceso a la morgue y se deben tener en cuenta los aspectos religiosos y culturales.¹¹¹
3. Siempre que sea posible, reservar una zona sencilla, separada de la morgue, para la identificación y el duelo antes de retirar el cadáver.

¹⁰⁹ La gestión de cadáveres en situaciones de desastre: Guía práctica para equipos de respuesta, segunda edición (revisada): <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50607>.

¹¹⁰ Infection prevention and control for the safe management of a dead body in the context of COVID-19: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334156>.

¹¹¹ Este estándar también puede aplicarse a los fragmentos anatómicos extraídos quirúrgicamente de pacientes vivos. Se deben tener en cuenta las indicaciones del ministerio de salud en relación con la devolución de partes del cuerpo al paciente después del alta.

Anexos



Anexo 1.

Estructura de gobernanza de los equipos médicos de emergencia: funciones y responsabilidades

El Grupo Asesor Estratégico (SAG, por su sigla en inglés) es responsable de brindar orientación a nivel mundial sobre políticas y estrategias, dar seguimiento al progreso y asesorar sobre las prioridades y objetivos de la Iniciativa EMT. El SAG es liderado por el presidente mundial de los equipos médicos de emergencia y está compuesto por representantes de una amplia gama de partes interesadas, entre ellas: Estados Miembros que representan a grupos y organizaciones regionales; Estados Miembros afectados recientemente por una emergencia; países donantes en representación del grupo de apoyo básico de los equipos médicos de emergencia¹¹²; secretarías de las redes asociadas, como la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos y el grupo de acción sanitaria mundial; el Grupo Asesor Internacional de Operaciones de Búsqueda y Rescate (INSARAG); la Oficina de las Naciones Unidas de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA); la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja; y la OMS y los observadores.

Los grupos regionales de EMT están concebidos como el principal foro a nivel regional, donde los Estados Miembros, los equipos médicos y otras partes interesadas pueden definir, guiar e impulsar la ejecución de la Iniciativa EMT. Se han establecido grupos regionales de EMT en las seis regiones de la OMS, con el apoyo de las oficinas regionales de la OMS correspondientes, en el papel de secretaría regional. El objetivo de los grupos regionales es formular y acordar los planes de trabajo regionales con base en los objetivos mundiales de la Iniciativa EMT, según el contexto específico de cada país y región, así como contribuir

PROMOCIÓN DE LA INICIATIVA EMT EN LAS REGIONES DE LA OMS

En algunas regiones, los comités regionales de la OMS han respaldado de manera oficial la Iniciativa EMT (p. ej., en la Región de las Américas). Algunas organizaciones intergubernamentales regionales también han adoptado resoluciones o han hecho declaraciones que reconocen y promueven los principios rectores y los estándares mínimos de los equipos médicos de emergencia, por ejemplo, la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) y la Unión Europea. Otros están coordinando proyectos específicos para fortalecer la capacidad de los equipos médicos de emergencia, entre ellos la Asociación de Naciones de Asia Sudoriental (ASEAN), lo que pone de relieve su papel como partes interesadas clave y promotores de la Iniciativa EMT en sus regiones respectivas

¹¹² Dado que ejecutar la Iniciativa EMT requiere muchos recursos, y que el objetivo es ampliar constantemente la base de donantes, la OMS ha creado un grupo de apoyo básico de los equipos médicos de emergencia, cuya función es servir como foro para que los donantes que brindan (o están interesados en brindar) apoyo directo, ya sea financiero o en especie, expresen sus ideas y preocupaciones directamente a la secretaría de los equipos médicos de emergencia de la OMS y al Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS.

Los grupos de trabajo técnico son grupos aprobados por el SAG para abordar las brechas clínicas, operacionales y de políticas, con un plazo determinado. Su función principal es reunir información sobre el asunto en cuestión y formular recomendaciones y sugerir estándares mínimos u orientaciones apropiadas.

Están compuestos por integrantes con experiencia demostrada en el asunto específico, que son nominados por sus propias organizaciones. La selección final de los integrantes, incluido el presidente, se basa en criterios predeterminados, así como en la composición de los propios grupos e, idealmente, incluye miembros de las seis regiones. La secretaría de EMT y el SAG son responsables de brindar apoyo en la incorporación al grupo.

La OMS apoya la coordinación de la Iniciativa EMT a nivel regional y mundial y alberga la secretaría mundial de los equipos médicos de emergencia en la sede.¹¹³ Las funciones de la OMS como secretaría de la Iniciativa EMT son: 1) brindar asistencia técnica y asesoramiento sobre cómo fortalecer la capacidad de los equipos médicos de emergencia, incluida la capacidad de coordinación a nivel de país, a los Estados Miembros y a los prestadores; 2) cuando sea necesario, brindar apoyo a los Estados Miembros en la activación y coordinación del despliegue de equipos médicos de emergencia nacionales e internacionales, y coordinar el apoyo prestado a los Estados Miembros por la comunidad internacional de EMT; 3) gestionar la clasificación mundial de equipos médicos de emergencia disponibles para el despliegue a nivel internacional; 4) salvaguardar los principios rectores y los estándares mínimos de los equipos médicos de emergencia y convocar a los grupos de trabajo técnico para garantizar el progreso y el desarrollo continuos de la metodología EMT; y 5) brindar apoyo a los presidentes a nivel mundial y regional, así como a diferentes órganos de gobierno, y mantener asociaciones clave para la promoción de la Iniciativa EMT.

Entre las partes interesadas clave de la Iniciativa EMT se encuentran:

- Autoridades de salud nacionales cuya responsabilidad principal es garantizar el acceso a la atención de salud durante desastres de origen natural, brotes epidémicos y otras emergencias.
- Organizaciones o instituciones (gubernamentales o no gubernamentales, civiles o militares, nacionales o internacionales) con capacidad para prestar atención clínica directa a medida que aumenta la población afectada por todos los peligros de la emergencia, que llevan a cabo funciones de coordinación o establecimiento de estándares relacionados con el trabajo de los equipos médicos de emergencia, o que pueden proporcionar conocimientos especializados o recursos complementarios, incluida la OMS en el rol de secretaría.
- Donantes que se ajustan a la necesidad de recursos y el análisis de viabilidad comercial de la Iniciativa EMT.

Por último, pero no por ello menos importantes, están los miembros y puntos focales

¹¹³ La OMS facilita las funciones de secretaría de la Iniciativa EMT y, según lo que se indica en el documento A68/27 de la Asamblea Mundial de la Salud, ha fortalecido la unidad de EMT para contribuir al desarrollo de una fuerza laboral de respuesta a una emergencia de salud mundial. Desde entonces, la OMS ha seguido una estrategia para designar puntos focales de EMT en cada una de las oficinas regionales de la OMS que actúan como secretaría regional de la Iniciativa EMT.

designados de la Iniciativa EMT. Al igual que las partes interesadas, pueden influir y ser influenciados por las estructuras de gobernanza de la iniciativa.
structures of the Initiative.

Entre los miembros se encuentran gobiernos, organizaciones, instituciones y equipos a nivel regional o mundial que han notificado a la secretaría de la OMS su voluntad de comprometerse con los principios rectores y estándares de la Iniciativa EMT y de participar en el nivel que corresponde. Estos deben designar un punto focal a nivel nacional, de organización o de equipo y comunicarlo a la secretaría de la Iniciativa EMT. Los puntos focales de EMT son el contacto principal y los homólogos de la secretaría regional y mundial de los equipos médicos de emergencia. Dependiendo del contexto, puede haber centros de coordinación a diferentes niveles, incluso a nivel normativo, operativo o de equipo.

Anexo 2.

La clasificación mundial

El proceso de clasificación mundial de los equipos médicos de emergencia consta de ocho pasos.

1. **Expresión de interés:** El equipo candidato presenta una solicitud en línea indicando el tipo de EMT o equipo de atención especializada en el que desea ser clasificado. La secretaría de EMT a nivel mundial y regional lleva a cabo una entrevista para completar la solicitud de clasificación mundial.
2. **Autoevaluación:** El equipo candidato lleva a cabo una autoevaluación de acuerdo con los principios rectores y los estándares fundamentales y técnicos para definir el punto de partida y las necesidades asociadas para cumplir los estándares mínimos internacionales para el tipo de EMT declarado.
3. **Asignación de un mentor:** La secretaría mundial de EMT, en coordinación con la secretaría regional, asigna un mentor principal para acompañar al equipo durante todo el proceso hasta la verificación final. El mentor y el equipo tienen acceso a un grupo de expertos técnicos para ayudar a resolver dudas sobre temas clínicos, logísticos o relacionados con agua, saneamiento e higiene.

4. **Mentoría:** El equipo candidato comienza el proceso para cumplir con los estándares mínimos internacionales con la revisión de sus procedimientos operativos estandarizados (POE) o la elaboración de POE nuevos; la capacitación de su personal; adaptación de su equipo clínico, logístico y de agua, saneamiento e higiene; y la recopilación de documentos. El mentor acompaña al equipo candidato durante todo el proceso, que debe comenzar con una visita inicial y un seguimiento continuo con comunicación frecuente e informes de progreso.
5. **Visita de preverificación:** El equipo candidato debe presentar al mentor un conjunto de evidencia completo antes de la visita. El conjunto de evidencia incluye todos los POE y documentos relevantes, una lista de equipos listos para ser desplegados y la lista completa de personal capacitado. El objetivo de esta visita previa a la verificación es comprobar que todos los elementos necesarios estén en su lugar para pasar a la siguiente fase. La decisión sobre la verificación del equipo candidato debe ser acordada entre el mentor y el equipo.
6. **Visita de verificación:** Momento formal en que un equipo de revisión por pares evalúa que el equipo candidato cumple con los estándares mínimos internacionales y recomienda que sea clasificado en la categoría solicitada.

La visita es dirigida por la secretaría mundial o regional de EMT. El equipo de verificación elabora un informe y firma una carta formal dirigida al Director General de la OMS donde recomienda la clasificación del equipo. Seis meses después de la visita de verificación puede haber un contacto de seguimiento para evaluar el grado de progreso con respecto a las recomendaciones formuladas en el informe.

7. **Registro internacional:** Una vez que la secretaría mundial de EMT ha validado el informe de la visita de verificación, el equipo se incluye en el registro mundial de EMT desplegados a nivel internacional. El registro tiene una validez de cinco años.
8. **Renovación:** Transcurridos cinco años desde la clasificación, el equipo debe validar que continúa cumpliendo los estándares mínimos internacionales y que se ha adaptado a los nuevos protocolos y estándares definidos por la Iniciativa EMT

Funciones y responsabilidades en el proceso de clasificación

La responsabilidad final de la clasificación mundial recae sobre la secretaría mundial de EMT, que realiza la coordinación general y el seguimiento de los equipos y mentores. También confirma la disponibilidad de los recursos necesarios para el funcionamiento de la clasificación mundial y controla todos los pasos del proceso para garantizar que se lleven a cabo correctamente.

Las secretarías regionales de EMT en cada una de las seis regiones de la OMS son corresponsables del proceso. Brindan apoyo a la coordinación de equipos y mentores en cada región, aportan los recursos necesarios y facilitan la resolución de obstáculos o conflictos que puedan surgir entre equipos y mentores durante cualquier paso del proceso.

Aquellos equipos que desean ser clasificados y registrados para el despliegue internacional se comprometen a trabajar, durante un período de tiempo limitado, para cumplir los estándares mínimos internacionales. La organización debe comprometerse a disponer de los recursos y el personal apropiados, el equipo necesario y protocolos debidamente establecidos y probados.

Los mentores se comprometen a brindar apoyo técnico y asesoramiento (acorde a su experiencia) durante todo el proceso, para orientar al equipo sobre cómo cumplir los estándares técnicos mínimos a nivel internacional.

Los mentores proporcionan actualizaciones periódicas a la secretaría de EMT sobre el progreso y el estado de sus equipos asignados, así como una recomendación justa e imparcial sobre su grado de preparación, de cara a su verificación.

Los pares encargados de la visita de verificación son responsables de comprobar que el equipo cumple con los principios rectores, los estándares fundamentales y los estándares técnicos de la Iniciativa EMT.

Anexo 3. Principios rectores

PRINCIPIOS RECTORES

ATENCIÓN SEGURA	<p>Una atención insegura que resulta en daños evitables al paciente puede conllevar un sufrimiento significativo, pérdidas financieras y daños a la confianza en los sistemas de salud. Los equipos médicos de emergencia reconocen que la prestación de atención segura es una prioridad de salud mundial y reafirman el espíritu médico de "ante todo no hacer daño".¹¹⁴ Los equipos médicos de emergencia se comprometen a disponer de las estructuras, suministros, personal y los sistemas necesarios para brindar atención segura y evitar daños físicos y psicológicos innecesarios para los pacientes o sus cuidadores</p> <p>Dado que tendrán que responder a circunstancias difíciles, en situaciones de emergencia, este principio debe abarcar la adaptación de los EMT para "hacer todo lo posible para el mayor número de personas" y contribuir a una atención segura (de calidad) incluso en entornos de recursos limitados.</p>
RESPUESTA APROPIADA	<p>Una respuesta apropiada es aquella que se adapta a las necesidades, se centra en las personas y es efectiva y eficiente. La oferta de equipos médicos de emergencia y su despliegue deben responder a las necesidades detectadas o esperadas, con base en las evaluaciones de impacto llevadas a cabo por los ministerios de salud y otros ministerios pertinentes.</p> <p>Aunque los EMT hayan sido creados para dar una respuesta local y nacional, si son desplegados fuera de su provincia o en un país vecino, deben adaptar la atención prestada a las necesidades de la población con la que trabajan y al contexto de la emergencia específica, en lugar de su contexto habitual. Los equipos médicos de emergencia no deben iniciar tratamientos que no puedan concluir ni recibir seguimiento tras la retirada del equipo.</p> <p>Consiste en adaptar la gama de servicios prestados para que coincida con las necesidades específicas de salud de la población, teniendo en cuenta los cambios en dichas necesidades durante una emergencia y ajustándose rápidamente. Por ejemplo, durante un terremoto, las necesidades cambian de atención traumatológica a atención primaria y tratamiento de enfermedades endémicas pocos días después de hasta los peores desastres de origen natural. Esto también significa adaptar los protocolos operativos y de atención clínica para que estén en consonancia con los protocolos y procedimientos nacionales.</p> <p>Además de ajustarse a las necesidades, la respuesta debe estar centrada en las personas, es decir, debe respetar las preferencias, valores y creencias de la comunidad que recibe apoyo; debe ser eficaz (prestación de atención de salud basada en la evidencia); y debe ser eficiente (aumenta los beneficios y reduce el derroche).</p>
ATENCIÓN EQUITATIVA	<p>Los servicios que prestan los equipos médicos de emergencia son accesibles para todos los pacientes y miembros de la comunidad en función de sus necesidades clínicas y no de su origen étnico, religión, género, edad, afiliación política u otros factores. El acceso a la atención clínica durante una emergencia es un derecho humano fundamental. Los EMT deben aspirar a proporcionar una cobertura geográfica completa y facilitar el acceso de la población de manera coordinada, sin concentrarse en áreas de "fácil acceso".</p> <p>Se espera que los equipos médicos de emergencia conozcan los posibles sesgos y percepciones que dificultan el acceso de las personas más vulnerables a sus servicios. Deben garantizar una accesibilidad real para las mujeres, la población infantil, las personas mayores y con discapacidad, y las personas desfavorecidas, ya sea a nivel social o financiero. Como norma general, se espera que la atención prestada por los EMT sea gratuita para las personas afectadas. Es posible que ciertas excepciones relacionadas con la práctica habitual de los sistemas de salud sean relevantes, pero los EMT deben garantizar que la falta de dinero no sea un obstáculo a la hora de recibir atención de salud de un equipo médico de emergencia. También se espera que los equipos presten atención de forma oportuna, sin demoras dañinas.</p> <p>Para proteger a las personas vulnerables, es necesario establecer políticas y mejores prácticas en las etapas de preparación y respuesta de todos los EMT. De esta manera, se garantiza que las instalaciones de los EMT sigan siendo un lugar accesible y seguro para todas las personas, especialmente aquellas que necesitan protección.</p>

¹¹⁴ Resolución WHA72.6 de la Asamblea Mundial de la Salud. Acción mundial en pro de la seguridad del paciente; disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-sp.pdf.

ATENCIÓN ÉTICA

Los EMT y su personal se comprometen a comportarse siempre de manera ética y de acuerdo con el manual de ética en medicina de la Asociación Médica Mundial¹¹⁵ y las políticas nacionales. En particular, los EMT se comprometen a respetar el derecho de los pacientes a ser informados sobre su afección médica, pronóstico, opciones terapéuticas, alternativas de tratamiento y complicaciones en un idioma y de una forma que comprenden.

A menos que sea imposible por motivos evidentes, debe obtenerse el consentimiento informado para cualquier procedimiento médico. La conducta ética también implica mantener una documentación minuciosa, registros de pacientes y tratar con confidencialidad los datos del paciente.

Los EMT se enfrentan a situaciones difíciles desde un punto de vista ético a diario y necesitan preparar a su personal ofreciendo capacitación específica en ética, por ejemplo, analizando estudios de casos y mediante conversaciones sobre retos relacionados con desastres y emergencias. Los equipos deben contar con mecanismos, como un comité de ética sobre el terreno, para debatir y acordar cuestiones complejas relacionadas con la atención al paciente, e involucrar al paciente, su familia y los líderes locales, según corresponda.

RESPUESTA RESPONSABLE

En el contexto de los EMT, la rendición de cuentas¹¹⁶ se define principalmente como responsabilidad ante las personas o comunidades a las que se presta atención. Rendir cuentas a las personas afectadas por la crisis ayuda a las organizaciones a desarrollar programas de calidad que satisfagan las necesidades de esas personas y reduce la posibilidad de errores, abuso y corrupción.

A lo largo de la respuesta, los EMT deben comunicarse con la comunidad a la que sirven para verificar que sus servicios son apropiados, percibidos de forma positiva y satisfacen las necesidades y expectativas de la comunidad afectada. Deben existir canales de retroalimentación tanto anónimos como directos y, para fomentar esto, el equipo debe demostrar a los pacientes y a la comunidad que cualquier comentario o queja se tratará de manera profesional, transparente y cuidadosa y resultará en un cambio.

Los EMT se despliegan a petición del gobierno local o nacional, para dar apoyo al sistema de salud local en situaciones de emergencia en las que aumenta la demanda. Por lo tanto, deben rendir cuentas, no solo a los gobiernos y sistemas de salud, sino también a la organización o al país que representan.

RESPUESTA COORDINADA

Los EMT responden como equipos nacionales (locales) o internacionales y deben comprometerse a trabajar de forma coordinada con el sistema de salud local y los centros de operaciones de emergencia (COE) o el sistema de gestión de incidentes homólogo. Deben colaborar en todos los niveles del sistema nacional de salud y trabajar en apoyo de los prestadores de atención de salud locales.

Los equipos se comprometen a cumplir con las leyes aplicables en cuanto a la concesión de licencias y registro, así como con los requisitos respecto a la presentación de informes al mecanismo de coordinación de emergencias. A cambio, los EMT recibirán apoyo de las autoridades pertinentes, que se coordinarán entre sí, con los sistemas de salud y los mecanismos de vigilancia de la salud pública, a través de centros de coordinación y reuniones bien organizados, y recibirán información operativa actualizada de dichas autoridades. Los EMT también se comprometen a coordinarse con los actores asociados (en el área de la salud y otras áreas, a nivel nacional e internacional) en beneficio de la población afectada.

Los EMT trabajan para prestar una atención integrada y coordinada entre diferentes niveles y prestadores, asegurando la continuidad de la atención en el momento del alta o la derivación de un paciente o bien cuando finaliza su despliegue.

¹¹⁵ Manual de ética médica. Asociación Médica Mundial; disponible en: <https://www.wma.net/es/que-hacemos/educacion/manual-de-etica-medica/>.

¹¹⁶ Guía de la Cruz Roja y la Media Luna Roja para la Participación Comunitaria y la Rendición de Cuentas a la Comunidad (CEA); disponible en: <https://www.ifrc.org/sites/default/files/2021-08/IFRC-CEA-GUIDE-espanol-LR-PDF.pdf>.

Anexo 4.

Lista de verificación de estándares fundamentales

En este anexo se presenta una lista de verificación que incluye los estándares fundamentales y las áreas clave prioritarias que las componen. Su objetivo es guiar a los equipos al llevar a cabo la autoevaluación y desarrollar sus estructuras y procesos para cumplir los estándares fundamentales.

Descripción	
Los gobiernos y organizaciones que despliegan EMT deben contar con un sistema de administración y gestión para garantizar que las políticas, la estrategia y el liderazgo de su organización estén configurados de tal manera que puedan capacitar, financiar y desplegar de manera segura un EMT en los plazos declarados.	
Áreas clave	Estado (Sí/No)
Políticas y documentación	
1. Hay un repositorio central de documentos, políticas y POE o un manual operativo accesible a los integrantes del equipo que abarque aspectos de los principios rectores, estándares y POE técnicos aplicables a su tipo y tamaño.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Liderazgo de la organización	
2. Hay estructuras de liderazgo claras para la rectoría estratégica y administrativa, así como para tomar decisiones sobre el despliegue en el menor tiempo posible durante las emergencias.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Finanzas y recaudación de fondos	
3. Hay estructuras financieras y de gobernanza para mantener el nivel de preparación de los EMT de forma constante, así como acceso rápido a fondos que se pueden desplegar en los plazos declarados.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. La recaudación de fondos cumple los estándares éticos acordados, sin utilizar a los pacientes ni mostrar imágenes clínicas de forma inapropiada.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Gestión de riesgos, seguridad y protección (a nivel institucional)	
5. Hay estrategias y sistemas para garantizar que cualquier despliegue esté precedido por la planificación y la evaluación de riesgos y que se sigan las políticas y procedimientos de gestión de riesgos, seguridad y protección antes y durante el despliegue de un EMTs.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Soporte remoto para los equipos desplegados	
6. Se dispone de capacidad para brindar apoyo a los equipos sobre el terreno, desde la sede o mediante otras modalidades de apoyo remoto, incluida la gestión del reabastecimiento de personal y material fungible según sea necesario y la retirada y evacuación.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apoyo a los integrantes del equipo y sus familias	
7. Hay mecanismos para que las familias de los integrantes del equipo envíen información y obtengan actualizaciones relevantes.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enlace externo, medios de comunicación y comunicaciones	
8. Hay políticas, procedimientos y personal designado que actúa como enlace con los ministerios pertinentes, otras organizaciones y los medios de comunicación..	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Aprendizaje organizacional y exámenes posteriores a la acción	
9. La organización extrae enseñanzas de cada despliegue y examina sistemáticamente sus actividades para mejorar las operaciones futuras.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. La organización contribuye a un examen posterior a la acción de toda la respuesta cuando es necesario para brindar apoyo a la investigación en toda la red y la creación de conocimientos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Descripción	
<p>Los recursos humanos son la parte más valiosa de cualquier EMT. Para que un EMT esté operativo y garantice la diligencia debida a sus integrantes, debe haber un sistema de gestión de los recursos humanos. En las fases previas al despliegue, los equipos médicos de emergencia deben contar con políticas y procedimientos sobre la contratación de personal, los exámenes de salud y los seguros, durante el despliegue y después de este. Se debe pedir a los integrantes del equipo que firmen y respeten un código de conducta. Las políticas sobre remuneración (o ausencia de remuneración), seguro médico (o equivalente) y seguro de indemnización para el despliegue deben explicarse claramente en la fase de contratación.</p>	
Áreas clave	Estado (Sí/No)
<p>Preparación previa al despliegue: contratación, selección y examen de aptitud médico</p> <p>11. Hay un proceso integral de reclutamiento, selección y examen de los integrantes de los equipos médicos de emergencia, incluidos controles de salud física y mental para garantizar la aptitud e idoneidad del personal para el despliegue.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Controles de protección infantil</p> <p>12. Se ha establecido un mecanismo de examen para garantizar que aquellas personas con antecedentes penales, o que representan una amenaza para las personas que requieren protección, sean descartados de la selección.</p> <p>13. Existen políticas y procedimientos para certificar que el personal local puede ser reclutado o contratado si es necesario y examinado con fines de protección frente a posibles riesgos.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Preparación en materia de salud</p> <p>14. Se proporciona o asegura el acceso a todas las vacunas relevantes previas al despliegue, y se comprueba que los integrantes del equipo han recibido el esquema completo de vacunación y las dosis de refuerzo apropiadas antes del despliegue de manera que la efectividad de la protección sea total al ser desplegados.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Base de datos de registro y gestión de la plantilla</p> <p>15. Hay un sistema integral de gestión de recursos humanos que considera la cantidad y el tipo de personal requeridos para un despliegue oportuno, con un conjunto de habilidades apropiado (tanto a nivel clínico como de la experiencia de trabajo).</p> <p>16. Hay una base de datos de recursos humanos o equivalente que mantiene la confidencialidad de los datos y que puede aportar toda la información necesaria para la selección y el despliegue del equipo, incluido el acceso fuera del horario laboral y durante las emergencias.</p> <p>17. Hay un plan de rotación de personal para garantizar que la siguiente generación de integrantes de los EMT reciben mentoría en base a la experiencia para reducir al mínimo el impacto sobre la calidad y seguridad de la atención.</p> <p>18. Al decidir el número de integrantes del equipo dedicados a cada función, se considera aplicar una proporción de 1:5, con excepción de las funciones de atención especializada.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Durante el despliegue</p> <p>Salud, seguridad y bienestar</p> <p>19. En función del contexto y la evaluación de riesgos, se dispone de quimioprofilaxis y protección personal contra vectores, como mosquiteros y profilaxis contra la malaria en las regiones donde es endémica.</p> <p>20. Hay acceso a agua potable, alimentos y áreas de descanso apropiadas para garantizar la salud del personal y el mejor estado físico para realizar sus tareas durante todo el despliegue.</p> <p>21. Se ofrece apoyo psicosocial sobre el terreno a los integrantes del equipo, ya sea entre pares (con capacitación y monitoreo apropiados) o mediante personal profesional capacitado.</p> <p>22. Los integrantes del equipo y el personal local contratado reciben equipo de protección personal (EPP) apropiado para el trabajo designado (como EPP estándar para el personal clínico o protección apropiada para quienes manejan residuos).</p> <p>23. Se toman medidas para el cuidado de la salud y la seguridad de los integrantes del equipo sobre el terreno, hay un sistema de seguro o compensación (médico, de accidentes y de vida) apropiado para el contexto del despliegue y se cuenta con estrategias de evacuación y retorno si es necesario.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Salud posterior al despliegue</p> <p>24. Se ofrece a los integrantes del equipo una sesión informativa, apoyo psicosocial y se requiere autorización antes de un nuevo despliegue, tras un período de descanso apropiado y seguimiento médico, de ser necesario.</p> <p>25. Durante la sesión informativa posterior al despliegue, la retroalimentación del equipo es una oportunidad para revisar y mejorar las políticas y la capacitación del equipo</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

Descripción	
<p>El trabajo del personal debe estar relacionado con el área de especialización por la que son reconocidos profesionalmente. El personal de los EMT se adhiere a las pautas profesionales y a los estándares éticos y profesionales de conducta y desempeño más estrictos. Los EMT disponen de mecanismos para gestionar las reclamaciones de los pacientes y las denuncias por negligencia.</p>	
Áreas Clave	Estado (Sí/No)
<p>Registro, licencias y credenciales profesionales</p>	
<p>26. Todo el personal está registrado para ejercer en su país de origen y dispone de una licencia en vigor para las tareas asignadas.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>27. Los integrantes del equipo que no requieren una licencia formal, como el personal de apoyo operacional, deben estar capacitados en las tareas que realizan y tener la antigüedad y experiencia apropiadas para sus funciones.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>Ámbito de la práctica</p>	
<p>28. Los líderes de equipo y la organización de EMT deben conocer el ámbito de la práctica de su personal y garantizar un conjunto de habilidades apropiado en los equipos para evitar que los profesionales médicos se enfrenten a dilemas éticos difíciles al tratar a pacientes que requieren procedimientos que no están en su rango de habilidades.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>29. Las reglas estrictas sobre el ámbito de la práctica están equilibradas entre el trabajo programado en situaciones que no representan una emergencia y el trabajo en el contexto de una emergencia. Por ejemplo, es preferible contar con cirujanos generalistas, no especializados, con la capacidad de tratar a pacientes con un amplio abanico de problemas quirúrgicos traumatológicos y de otro tipo. Del mismo modo, los cirujanos deberían tener experiencia en la realización de cesáreas y tener autorización para realizar el procedimiento en situaciones de emergencia en su propio país, o bien se debe incorporar a un obstetra con licencia profesional.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>30. Los especialistas que no son reconocidos o no requieren licencia profesional en todos los países, como el personal paramédico, deben trabajar en su ámbito de práctica en su país de origen y estar bajo la supervisión de un profesional médico reconocido por el país de destino.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>Gestión de reclamaciones</p>	
<p>31. Los equipos médicos de emergencia emplean un lenguaje accesible para informar a los pacientes sobre su derecho a realizar reclamos o sugerencias por escrito o de forma oral.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>32. Los reclamos se gestionan e investigan de manera respetuosa y oportuna y, siempre que sea posible, se proporciona retroalimentación a la persona que reclama.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>33. Las preocupaciones de los pacientes o sus familiares se abordan de manera apropiada.</p>	
<p>Experiencia y comentarios de los pacientes</p>	
<p>34. Hay canales apropiados para la retroalimentación sobre los servicios prestados, de forma que se pueda conocer la percepción de las personas, la comunidad, los profesionales de salud locales y los mecanismos de coordinación (por ejemplo, CICOM).</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>Seguro profesional y de indemnización y problemas de negligencia</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>35. Tanto el equipo como los integrantes individuales están cubiertos por un seguro de indemnización médica apropiado que cubre el trabajo en situaciones de respuesta a emergencias para equipos nacionales e internacionales.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>Cultura de la seguridad</p>	
<p>36. Hay una cultura de la seguridad sólida que permite detectar de forma temprana los riesgos de incumplimiento de las directrices de práctica clínica y las amenazas para la seguridad del paciente y abordarlas de forma apropiada, en la que el personal puede informar sobre incidentes críticos.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Descripción	
<p>Los EMT se aseguran de que todos los integrantes del equipo estén debidamente capacitados para el despliegue. Esto debe estar claramente expresado en un marco de capacitación que describa el proceso de desarrollo de los integrantes del equipo e incluya una serie de itinerarios de capacitación en función del conjunto de habilidades requeridas. La capacitación inicial para todos los integrantes debe cubrir (pero no se limita a) seguridad y protección, protocolos y procedimientos del equipo y familiarización con el equipamiento utilizado. A continuación, se ofrece capacitación en habilidades especializadas, adaptación al entorno de despliegue y simulación operativa en equipo.</p> <p>Los EMT también necesitan un sistema para detectar a personas con talento y potencial para liderar, y proporcionarles mentoría para ascender a un papel con mayor responsabilidad. El programa de liderazgo debe estar disponible para los integrantes del equipo en cualquier área de trabajo.</p>	
Áreas Clave	Estado (Sí/No)
Marco de formación e itinerarios de capacitación	
37. Hay un método para comprobar la validez de la capacitación completada por los integrantes de los EMT, en particular en relación con sus calificaciones y certificaciones originales (véase también el estándar fundamental sobre conducta profesional)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
38. Hay un marco de capacitación integral que todos los integrantes comprenden, y que les permite crear su propio itinerario de capacitación para ampliar sus conocimientos y mejorar su profesionalidad.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Plan de capacitación: contenidos y objetivos de aprendizaje	
39. El contenido y los objetivos del plan de capacitación son apropiados para preparar a los integrantes del equipo para el despliegue durante la respuesta a situaciones de emergencia nacionales y, si corresponde, internacionales.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
40. Los integrantes del equipo y los auditores externos de la capacitación tienen acceso a los objetivos de aprendizaje. Todos los cursos deben evaluarse de forma regular, teniendo en cuenta los comentarios de los participantes e incorporando las enseñanzas extraídas de cada despliegue.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
41. Los EMT pueden ofrecer la capacitación en el marco de su organización o en colaboración con otros prestadores, facilitadores externos o servicios subcontratados, pero todos deben contribuir a la elaboración de los contenidos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Capacitación operativa y simulacros	
42. Se cuenta con capacitación urgente para misiones específicas, especialmente en situaciones en las que se dispone de más tiempo (como la respuesta a brotes epidémicos y la segunda rotación de equipos).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
43. El marco de aprendizaje incluye capacitación urgente y ejercicios funcionales a escala completa.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Descriptor	
<p>Los EMT aceptan dar seguimiento a la situación nacional y, si corresponde, regional y mundial durante emergencias críticas. Aceptan recibir las evaluaciones de impacto iniciales de las autoridades locales pertinentes y ofrecer o responder a las peticiones de asistencia de manera oportuna.</p>	
Áreas clave	Estado(Sí/No)
Mecanismos de activación	
44. Los EMT nacionales tienen un mecanismo que debe ser activado por las autoridades nacionales a través del centro de operaciones de emergencia de salud (COE) o un mecanismo similar.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
45. Los planes nacionales de gestión de desastres y de preparación y respuesta ante emergencias de salud, así como los POE, incluyen disposiciones para el despliegue de equipos nacionales de respuesta, como los equipos médicos de emergencia.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
46. Los EMT internacionales tienen mecanismos para dar seguimiento y contribuir al centro virtual de coordinación de operaciones in situ (OSOCC virtual) u otras herramientas de coordinación regional o mundial relevantes para los EMT.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
47. Los EMT se comprometen a ser desplegados únicamente si son aceptados por la autoridad local o nacional del territorio afectado. Los mecanismos bilaterales para ofrecer asistencia a un país afectado son reconocidos y valorados. La OMS trabaja con los países para fortalecer su capacidad de realizar sus propias evaluaciones de impacto, desplegar sus propios equipos de respuesta y, si es necesario, aceptar ofertas de tipos específicos de EMT para cubrir cualquier brecha.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Registro a la llegada	
48. Al llegar a un área afectada, los EMT nacionales se comprometen a registrarse en el mando de incidentes sobre el terreno correspondiente y a trabajar de forma coordinada con las autoridades locales y los organismos pertinentes.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
49. Los EMT internacionales se comprometen a informar a su llegada acerca de su tipo, capacidad y los servicios prestados de acuerdo con el sistema de clasificación de EMT.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
50. Los EMT se comprometen a registrarse en el Ministerio de Salud y obtener una autorización para ejercer (o la licencia equivalente) para cada profesional de la salud.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
51. Los EMT disponen de la documentación relevante, incluidas las licencias y certificados requeridos del personal clínico en formato digital e impreso.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Coordinación sobre el terreno	
52. Los EMT aceptan colaborar con las autoridades locales y nacionales, incluso a la hora de asignar la ubicación de trabajo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
53. Los EMT aceptan contribuir y participar en reuniones de coordinación durante su despliegue, intercambiar información y reevaluar las necesidades a medida que evoluciona la situación, ya sea a nivel local o nacional.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Informes de salida	
54. Los EMT aceptan completar los informes de salida necesarios antes de abandonar el área de despliegue para recibir sus contribuciones y, lo que es más importante, garantizar la continuidad de la atención.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Descripción	
<p>Al desplegarse, los EMT tienen una fuerte capacidad operativa interna y un liderazgo sólido. Los equipos sin una sólida capacidad de gestión y operaciones sobre el terreno no podrán funcionar de manera óptima en la fase aguda posterior al desastre o el brote epidémico y pueden poner en peligro a su propio personal, además de no cumplir los estándares de atención al asistir a la población afectada. Los organismos que despliegan EMT tienen el deber¹¹⁷ de cuidar la salud y seguridad de su personal mientras desempeña su trabajo, y proporcionar el equipo y los suministros apropiados, así como apoyo para mantenerlo.</p>	
Áreas clave	Estado (SÍ/NO)
Gestión de riesgos de seguridad y protección	
55. La gestión de riesgos comienza con el apoyo de la sede y continúa durante todo el despliegue sobre el terreno, incluidos los planes y procedimientos de seguridad locales. El proceso de gestión de riesgos debe ser dirigido por un punto focal de seguridad definido dentro del equipo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
56. Los EMT tienen varios enfoques de seguridad, pero todos deben incluir la comunicación con las autoridades locales, medidas para recibir actualizaciones de seguridad y planes establecidos para responder a amenazas de seguridad que cambian rápidamente.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Gestión de incidentes críticos	
57. Hay un sistema de gestión de incidentes críticos con la capacidad de activar el apoyo local y remoto.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
58. Hay planes establecidos para los incidentes críticos más probables, incluidos, entre otros, lesiones, enfermedades o muertes del personal.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
59. Hay sistemas establecidos para brindar apoyo a los integrantes del equipo y sus familiares.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Gestión de las operaciones diarias	
60. La gestión del equipo abarca aspectos clínicos, logísticos y de agua, saneamiento e higiene críticos, así como apoyo administrativo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
61. La gestión sobre el terreno incluye la contratación a nivel local, incluido personal general de apoyo operacional, traductores e intérpretes y personal de seguridad, según proceda.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Procesos para integrarse en un establecimiento de salud	
62. Hay comunicación clara y lo más oportuna posible con el establecimiento antes del despliegue.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
63. Se dispone de acceso a la documentación de las instalaciones que es relevante para la atención al paciente y la seguridad del personal.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
64. Por lo general, la cultura de trabajo, ética y médica se comprende y es respetada.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Gestión de la información pública	
65. La comunicación con los medios se gestiona en la sede y sobre el terreno. Esto implica tener métodos para proteger la confidencialidad de los pacientes y sus familiares y para garantizar el consentimiento informado y sin presión antes de que los pacientes o el personal hablen con los medios de comunicación.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
66. Hay portavoces designados con capacitación específica en materia de comunicación con los medios.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
67. Hay políticas para gestionar las redes sociales y otras comunicaciones de los integrantes del equipo antes, durante y después de su despliegue. Esto incluye, pero no se limita a, el uso de fotografías y videos después de obtener el consentimiento para su difusión pública.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¹¹⁷ Deber de cuidado: la organización debe proteger razonablemente el bienestar de los voluntarios que despliega. El deber de cuidado se refiere a las obligaciones morales y legales de los empleadores con sus empleados, contratistas, voluntarios y familiares asociados, cuyo bienestar, seguridad y protección deben mantener en el desempeño de su labor, durante despliegues internacionales o al trabajar en áreas remotas de su país de origen. En esas circunstancias, las personas y organizaciones tienen la obligación legal de actuar con prudencia para evitar el riesgo de lesiones o exposiciones razonables y previsibles que desemboquen en problemas de salud. Esta obligación puede aplicarse tanto a los actos como a las omisiones. Además, los empleadores deben desarrollar en su organización una cultura de salud, seguridad y bienestar de sus empleados y otros colaboradores vinculados a la organización. Para ello, se espera que desarrollen y apliquen enfoques apropiados de gestión de riesgos de viaje para proteger a las personas de posibles daños. (<https://www.internationalsof.com/duty-of-care>)

Descripción	
<p>Los EMT deben mantener un nivel de gestión de datos clínicos que contribuya a una mejor atención al paciente y a la respuesta general de salud. Esto implica mantener registros de pacientes precisos, relevantes y legibles, la presentación de un resumen diario de la actividad clínica del equipo a las autoridades de salud apropiadas y un sistema de vigilancia y notificación que se pueda utilizar para impulsar una mejor respuesta de salud pública.</p>	
Áreas clave	Estado (Sí/No)
Registros de pacientes	
68. Los EMT mantienen registros confidenciales de evaluaciones, intervenciones, monitoreo clínico y posibles complicaciones de los pacientes. Los registros de pacientes deben incluir suficiente información para contribuir al conjunto mínimo de datos (MDS) de los EMT o su equivalente.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
69. A cada paciente se le ofrece un registro del tratamiento realizado y es derivado para el seguimiento, según sea necesario.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
70. Los formularios clínicos y los documentos de consentimiento están redactados en un idioma que comprende la población local, o se ofrece un resumen traducido al idioma local.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
71. La gestión de datos está protegida, de manera que hay procesos y métodos de copia de seguridad eficaces para mantener la integridad de los datos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presentación de informes y el conjunto mínimo de datos	
72. Los EMT informan a intervalos regulares durante la respuesta y antes de su retirada a las autoridades locales y nacionales, utilizando los formatos acordados para la presentación de informes nacionales, incluido el conjunto mínimo de datos de los EMT o su equivalente. Estos informes de actividad deben utilizarse para tomar decisiones sobre la cobertura apropiada y contribuir a una respuesta coordinada.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artículos de investigación y académicos	
73. No se llevan a cabo investigaciones ni ensayos por parte de un EMT ni sus integrantes durante el despliegue sobre el terreno sin el consentimiento explícito de los pacientes involucrados y la aprobación del comité de ética.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
74. Ningún EMT ni sus integrantes publican artículos académicos que utilizan información tomada de los servicios nacionales de salud sin el consentimiento de las autoridades y los pares pertinentes. Idealmente, todas las publicaciones deberían ser de publicación conjunta o dirigidas a nivel nacional.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
75. Se alienta a los EMT a realizar exámenes posteriores a la acción tras cada despliegue para informar sobre los ajustes necesarios y fomentar las mejoras continuas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sistema de notificación de incidentes	
76. Hay un método para notificar cuasiaccidentes, incidentes sin daños y eventos adversos que se centra en el aprendizaje y la mejora de los sistemas de un EMT. ¹¹⁸	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¹¹⁸ Se emplean las siguientes definiciones operativas en el estándar: 1) Incidente relacionado con la seguridad del paciente: un evento o circunstancia que podría haber resultado, o resultó, en un daño innecesario para un paciente. 2) Cuasiaccidente: un incidente que no llegó a afectar al paciente. 3) Incidente que no causó daños: un incidente que afectó a un paciente, pero que no produjo ningún daño apreciable. 4) Evento adverso: un incidente que resultó en un daño para un paciente. Referencia: Organización Mundial de la Salud. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Ginebra: OMS; 2009. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf;jsessionid=02A1536A798C37E164B3E7DCE61E7763?sequence=1. 1

Descripción	
<p>La atención clínica es un pilar importante de la respuesta general de salud pública. Los EMT deben asegurarse de que contribuyen a la respuesta general, sus prácticas no hacen daño, reducen al mínimo el riesgo de infección y ayudan a prevenir brotes de enfermedades y el empeoramiento de las situaciones de salud pública. Lo hacen a través de mensajes de salud pública, participación comunitaria y al actuar como un centro de notificación centinela para la vigilancia. Se espera que todos los EMT puedan manejar la aparición de enfermedades transmisibles y no transmisibles, mientras que ciertos brotes específicos pueden requerir la participación de equipos de atención especializada.</p>	
Áreas clave	Estado (Sí/No)
Vigilancia y alerta temprana de enfermedades	
77. Se presentan informes diarios o con la frecuencia requerida por las autoridades de salud en el conjunto mínimo de datos de los EMT o el sistema de alerta temprana de enfermedades.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
78. El nivel de vigilancia y protección de los integrantes del equipo se incrementa en función de las amenazas para la salud pública.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
79. Se cumplen los estándares mínimos de prevención y control de infecciones (PCI), incluido el suministro de EPP apropiado para el personal y seguimiento de las prácticas de higiene efectivas en toda la instalación. También se debe brindar apoyo a la PCI mediante un acceso apropiado a agua y saneamiento, la esterilización y la vigilancia de las tasas de infecciones posoperatorias en un establecimiento.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comunicación de la salud pública	
80. Contribuye a la prevención de enfermedades por medio de la participación comunitaria y la comunicación de salud pública dirigida a la población que asiste a los establecimientos de los EMT.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
81. Los mensajes de salud pública son genéricos o adaptados a la situación de emergencia, están en el idioma local y se difunden de una manera apropiada a la cultura.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
82. Los equipos que responderán a brotes específicos deben tener estándares de participación comunitaria más concretos y estrictos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Necesidades generales de salud	
83. Si bien no se espera que los EMT gestionen todos los aspectos relacionados con la nutrición, el agua, saneamiento e higiene y el control de vectores, deben notificar cualquier señal de estas necesidades en la comunidad a la que sirven (a través del conjunto mínimo de datos de los EMT) y coordinarse con las autoridades de salud apropiadas y otros organismos involucrados en la respuesta para promover el apoyo en estos servicios o intervenciones.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Descripción	
<p>Una función principal de los EMT desplegados en situaciones de emergencia es brindar apoyo al sistema nacional de salud. Los EMT se despliegan para cerrar brechas en la respuesta de salud local, ya sea debido a la pérdida de instalaciones que han sufrido daños, o al aumento abrumador de la demanda que requiere un aumento en los recursos. Los EMT actúan siguiendo un modelo radial sobre el cual se construyen la mayoría de los sistemas de salud. Reciben a funcionarios de enlace con los servicios de atención clínica locales que actúan como asesores del sistema de derivación. Los equipos se aseguran de saber cómo y a dónde derivar a los pacientes que requieren atención que sobrepasa su capacidad y aceptan pacientes de otros establecimientos y equipos según sea necesario.</p>	
Áreas clave	Estado (Sí/No)
Flujos de derivación de pacientes	
84. Los pacientes que requieren escolta médica generalmente están a cargo del establecimiento de referencia o del EMT hasta que llega el servicio de ambulancia designado o el equipo destinatario.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
85. Se comprende el sistema local de derivación de pacientes para la continuidad de la atención de enfermedades no transmisibles, atención de salud reproductiva y para programas de enfermedades transmisibles a largo plazo como la tuberculosis y el VIH.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Documentación	
86. Los pacientes son derivados por medio de registros y formularios de derivación según lo acordado por las autoridades de salud o mediante el formulario de derivación de la OMS cuando no se dispone de un formulario nacional.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Atención de víctimas a gran escala	
87. Los EMT tienen un plan de atención de víctimas a gran escala y están preparados para eventos secundarios como réplicas, o para otros incidentes de origen natural o provocados por el hombre, como accidentes de tráfico aéreo o terrestre.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
88. En función de su tipo, los EMT deben ser capaces de contribuir al triaje inicial, la estabilización, la derivación apropiada o el tratamiento definitivo de las víctimas de incidentes con víctimas a gran escala.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Descripción	
<p>Los EMT deben ser completamente autosuficientes durante un período de tiempo para no suponer una carga para los recursos, autoridades u otros equipos de respuesta a nivel local. El período de tiempo varía según el contexto del equipo.</p> <p>Los equipos que no se despliegan en la primera fase de una respuesta, aquellos que se despliegan como equipos de atención especializada en establecimientos ya existentes, y otros similares deben ser autosuficientes y pueden considerar tomar otras medidas a nivel local.</p>	
Áreas clave	Estado (Sí/No)
Aspectos relacionados con la autosuficiencia	
89. Aspectos clínicos: suministros médicos, equipos y material fungible.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
90. Aspectos logísticos: generación de energía, comunicaciones, alimentos, refugio, herramientas y otros equipos para mantener la salud, el bienestar y la función mínima de apoyo operacional del EMT según su tipo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
91. Aspectos relacionados con el agua, saneamiento e higiene: tratamiento, producción y distribución de agua, saneamiento, gestión de residuos sanitarios, limpieza del entorno e higiene de instalaciones y consumibles.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Duración del período de autosuficiencia	
92. Por lo general, los equipos nacionales requieren menos días de autosuficiencia dado que el reabastecimiento a partir de recursos nacionales es más accesible. Esto les permite un despliegue rápido y ligero, pero aun así requieren un mínimo de tres días de autosuficiencia dependiendo del grado de aislamiento.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
93. Algunos países pueden optar por establecer períodos más largos para los equipos nacionales dependiendo de varios factores como la geografía, el terreno, el tamaño del país y la densidad de población, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
94. Los EMT internacionales requieren un período mínimo de autosuficiencia de 14 días, con un mecanismo de reabastecimiento establecido.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
95. La autosuficiencia total tiene algunas excepciones, como el agua sin tratar (aunque los equipos deben desplegarse con suficiente agua potable para garantizar la salud del equipo durante las primeras 48 a 72 horas), la recarga de tanques de oxígeno, el combustible (que se debe obtener localmente) y la disponibilidad de vehículos de transporte de cargas pesadas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Personal	
96. Se requiere la autosuficiencia de personal, especialmente por parte de los equipos internacionales desplegados en la primera fase de una respuesta. Si bien es posible contratar a personal local, los equipos deben asegurarse de que dicha contratación no socave la capacidad del sistema de salud local para responder.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Anexo 5.

Tipos de equipos de atención especializada¹¹⁹

EQUIPOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA (EN CASO DE BROTES EPIDÉMICOS Y ENFERMEDADES ALTAMENTE INFECCIOSAS)

Brote epidémico: enfermedad diarreica (p. ej., cólera, shigella y otros brotes diarreicos)

Equipos médicos de emergencia con capacidad para brindar apoyo a los establecimientos de salud locales a la hora de establecer y operar un centro o una sala de tratamiento de la diarrea. Los equipos requieren personal, equipo médico y suministros para brindar apoyo a la adaptación o el aumento del espacio en una sala de hospital disponible para operar un centro de tratamiento de la diarrea.

Adaptación de módulo:

- Los equipos más pequeños de especialistas en el tratamiento de la diarrea pueden ser apropiados para establecer centros o estaciones de rehidratación oral para pacientes ambulatorios.
- Es posible que los equipos necesiten aportar más espacio para albergar centros de tratamiento de la diarrea más grandes. Los equipos que tienen esta capacidad se denominan equipos especializados en el tratamiento de la diarrea con instalaciones propias. Pueden desplegarse como complemento para brindar apoyo a un establecimiento existente o pueden establecer un centro de tratamiento completo al lado o incluso retirado del establecimiento de salud.

Nota: Los centros de tratamiento del cólera y las estaciones de rehidratación oral que brindan atención directa a la población local durante los brotes de cólera deben cumplir los requisitos de atención médica en ese país, los principios rectores y estándares fundamentales de los EMT, así como los estándares técnicos de un equipo especializado en brotes. El Grupo Especial Mundial de Lucha contra el Cólera (GTFCC)¹²⁰ ofrece una plantilla muy valiosa para la configuración y el uso durante la respuesta de otros tipos de centros de tratamiento de la diarrea.

Brote epidémico: fiebre hemorrágica viral

Los EMT desplegados como equipos especializados en fiebre hemorrágica viral requieren un conjunto de habilidades especializadas y un apoyo logístico y operacional sólido para prestar atención a los pacientes afectados por este grupo de enfermedades altamente infecciosas, incluida la enfermedad por el virus del Ébola, la enfermedad por el virus de Marburgo y la fiebre de Lassa. Los EMT pueden tratar de adaptar establecimientos de salud existentes para crear centros de tratamiento seguro para este grupo de enfermedades, pero las enseñanzas extraídas de despliegues recientes indican que a menudo es más rápido y seguro para el personal y los pacientes que la atención se preste junto a los establecimientos de salud en unidades diseñadas específicamente para la atención de pacientes con fiebre hemorrágica viral, ya sea en estructuras temporales o permanentes. Los equipos que aportan también las instalaciones se denominan "equipos especializados en el tratamiento de la fiebre hemorrágica viral con instalaciones propias".

Brote epidémico: enfermedades transmitidas por vectores

Si bien durante los brotes de enfermedades transmitidas por vectores (como el dengue, la fiebre amarilla y el Zika) generalmente se presta atención de apoyo, recientemente se ha necesitado la ayuda de los EMT nacionales e internacionales durante los aumentos repentinos de la demanda. Ocasionalmente, los EMT deberán proporcionar instalaciones ampliadas para la atención de un gran número de casos sospechosos o confirmados de un brote de enfermedad transmitida por vectores. En estos casos, se denomina al equipo "equipo especializado en el tratamiento de las enfermedades transmitidas por vectores con instalaciones propias". Con mayor frecuencia, un EMT especializado puede brindar apoyo a la atención de los pacientes durante el brote de una enfermedad transmitida por vectores utilizando la infraestructura de salud existente, solamente mejorando el triaje (enviando a los pacientes relativamente sanos a su hogar y a los pacientes enfermos al establecimiento), protegiendo así el acceso a otros servicios médicos que salvan vidas más allá de la respuesta al brote. Los EMT que responden a brotes de enfermedades transmitidas por vectores deben llevar consigo, además de suministros para la atención de apoyo, material relacionado con la logística y las operaciones y personal de apoyo para el establecimiento de salud. Si no se apoya de forma apropiada este elemento de la respuesta, el establecimiento de salud puede convertirse en un foco de amplificación de la infección vectorial.

¹¹⁹ Puede encontrar todos los documentos del grupo de trabajo técnico [en inglés] en el centro de conocimientos de EMT: <https://extranet.who.int/emt/guide-lines-and-publications#>.

¹²⁰ <https://www.gtfcc.org/resources/>.

Brote epidémico: infección respiratoria

Los EMT que responden a brotes de infecciones respiratorias deben estar preparados para dos formas principales de enfermedad respiratoria.

- Síndrome seudogripal (altamente infeccioso, mortalidad media a baja).
En este caso, se espera que los EMT brinden atención de apoyo, lo que incluye la entrega de oxígeno en grandes cantidades, centros de tratamiento de la gripe de gran capacidad, uso de ventilación natural y espacio entre las camas y uso de EPP por parte del personal para limitar su exposición. Es muy poco probable que se despliegue una respuesta internacional de EMT a gran escala ante un brote, epidemia o pandemia de gripe, pero los EMT nacionales formarán la primera línea de cualquier respuesta, idealmente en grandes instalaciones construidas específicamente o adaptadas, como pabellones deportivos y almacenes para la atención de hasta millones de pacientes afectados.
- Enfermedad similar al SARS, o síndrome respiratorio agudo grave (altamente infecciosa, con síntomas graves y mortalidad alta).
En casos de brotes similares al SARS, también es probable que se desplieguen los EMT para reforzar los establecimientos de salud existentes o crear nuevas salas ampliadas, o incluso establecimientos de salud dedicados exclusivamente al cuidado de estos pacientes. Además, se puede ofrecer una atención más invasiva en función del contexto y el número de pacientes afectados, como la intubación y la ventilación mecánica. Los equipos internacionales también podrían brindar apoyo al manejo clínico y los procesos de PCI como se hizo durante la pandemia del virus SARS-CoV-2.

Brote epidémico: equipo de inhumación

Estos equipos de apoyo especializados (no de atención especializada) son vitales durante las respuestas a patógenos altamente infecciosos como el ébola y el cólera, que pueden transmitirse mediante cadáveres. Estos equipos requieren una capacitación excelente para llevar a cabo sus tareas, tanto en el manejo técnico de los muertos, como en la negociación, la participación comunitaria y la comunicación de riesgos. Al igual que todos los otros equipos de respuesta a brotes epidémicos, requieren un excelente apoyo logístico y operacional tanto para recibir los suministros necesarios para cada entierro y el EPP; como para limpiar sus vehículos y garantizar la seguridad en todo momento para el personal y los familiares de las personas fallecidas.

Brote epidémico: equipo de vacunación

Los equipos de vacunación pueden ser creados por organizaciones de EMT, especialmente los ministerios de salud, para entregar volúmenes grandes de vacunas en períodos de tiempo cortos para brotes posibles o confirmados. Las organizaciones de EMT que brindan este tipo de apoyo deben tener autorización de las autoridades locales y deben tener la capacidad de apoyo logístico y operacional requerido para administrar tanto el almacenamiento como la entrega de las vacunas (p. ej., mantenimiento de toda la cadena de frío). Los EMT deben garantizar que la campaña de vacunación se caracterice por una excelente participación comunitaria, aceptación del público y que se cuenta con la logística para coordinar un número suficiente de movilizadores y equipos de vacunación. El sistema de apoyo operacional debe tratar de forma segura los residuos, en particular los residuos peligrosos de objetos cortopunzantes. Los equipos de vacunación que administran la vacuna deben tener la capacitación requerida y los permisos o licencias locales necesarios para administrar esta intervención de atención de salud.

Brote epidémico: equipo de control de infecciones (PCI)

Los EMT pueden ser desplegados durante un brote para fortalecer las medidas de prevención y control de infecciones dentro de los establecimientos de salud existentes en un área. Estos equipos representan EMT cuando se componen de profesionales de la salud (multidisciplinario y con excelentes elementos de apoyo logístico y operacional) desplegados para brindar apoyo a la integración de la PCI en la atención continua de un establecimiento de salud. Es poco probable que las intervenciones de PCI breves, sin seguimiento y sin mentoría y suministros a largo plazo tengan un impacto beneficioso para la práctica clínica, ni siquiera a corto plazo durante un brote.

En cambio, los EMT integrados en los establecimientos de salud durante varias semanas o meses, con el apoyo de médicos y enfermeros en materia de EPP, triaje, detección de riesgos y mejora diaria de la PCI, marcarán la diferencia en las tasas de infección nosocomial, el control de un brote en particular y dejarán un legado duradero.

Los EMT deben tener una logística sólida para suministrar equipos de PCI y EPP, así como apoyo operacional para mejorar el acceso a estaciones de agua y lavado de manos dentro del establecimiento. Los EMT que participan en la respuesta de esta forma, a menudo en establecimientos de salud que no son designados "centros de tratamiento" durante un brote, pueden salvar más vidas al reducir la tasa de infección nosocomial, restablecer la confianza en el sistema de atención de la salud y garantizar la continuidad de la atención, por ejemplo, los servicios de salud materno-infantil y la atención de enfermedades no transmisibles, que a menudo se ven interrumpidos durante los brotes.

Equipos de atención especializada (quirúrgica)

Todos los equipos quirúrgicos deben considerar las salas de atención hospitalaria como responsabilidad del hospital, al igual que la provisión de electricidad, agua potable y servicios de esterilización, transfusión y suministro de oxígeno. Es obligatorio que todos los equipos quirúrgicos especializados desplegados en apoyo de un establecimiento u otro EMT comprueben el estado de cada una de estas áreas importantes y, en caso de duda, lleven consigo herramientas y suministros alternativos para garantizar la seguridad del paciente. Como mínimo, todos los equipos quirúrgicos deben incluir un cirujano especialista y un anestesiólogo por cirujano. El equipo debe contar con al menos tres enfermeros por cirujano para cubrir no solo el manejo quirúrgico, sino también para asesorar sobre la atención de enfermería pre y posoperatoria. Deben tener al menos un especialista en logística y hacerse responsables de la atención de su propio personal, así como del equipo y los servicios descritos anteriormente.

Tratamiento de las quemaduras

Los equipos de especialistas en el tratamiento de quemaduras desplegados durante desastres e incidentes con un gran número de víctimas se describen en el documento del grupo de trabajo técnico sobre quemaduras [en inglés].¹²¹

Hay dos tipos principales de equipos especializados en el tratamiento de quemaduras.

- Equipos de respuesta rápida especializados en quemaduras:
Estos equipos locales pueden desplegarse rápidamente (6 a 12 horas) desde el centro nacional especializado en quemaduras hasta un hospital de distrito o un establecimiento similar que haya recibido un gran número de pacientes con quemaduras. La función de este tipo de EMT es brindar apoyo para el triaje definitivo (después de lavar a los pacientes y colocar los apósitos apropiados). El EMT participa en la toma de decisiones sobre la distribución de los pacientes, que pueden ser derivados al centro nacional de atención de pacientes con quemaduras, a centros internacionales que brindan esta atención en la región, a otros centros, permanecer en el mismo nivel de atención de lesiones leves o recibir cuidados paliativos y el apoyo de sus familias.
- Equipos especializados en quemaduras
Estos EMT más grandes son equipos multidisciplinarios desplegados durante períodos más extensos para brindar apoyo a las unidades especializadas en quemaduras y otros hospitales (incluidos los de tipo 2 o 3) en caso de un incidente con un gran número de víctimas con quemaduras graves. Este equipo brinda apoyo al equipo local de quemaduras o quirúrgico para cuidar a pacientes durante largos períodos de tiempo, apoya las intervenciones quirúrgicas, cuenta con anestesiólogos con experiencia en el tratamiento de quemaduras, brinda atención de enfermería y rehabilitación especializada de quemaduras y apoyo logístico.

¹²¹ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417920304599?via%3Dihub>

Cirugía plástica y reconstructiva

Estos EMT especializados en cirugía son ideales para su despliegue en establecimientos existentes, o para reforzar los establecimientos de tipo 2 o 3 con un enfoque integral de la cirugía ortopédica, plástica y reconstructiva después de emergencias con un gran número de lesiones traumáticas. Los equipos deben incluir especialistas ortopédicos, de cirugía plástica, anestesiólogos y enfermeros especializados, junto con expertos en rehabilitación capaces de prestar apoyo a la hora de colocar férulas y de movilizar lesiones complejas. Estos equipos deben estar dispuestos a participar durante un período prolongado de tiempo dada la complejidad de la atención, el número de operaciones y la necesidad de rehabilitación a largo plazo y atención de enfermería especializada.

Cirugía general

Los EMT que prestan servicios de cirugía general en situaciones de emergencia, especialmente tras desastres repentinos, también deben contar con cirujanos con experiencia en el tratamiento de heridas y ortopedia. Deberían poder desplegarse en el menor tiempo posible y serán menos necesarios transcurridos 7 a 10 días. Al igual que todos los equipos quirúrgicos, estos equipos de atención especializada estarán integrados en los establecimientos existentes o brindarán apoyo a otros equipos de tipo 2 o 3, y deben llevar consigo un anestesiólogo, un especialista en enfermería y rehabilitación, y suficientes suministros y apoyo logístico para el número de intervenciones quirúrgicas que declaran ser capaces de realizar. Por lo general, no debe desplegarse un equipo durante menos de dos semanas y su objetivo debe ser realizar al menos siete cirugías mayores o 15 cirugías menores (o una combinación de ambas) al día.

Atención oftalmológica

Los EMT que brindan atención oftalmológica en situaciones de emergencia generalmente se integran en las estructuras existentes o en otros equipos. La atención oftalmológica puede extenderse más allá de la atención quirúrgica e incluir el suministro de dispositivos de asistencia, como ayudas ópticas o gafas extraviadas. Deben contar con el personal especializado requerido y todo el equipo y los suministros necesarios para el número de intervenciones declarado a las autoridades locales.

Neurocirugía

Los EMT que llevan a cabo neurocirugía solo deben desplegarse en establecimientos con unidades de cuidados intensivos o equipos de tipo 3. Al igual que otros equipos quirúrgicos, deben contar con anestesiólogos y personal de enfermería experto en este campo para brindar apoyo a los cirujanos.

Cirugía maxilofacial

Los EMT especializados en cirugía maxilofacial deben cumplir todos los requisitos de los equipos quirúrgicos, pero por lo general son desplegados varios días después de un incidente y durante un período de tiempo más largo. Deben suministrar todo el equipo especializado necesario para su intervención y tener claro el número de intervenciones y la capacidad que ofrecen a la autoridad local.

EQUIPOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA (REHABILITACIÓN)

Rehabilitación

A menudo no se cuenta con servicios de rehabilitación en entornos de ingresos bajos y medianos, y muchas emergencias causan un aumento masivo de necesidades insatisfechas. Si bien todos los equipos de tipo 2 y 3 deben incluir servicios de rehabilitación, los equipos de atención especializada en rehabilitación pueden fortalecer esta capacidad o integrarse en los establecimientos de salud locales y los centros de rehabilitación existentes. Para obtener más información sobre este tipo de equipo de atención especializada, los EMT pueden consultar el documento elaborado por el grupo de trabajo de rehabilitación. Los servicios de rehabilitación son, por naturaleza, extensos y los equipos deben planificar un despliegue de al menos cuatro semanas.

Atención de lesiones medulares

Los EMT con capacidad de atención de lesiones medulares pueden desempeñar un papel vital atendiendo a pacientes con fracturas en la columna vertebral y lesiones medulares durante emergencias que causan muchas lesiones traumatólogicas como los terremotos. Por lo general, se necesitarán equipos la primera semana del evento y durante un período prolongado de tiempo. Los equipos generalmente se despliegan en centros especializados en el tratamiento de la columna vertebral si están disponibles, en grandes hospitales de referencia o equipos de tipo 3. También pueden asesorar a otros hospitales locales y EMT sobre los estándares de atención para pacientes con lesiones medulares durante la respuesta a la emergencia.

EQUIPOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA (SALUD MENTAL)

Salud mental y apoyo psicosocial

Por lo general, los EMT nacionales con capacitación específica en este tipo de intervenciones serán los que mejor pueden servir a la población local. Si los equipos nacionales no están disponibles o están saturados, entonces los EMT internacionales pueden intervenir de forma directa, pero deben hacerlo con cautela. Pueden considerar realizar intervenciones conjuntas con profesionales locales para garantizar una adaptación apropiada al idioma, contexto y cultura locales.

EQUIPOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA (ATENCIÓN REPRODUCTIVA, MATERNA, NEONATAL E INFANTIL)

Salud reproductiva, materna y neonatal

Los EMT que desean cumplir los estándares mínimos para estos equipos de atención especializada pueden consultar el documento del grupo de trabajo de atención de la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. Los EMT especializados en salud materna y del recién nacido pueden actuar de forma independiente o unirse a los equipos de salud pediátrica, y son más valiosos cuando se despliegan para brindar apoyo a los establecimientos de salud que ofrecen servicios de salud materna, neonatal y reproductiva o a los equipos de tipo 2 y 3.

EQUIPOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA INTERDISCIPLINARIOS

Los equipos de esta categoría pueden ofrecer distintas combinaciones de módulos, con o sin infraestructura de tratamiento, y pueden integrarse en un establecimiento de salud existente u otro EMT si el espacio lo permite o si llevan consigo sus propias instalaciones. Representan el enfoque modular de los equipos de atención, utilizado sobre todo durante el despliegue de EMT nacionales para brindar apoyo a los hospitales abrumados por situaciones de emergencia prolongadas. Este enfoque permite la rotación del personal de otras áreas del país, lo que supone un alivio para el personal local.

Unidad de cuidados intensivos (UCI)

Los EMT pueden ofrecer un módulo que abarca una unidad de cuidados intensivos para reforzar una UCI existente en un establecimiento de salud u otro EMT. Esto puede implicar adaptar un espacio sin asignar para convertirlo en una sala auxiliar de cuidados intensivos, o bien utilizar tiendas de campaña u otras estructuras adyacentes a la UCI existente. Los equipos deben ser capaces de suministrar personal médico, de enfermería y paramédico, así como las camas de UCI y los suministros necesarios, y deben declarar a las autoridades de salud locales el número de camas que pueden gestionar al desplegarse.

Equipos pediátricos

Los EMT especializados en atención pediátrica generalmente se despliegan para brindar apoyo durante emergencias y brotes que involucran a un gran número de pacientes pediátricos, y pueden hacerlo de forma coordinada con otros módulos, como equipos de cuidados intensivos, salud materna y neonatal o equipos quirúrgicos. Los equipos deben estar compuestos por personal médico y de enfermería y paramédicos con experiencia y calificaciones pediátricas específicas.

Deben garantizar el suministro de material fungible para atender casos pediátricos en función del contexto del despliegue, por ejemplo, atención traumatológica y brote epidémico. Los EMT que desean cumplir los estándares mínimos aplicables a este tipo de equipo de atención especializada pueden consultar los estándares técnicos mínimos y recomendaciones para la atención de la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil.

Equipos de atención de sala

Pueden desplegarse EMT para aumentar la capacidad de camas de un establecimiento de salud local o un equipo de tipo 2 o 3. Por lo general, estos equipos de atención de sala deben llevar consigo suficiente apoyo logístico para establecer y operar módulos de camas que pueden incluir 10, 20 o 30 camas. Esto dependerá de las necesidades locales y del contexto de la emergencia. Al configurar los módulos de atención, los equipos deben ser flexibles y capaces de instalar tiendas de campaña o utilizar espacios no tradicionales dentro de los establecimientos de salud existentes o cercanos para aumentar la capacidad de camas. Deben asegurarse de que el aumento de la capacidad se acompañe de un número mínimo de personal de enfermería para cubrir los turnos diurnos y nocturnos. Debe ofrecerse un número reducido de personal médico, por ejemplo, de 1 a 2 médicos generales, acompañados de profesionales de otras especialidades en función del contexto de la emergencia. Deben asegurarse de que las camas adicionales se acompañan de las instalaciones de agua, saneamiento e higiene requeridas en los estándares mínimos de los EMT y que el establecimiento puede suministrar los alimentos y el agua necesarios, o bien llevar consigo dichos recursos.

Atención nutricional hospitalaria

Durante la respuesta a una emergencia, es posible que se requieran EMT con experiencia especializada en la atención hospitalaria de pacientes con desnutrición aguda grave. Este servicio especializado puede proporcionarse en establecimientos de salud existentes o en los equipos de tipo 2 y 3. Estos equipos especializados deben contar con personal médico y de enfermería pediátrico y nutricionistas. Deben ser capaces de suministrar, ya sea de forma directa o en asociación con otros organismos, los suministros especializados necesarios, como nutrición especializada y suplementos de micronutrientes. El EMT debe ser capaz de reconocer y tratar síndromes específicos de desnutrición y complicaciones de la realimentación y de las enfermedades infecciosas que se encuentran comúnmente en este grupo de población vulnerable. Por lo general, el despliegue ofrecido por los equipos debe abarcar un período prolongado de tiempo, dada la complejidad y la naturaleza de este tipo de atención.

Diálisis

Los EMT que deseen ofrecer un módulo especializado para la diálisis deben ser capaces de informar a las autoridades locales sobre cuántos pacientes o intervenciones pueden realizar por día. Deben estar compuestos por al menos dos nefrólogos y cuatro profesionales de enfermería nefrológica, así como personal de apoyo logístico, y ser capaces de atender el número de pacientes declarado con equipos de diálisis y los suministros necesarios durante al menos dos semanas. Los equipos de diálisis también pueden considerar otras formas temporales de terapia de reemplazo renal, como la diálisis peritoneal, que se pueden administrar de manera segura en una población afectada por una emergencia. Por lo general, los equipos de diálisis deben estar integrados en los establecimientos de salud existentes que ya ofrecían diálisis, o que cuentan con una unidad de cuidados intensivos, o bien en equipos de tipo 3. En condiciones ideales, los EMT especializados en diálisis tendrían protocolos de activación y memorandos de entendimiento establecidos con otros EMT para el despliegue rápido y conjunto. Esto puede ser útil, por ejemplo, después de un terremoto, para ayudar con el tratamiento del síndrome de aplastamiento, y en áreas con altas tasas de insuficiencia renal e interrupción temporal de los servicios de diálisis renal, como en los estados insulares después de huracanes y ciclones.

Tratamiento y manejo clínico tras accidentes químicos, radiológicos y nucleares

Se puede recurrir a los EMT especializados para responder a las secuelas de la exposición de una población a incidentes químicos, radiológicos y nucleares, ya sean accidentales o intencionados. Se puede solicitar a los EMT que operen tanto en la zona de exclusión como la zona de apoyo, una vez completada la descontaminación inicial. Estos equipos de atención especializada requieren capacitación específica en descontaminación secundaria, el uso de EPP apropiado y el establecimiento y la gestión rápidos de estructuras temporales para dar apoyo a los establecimientos de salud afectados. Estas instalaciones pueden ser similares a las instalaciones de tipo 1, 2 y 3 y utilizarse para lo siguiente:

- atención ambulatoria de las personas menos afectadas, que pueden recibir primeros auxilios básicos y ser dados de alta tras ofrecer asesoramiento sobre cuándo buscar más atención;
- atención hospitalaria para pacientes con síntomas de exposición moderados y cirugía de emergencia para el tratamiento de quemaduras leves y otras complicaciones; y
- derivación a atención especializada para cuidados intensivos o complejos y para el tratamiento de quemaduras más extensas u otras complicaciones.

Nota: Este tipo de respuesta es compleja y requiere equipos especialmente capacitados, con personal médico, de enfermería, paramédico y logístico. Se alienta a los equipos nacionales, regionales e internacionales a que tengan en cuenta las necesidades a medida que aparecen y se preparen antes de responder.

Equipos de atención especializada (interhospitalaria)

Se están formando EMT con capacidad especializada para brindar apoyo a los servicios prehospitalarios locales. Donde mayor valor aportan estos equipos es en las áreas de transporte prehospitalario y equipos de ambulancia, ya que a menudo disponen de acceso a ambulancias, aeronaves o barcos de emergencia, según el contexto. Los equipos deben basarse en los equipos móviles de tipo 1, con una base de operaciones para brindar atención y reabastecimiento al personal, y varios equipos o plantillas itinerantes que puedan trabajar en diversas plataformas de transporte para ofrecer atención prehospitalaria. Los equipos deben estar formados por personal médico, de enfermería o paramédico capacitado en atención prehospitalaria y deben tener al menos dos médicos para ofrecer supervisión a los equipos de respuesta y cumplir con las leyes de concesión de licencias y medicamentos en los países sin un sistema de registro de paramédicos de atención prehospitalaria. Los equipos deben ser capaces de proporcionar bolsas de emergencias prehospitalarias y suministros médicos para la reanimación y el transporte de pacientes en estado crítico, así como las camillas y equipos de transporte necesarios para utilizar de forma segura vehículos que no sean ambulancias.

Los EMT prehospitalarios también pueden considerar un módulo de coordinación prehospitalaria para brindar apoyo y complementar los servicios locales de coordinación prehospitalaria, de haberlos. Estos equipos solo deben trabajar bajo el mando de las autoridades de salud locales si son aceptados y nunca llevar a cabo esta función de coordinación de forma independiente.

Transporte, recuperación y evacuación médica

Los EMT con habilidades y equipo especializado para brindar apoyo durante recuperaciones y evacuaciones médicas complejas son cada vez más importantes. La composición de estos equipos es muy similar a los equipos prehospitalarios, pero además deben tener capacidad y experiencia en la evacuación médica aérea, incluido el transporte de larga distancia. Se puede solicitar a los equipos que gestionen riesgos específicos, como el transporte de pacientes con enfermedades altamente infecciosas, por ejemplo, la infección por el virus del ébola presunta o confirmada, o para el transporte de un gran número de pacientes. En cada caso, el equipo debe llevar cualquier equipo especializado necesario para convertir el vehículo en un transporte para la evacuación de pacientes. Deben garantizar tanto como sea posible la seguridad de su propio equipo, así como asegurar al paciente de manera que el personal tenga acceso durante el transporte para continuar la atención. Algunas autoridades nacionales, regionales y militares pueden tener equipos de evacuación médica dedicados con su propia estructura de transporte o bien otro vehículo de recuperación especializado. Los equipos de evacuación médica deben informar a las autoridades locales sobre su capacidad real de evacuación diaria o semanal, y proporcionar los suministros necesarios para reabastecer sus bolsas de transporte para lograr esta capacidad.

EQUIPOS DE APOYO TÉCNICO ESPECIALIZADO**Servicio de laboratorio de atención al paciente y servicio de transfusión**

Pueden organizarse los EMT para ofrecer un módulo independiente o combinado de servicios de laboratorio y transfusión para complementar o reemplazar temporalmente los servicios de los laboratorios locales dañados o los servicios de transfusión, o bien para aumentar la capacidad de un equipo de tipo 2 o 3. Deben trabajar en estrecha colaboración con todos los establecimientos de atención médica y EMT para recibir, procesar y entregar de forma oportuna los resultados de las pruebas realizadas. Al igual que en todos los servicios de atención de salud, debe mantenerse un enfoque centrado en el paciente, realizar pruebas con base en la necesidad clínica, y entregar los resultados a los encargados de la atención del paciente.

Por lo general, en situaciones de emergencia los laboratorios deben ser capaces de brindar apoyo para la toma de decisiones clínicas. Los equipos deben tener claro qué pruebas están ofreciendo y cuántas pueden realizar al día, manteniendo una autosuficiencia de al menos dos semanas en cuanto a los reactivos y equipo necesarios. Los prestadores de servicios de transfusión deben alcanzar el estándar mínimo descrito para los servicios de transfusión en un equipo de tipo 2 o 3.

EQUIPOS DE APOYO ESPECIALIZADO

Apoyo operacional para la atención de salud

Estos equipos de apoyo especializados forman parte del sistema general de EMT y están compuestos principalmente por expertos en logística, agua, saneamiento e higiene y otros, cuyo objetivo es evaluar y reparar rápidamente la infraestructura de apoyo crítica en los establecimientos de salud, como suministros de energía y agua, reparaciones estructurales como techos y paredes, y otros servicios esenciales, incluida la esterilización de autoclaves, gestión de residuos y saneamiento. Estos equipos son vitales para que el personal de salud local pueda regresar al trabajo y prestar una atención segura en sus propias instalaciones. La intervención de estos equipos también permite asegurar una salida oportuna para los EMT nacionales e internacionales desplegados en el área, ya que cuanto antes se restaura la plena capacidad de un establecimiento de salud, antes se puede considerar la reducción y retirada de los EMT. Estos equipos pueden contribuir módulos adicionales a un EMT o pueden desplegarse por separado. Todos deben registrarse ante las autoridades de salud locales y sus actividades deben ser coordinadas por estas.

Equipo de apoyo de la CICOM

Los EMT pueden ofrecer módulos o profesionales individuales para brindar apoyo a las autoridades de salud en la coordinación de los EMT nacionales o internacionales. Idealmente, los integrantes de la célula de coordinación de EMT han completado un curso sobre CICOM a nivel nacional o regional, y cuentan con habilidades especializadas en al menos una de las funciones clave de la CICOM. El módulo sobre CICOM debe ofrecerse para brindar apoyo a las operaciones dentro del centro de operaciones de emergencia (COE) local o nacional.

Gestión de productos farmacéuticos y donaciones

Pueden desplegarse EMT para ayudar a las autoridades de salud locales a gestionar la donación de grandes cantidades de productos farmacéuticos y otros equipos médicos y suministros. Los donantes deben cumplir los estándares y protocolos nacionales e internacionales, entre ellos los de la OMS, que rigen la donación de suministros médicos. Estos equipos deben estar compuestos principalmente por farmacéuticos y especialistas en logística médica, aunque el número de asesores de salud del equipo sea reducido. Estos equipos deben trabajar en apoyo de los mecanismos establecidos por las autoridades de salud para la recepción, almacenamiento y distribución de suministros médicos y materiales fungibles. Deben recibir capacitación específica en la gestión de grandes cantidades de suministros médicos y farmacéuticos y, en condiciones ideales, deben conocer una amplia gama de soluciones informáticas para los sistemas utilizados por los países de su región y ser capaces de brindar apoyo en la aplicación de medidas provisionales para gestionar las existencias si los sistemas locales están desbordados.

Anexo 6.

Premisas y cálculos de apoyo operacional

En este anexo se proporcionan ejemplos y orientación sobre las estimaciones de apoyo operacional en función del tipo de EMT.

ELECTRICIDAD

Tipo 1 móvil	Tipo 1 fijo	Tipo 2	Tipo 3
<p>Un único generador de gasolina de 2 kVA que se transporta al establecimiento de salud; 5 10 kVA para cubrir las necesidades del campamento base</p> <p>Asegurar el combustible y una reserva para los vehículos (actividad móvil)</p>	<p>5-10 kVA</p> <p>Para abastecer una instalación fija común de tipo 1</p>	<p>30-50 kVA para una instalación de tipo 2 de tamaño convencional, sin aire acondicionado. Si se requiere aire acondicionado durante el despliegue, quizás sea necesario duplicar la capacidad.</p>	<p>Estimación de 100-200 kVA en función de los sistemas de aire acondicionado, etc.</p>

COMUNICACIÓN

Tipo 1 móvil	Tipo 1 fijo	Tipo 2	Tipo 3
<p>Tarjetas SIM locales desbloqueadas para teléfonos inteligentes (smartphone) y otros</p> <p>Teléfono vía satélite de órbita baja similar al modelo Iridium para comunicación por voz en banda ancha, conectividad de datos y llamadas en el campamento base.</p>	<p>Igual que el tipo 1 móvil</p>	<p>Igual que el tipo 1 móvil. Radios móviles UHF/VHF y transceptor para la comunicación interna del equipo sobre el terreno</p>	<p>Igual que el tipo 2. Considere utilizar conexiones de datos de gran ancho de banda para permitir la prestación de telesalud.</p>

ABASTECIMIENTO DE AGUA

Tipo 1 móvil	Tipo 1 fijo	Tipo 2	Tipo 3
<p>Premisas:</p> <p>Base del equipo: 40–60 litros por persona por día (px./d); Equipo sobre el terreno: 5 L/px./d; Pacientes ambulatorios: 5 L/px./d Contar con 50 L más de agua potable por día para limpieza y esterilización, si es necesario.</p> <p>Cálculo:</p> <p>Necesidades totales de agua 1 equipo x 4 personas (p) = $4 \text{ p} \times 5 \text{ L/px./d} + 50 \text{ L} = 70 \text{ L/d}$ = 70 litros por día más 5 L x 50 pacientes ambulatorios = 250 L por día 5 personas en la base: $5 \text{ p} \times 60 \text{ L} = 300 \text{ L}$ por día</p> <p>Total: $70 + 250 + 300 = 620$ litros por día Necesidades totales de tratamiento de agua:</p> <p>Asumiendo una jornada laboral de 12 horas $= 620/12 = 51,66$ litros por hora (rendimiento requerido)</p> <p>Necesidades totales de almacenamiento:</p> <p>En la base: 620×3 (72 horas de almacenamiento) = 1860 L ≈ 2000 litros de capacidad de almacenamiento</p> <p>Para cada equipo sobre el terreno: $70 + 250 \text{ L} = 320$ litros de capacidad de almacenamiento</p>	<p>Premisas:</p> <p>Integrantes del equipo: 40 60 litros/px./d Pacientes ambulatorios: 5 L/px./d Contar con 150 L más de agua potable por día para limpieza y esterilización, si es necesario</p> <p>Cálculo:</p> <p>Necesidades totales de agua, equipo de 26 personas $(26 \text{ p} \times 60 \text{ L/px./d}) + (100 \text{ pacientes ambulatorios} \times 5 \text{ L/px./d}) + 150 \text{ L}$ = 2210 L por día</p> <p>Tratamiento total de agua, asumiendo una jornada laboral de 12 horas $= 2210/12 = 185$ litros por hora (rendimiento requerido)</p> <p>Necesidades totales de almacenamiento:</p> <p>2210×3 (72 horas de almacenamiento) = 6630 litros ≈ 7000 litros de capacidad de almacenamiento</p>	<p>Premisas:</p> <p>Integrantes del equipo: 40–60 litros/px./d Pacientes ambulatorios: 5 L/px./d Pacientes hospitalizados: 60 L/px./d; Procedimientos quirúrgicos: 100 L</p> <p>Equipo de 60 personas que dirige un quirófano de tipo 2 con 20 camas</p> <p>Cálculo:</p> <p>$(60 \text{ p} \times 60 \text{ L/px./d}) + (100 \text{ pacientes ambulatorios} \times 5 \text{ L/px./d}) + (20 \text{ pacientes hospitalizados} \times 60 \text{ L/px./d}) + (15 \text{ cirugías} \times 100 \text{ L}) = 6800$ litros por día</p> <p>Es necesario incluir el agua para descargar cisternas, limpiar las letrinas y limpiar los contenedores de desechos: 200 usos por descarga y 5 litros por uso $200 \text{ usos} \times 5 \text{ L} = 1000$ litros</p> <p>1000 litros adicionales para instalaciones de limpieza y esterilización Tratamiento total de agua, asumiendo una jornada laboral de 12 horas $= 8800/12 = 733$ litros por hora (rendimiento requerido)</p> <p>Necesidades totales de almacenamiento:</p> <p>8810×3 (72 horas de almacenamiento) = 26 430 litros ≈ 25 000 litros de capacidad de almacenamiento</p>	<p>Premisas:</p> <p>Premisas: Integrantes del equipo: 40 60 L/px./d Pacientes ambulatorios: 5 L/px./d Pacientes hospitalizados: 60 L/px./d; Procedimientos quirúrgicos: 100 L</p> <p>Ejemplo:</p> <p>Un equipo de 100 personas que dirige dos quirófanos de tipo 3 de 100 camas y una gran instalación para pacientes ambulatorios que opera como el principal reemplazo del hospital regional $(100 \text{ p} \times 60 \text{ L/px./d}) + (200 \text{ pacientes ambulatorios} \times 5 \text{ L/px./d}) + (40 \text{ pacientes hospitalizados} \times 60 \text{ L/px./d}) + (30 \text{ cirugías} \times 100 \text{ L}) = 12 400$ litros por día</p> <p>Es necesario incluir el agua para descargar cisternas, limpiar las letrinas y limpiar los contenedores de desechos. 300 usos por descarga, 5 litros por uso: $300 \times 5 = 1500$ litros 1000 litros adicionales para instalaciones de limpieza y esterilización Necesidades totales de tratamiento de agua</p> <p>Asumiendo una jornada laboral de 12 horas = $14 900/12 = 12 416$ litros por hora (rendimiento requerido) Necesidades totales de almacenamiento: $14 900 \times 3$ (72 horas de almacenamiento) = 44 700 litros ≈ 45 000 litros de capacidad de almacenamiento</p>

HIGIENE

Tipo 1 móvil	Tipo 1 fijo	Tipo 2	Tipo 3
<p>Los equipos deben asegurarse de que se toman medidas apropiadas para la higiene en la instalación (es decir, se dispone de estaciones de lavado de manos, desinfectante de manos, solución hidroalcohólica, etc.).</p> <p>Mínimo: Un desinfectante de manos en los puntos de atención. Estaciones de lavado de manos en áreas comunes y en la entrada principal a las instalaciones del hospital.</p> <p>Promoción de la higiene de manos Materiales de información, educación y comunicación claramente visibles y comprensibles, en lugares clave.</p>	<p>Los equipos deben asegurarse de que se toman medidas apropiadas para la higiene en la instalación (es decir, se dispone de estaciones de lavado de manos, desinfectante de manos, solución hidroalcohólica, etc.).</p> <p>Mínimo: Un desinfectante de manos en los puntos de atención. Estaciones de lavado de manos en áreas comunes y en la entrada principal a las instalaciones del hospital.</p> <p>Promoción de la higiene de manos Materiales de información, educación y comunicación claramente visibles y comprensibles, en lugares clave.</p>	<p>Hay al menos un desinfectante de manos en todos los puntos de atención.</p> <p>Hay estaciones de lavado de manos apropiadas en los puntos de atención, lugares clave y áreas de servicio. En las salas con más de 20 camas, debe haber al menos dos estaciones de lavado de manos.</p> <p>Estaciones de higiene menstrual y lavado apropiadas para una gestión digna de la menstruación; se proporcionan productos para la incontinencia.</p> <p>Promoción de la higiene de manos Materiales de información, educación y comunicación claramente visibles y comprensibles, en lugares clave.</p>	<p>Igual que el tipo 2</p>
<p>Premisas:</p> <p>Equipo de 13 integrantes 3 estaciones de lavado de manos, 1 lavabo móvil por equipo móvil 2 duchas para el personal</p>	<p>Premisas:</p> <p>Equipo de 26 integrantes 7-10 estaciones de lavado de manos 2 duchas para el personal</p>	<p>Premisas:</p> <p>Equipo de 60 integrantes</p> <p>10-15 estaciones de lavado de manos 4 duchas para el personal 2 duchas para pacientes</p>	<p>Premisas:</p> <p>Equipo de 80 integrantes 20-25 estaciones de lavado de manos 6 duchas para el personal 4 duchas para pacientes</p>

LIMPIEZA DEL ENTORNO

Resumen de los requisitos estimados de limpieza del entorno en función del tipo de equipo

Tipo 1 móvil	Tipo 1 fijo	Tipo 2	Tipo 3
<p>No se requieren sábanas reutilizables; sin embargo, los EMT deben tener un protocolo para gestionar la ropa sucia del personal.</p> <p>Materiales de limpieza apropiados y en buen estado (por ejemplo, detergente, estropajos, cubos, etc.) disponibles.</p> <p>Hay al menos dos kits de derrames por área clínica</p>	<p>No se requieren sábanas reutilizables; sin embargo, los EMT deben tener un protocolo para gestionar la ropa sucia del personal.</p> <p>Materiales de limpieza apropiados y en buen estado (por ejemplo, detergente, estropajos, cubos, etc.) disponibles.</p> <p>Hay al menos dos kits de derrames por área clínica</p> <p>El enfoque de limpieza (equipo, procedimientos) varía en función del área de riesgo.</p> <p>Al menos dos pares de guantes de limpieza domésticos y un par de monos o delantales y botas en buen estado, para cada miembro del personal de limpieza y eliminación de desechos.</p>	<p>Materiales de limpieza apropiados y en buen estado (por ejemplo, detergente, estropajos, cubos, etc.) disponibles.</p> <p>Hay al menos dos kits de derrames por área clínica.</p> <p>El enfoque de limpieza (equipo, procedimientos) varía en función del área de riesgo.</p> <p>Lavandería obligatoria de ropa de paciente</p>	<p>Igual que el tipo 2</p>

GESTIÓN DE RESIDUOS

Vea los ejemplos a continuación para estimar los residuos que se generarán y la capacidad mínima de contención y tratamiento necesaria. Tenga en cuenta que estos cálculos se basan en premisas y que las cantidades exactas pueden variar.

Tipo 1 móvil	Tipo 1 fijo	Type 2	Type 3
<p>Los equipos de tipo 1 con dos equipos móviles necesitan una tecnología cuya capacidad mínima de tratamiento sea 20 kg (cada dos días). Cada equipo móvil debe ser capaz de almacenar y transportar de forma segura 42 litros de residuos en contenedores sellados al campamento base de EMT.</p>	<p>Los equipos de tipo 1 fijos necesitan una tecnología cuya capacidad mínima de tratamiento sea 10 kg por día. Necesidades de contención de residuos infecciosos: capacidad de 100 litros.</p>	<p>Los pacientes hospitalizados generan alrededor de 12 kg de residuos infecciosos por día; los pacientes ambulatorios generan alrededor de 9 kg de residuos infecciosos. Los equipos de tipo 2 necesitan una tecnología cuya capacidad mínima de tratamiento sea 20 kg por día. Necesidades de contención de residuos infecciosos: capacidad de 200 litros.</p>	<p>Los pacientes hospitalizados generan alrededor de 24 kg de residuos infecciosos por día; los pacientes ambulatorios generan alrededor de 18 kg. Los equipos de tipo 3 necesitan una tecnología cuya capacidad mínima de tratamiento sea 40 kg por día. Necesidades de contención de residuos infecciosos: capacidad de 400 litros.</p>
<p>Premisas: Cada equipo móvil 50 pacientes ambulatorios por día, 0,07 kg de residuos infecciosos por paciente; almacenamiento máximo de residuos infecciosos: dos días (48 horas). Cálculo: $50 \text{ pacientes} \times 0,07 \text{ kg/paciente} \times 1,2 \text{ (margen de seguridad)} = 4,2 \text{ kg de residuos infecciosos al día durante dos días de almacenamiento} = 8,4 \text{ kg cada dos días}$</p> <p>Resultado: Este equipo de tipo 1 con dos equipos móviles necesita una tecnología cuya capacidad mínima de tratamiento sea de 16,8 kg (cada dos días). Tamaño de los contenedores necesarios para el transporte de residuos desde las clínicas móviles hasta el campamento base: la densidad media de los residuos no compactados es de 200 kg/m³ (8,4 kg x 1000 litros/200 kg = 42 litros), lo que significa que el equipo debe tener capacidad para contener y transportar de forma segura 42 litros de residuos en contenedores sellados.</p>	<p>Premisas: 100 pacientes ambulatorios por día, 0,07 kg de residuos infecciosos por paciente; almacenamiento máximo de residuos infecciosos: dos días (48 horas). Cálculo: $100 \text{ pacientes} \times 0,07 \text{ kg/paciente} \times 1,2 \text{ (margen de seguridad)} = 8,4 \text{ kg de residuos infecciosos al día; dos días de almacenamiento} \times 8,4 \text{ kg al día} = 16,8 \text{ kg cada dos días}$</p> <p>Resultado: Este equipo de tipo 1 fijo necesita tecnología cuya capacidad mínima de tratamiento sea de 16,8 kg (cada dos días).</p>	<p>Premisas: 20 pacientes hospitalizados; 100% de ocupación de camas hospitalarias; Ciclo de 1 hora y 8 horas de tratamiento de residuos por día; siete días de tratamiento por semana; 0,5 kg de residuos infecciosos por cama y día. 100 pacientes ambulatorios por día, 0,07 kg de residuos infecciosos por paciente; almacenamiento máximo de residuos infecciosos: dos días (48 horas). Cálculo: Residuos infecciosos generados por pacientes hospitalizados $20 \text{ camas} \times 100\% \text{ de ocupación} \times 0,5 \text{ kg/cama/día} \times 1,2 \text{ (margen de seguridad)} = 12 \text{ kg de residuos infecciosos por día}$ 100 pacientes x 0,07 kg/paciente x 1,2 (margen de seguridad) = 8,4 kg de residuos infecciosos por día. Necesidades de contención: Almacenamiento máximo de residuos infecciosos: 20,4 kg x dos días = 40,8 kg $40,8 \text{ kg} \times 1000 \text{ litros}/200 \text{ kg} = \text{contenedor de } 204 \text{ litros}$ Capacidad de tratamiento de residuos: $20,4 \text{ kg}/8 \text{ horas de trabajo} = 2,55 \text{ kg por hora}$ Resultado: Este equipo de tipo 2 necesita tecnología cuya capacidad mínima de tratamiento sea de 3 kg por hora.</p>	<p>Premisas: 100 pacientes hospitalizados; 100% de ocupación; Ciclo de 1 hora y 8 horas de tratamiento de residuos por día; siete días de tratamiento por semana; 0,5 kg de residuos infecciosos por cama y día. 200 pacientes ambulatorios por día, 0,07 kg de residuos infecciosos por paciente; almacenamiento máximo de residuos infecciosos: dos días (48 horas). Cálculo: Residuos infecciosos generados por pacientes hospitalizados $100 \text{ camas} \times 100\% \text{ de ocupación} \times 0,5 \text{ kg/cama/día} \times 1,2 \text{ (margen de seguridad)} = 60 \text{ kg de residuos infecciosos por día; generación de residuos infecciosos por pacientes ambulatorios}$ $200 \text{ pacientes} \times 0,07 \text{ kg/paciente} \times 1,2 \text{ (margen de seguridad)} = 16,8 \text{ kg de residuos infecciosos por día. Necesidades de contención:}$ Almacenamiento máximo de residuos infecciosos: 76,8 kg x dos días = 153,6 kg $153,6 \text{ kg} \times 1000 \text{ litros}/200 \text{ kg} = \text{contenedor de } 768 \text{ litros;}$ Capacidad de tratamiento: $76,8 \text{ kg}/8 \text{ horas de trabajo} = 9,6 \text{ kg por hora}$ Resultado: Este equipo de tipo 3 necesita tecnología cuya capacidad mínima de tratamiento sea de 10 kg por hora.</p>

SANEAMIENTO

Vea a continuación ejemplos y consideraciones para estimar los requisitos de gestión de excrementos, lodos fecales y aguas grises. Tenga en cuenta que estos cálculos se basan en premisas y que las cantidades exactas pueden variar.

Tipo 1 móvil	Tipo 1 fijo	Tipo 2	Tipo 3
<p>Los equipos deben ser capaces de gestionar, recoger y contener sus propios residuos de excretas para su eliminación segura (es decir, un inodoro portátil con bolsa de plástico y gránulos absorbentes).</p> <p>Letrinas Integrantes del equipo 1 letrina por cada 20 miembros, separadas por género; Pacientes ambulatorios 1 por cada 50 pacientes; Se debe considerar la razón de personas de distinto género, con discapacidad, y accesibilidad para pacientes pediátricos.</p> <p>Gestión de lodos fecales en el campamento base de EMT mediante contención y tratamiento in situ si las estructuras locales no pueden gestionar los residuos.</p> <p>Gestión de aguas grises en el campamento base de EMT a través de trampas de grasa con infiltración o contención.</p>	<p>Baños para el personal y los pacientes claramente separados. Un sistema para indicar qué baños son para uso del personal y de los pacientes.</p> <p>Letrinas Integrantes del equipo 1 letrina por cada 20 miembros, separadas por género; Pacientes ambulatorios 1 por cada 50 pacientes; Se debe considerar la razón de personas de distinto género, con discapacidad, y accesibilidad para pacientes pediátricos. Al menos un inodoro para las necesidades de higiene menstrual. Al menos un inodoro para la sala de aislamiento.</p> <p>Gestión de lodos fecales en el campamento base de EMT mediante contención y tratamiento in situ si las estructuras locales no pueden gestionar los residuos. Duchas/lavado</p> <p>Lavabo completo para el lavado de pacientes ambulatorios si es necesario antes de la evaluación; duchas de personal separadas por sexo Trampa de grasa para la gestión de aguas grises con infiltración o contención y tratamiento</p>	<p>Baños y duchas para el personal y los pacientes claramente separados. Un sistema para indicar qué instalaciones son para uso del personal y de los pacientes. Letrinas Integrantes del equipo 1 letrina por cada 20 miembros, separadas por género; Pacientes ambulatorios 1 por cada 50 pacientes; Pacientes hospitalarios 1 por cada 20 pacientes Se debe considerar la razón de personas de distinto género, con discapacidad, y accesibilidad para pacientes pediátricos. Al menos un inodoro para las necesidades de higiene menstrual. Instalaciones apropiadas de lavado de manos en los baños. Al menos un inodoro para la sala de aislamiento.</p> <p>Gestión de lodos fecales en el campamento base de EMT mediante contención y tratamiento in situ si las estructuras locales no pueden gestionar los residuos. Esto debe incluir la capacidad de proporcionar instalaciones sanitarias y de lavado separadas para los pacientes aislados del personal en caso de un brote gastrointestinal o diarreico.</p> <p>Gestión de aguas grises mediante trampa de grasa más infiltración o contención y tratamiento. Debe considerarse un mecanismo de eliminación o tratamiento de las aguas grises infecciosas.</p>	<p>Igual que el tipo 2</p>

Tipo 1 móvil	Tipo 1 fijo	Tipo 2	Tipo 3
<p>Para el personal en el campamento base: 2 1 solución de inodoro portátil por equipo (para el personal) para las intervenciones sobre el terreno Ejemplo: Necesidades totales de aseos</p> <p>Personal Sobre el terreno: 2 equipos x 4 personas = (1x2) = 2 letrinas</p> <p>Base de operaciones: 13 personas en el campamento base de EMT = 2 letrinas separadas por género Total = 1 + 1 = 2 letrinas para el personal</p> <p>Necesidades totales de aseos para pacientes ambulatorios: Sobre el terreno: 2 equipos x 50 pacientes ambulatorios= (1:50 x2) = 4; 2 pares de letrinas separadas por género y accesibles para personas con discapacidad, adaptadas para niños</p> <p>Necesidades totales de duchas para el personal Base de operaciones: 13 personas en el campamento base de EMT = 2 duchas separadas por género</p>	<p>Personal: 2 Área de pacientes: 4 (2 para pacientes ambulatorios) (1 aseo de aislamiento) (1 aseo accesible para personas con movilidad reducida) Ejemplo: Necesidades totales de aseos</p> <p>Personal Sobre el terreno: equipo de 26 personas = 2 letrinas para el personal separadas por género</p> <p>Pacientes ambulatorios: 100 pacientes 3 letrinas en la sala de espera (2 separadas por género y una para personas con discapacidad y adaptada para niños)</p> <p>letrinas en salas de aislamiento = 4 letrinas</p> <p>Duchas necesarias para el personal 26 personas = 2 duchas separadas por género</p>	<p>Personal: 4 Área de pacientes: 6 (2 para pacientes ambulatorios) (2 para pacientes hospitalizados, uno para hombres y uno para mujeres) (1 aseo de aislamiento) (1 aseo accesible para personas con movilidad reducida) Ejemplo: Equipo de 60 personas que dirige un quirófano de tipo 2 con 20 camas; 100 pacientes ambulatorios al día; Aseos necesarios</p> <p>Personal Sobre el terreno: equipo de 60 personas = 6 letrinas para el personal separadas por género</p> <p>Pacientes ambulatorios: 100 pacientes 3 letrinas en la sala de espera (2 separadas por género y una para personas con discapacidad y adaptada para niños)</p> <p>Pacientes hospitalizados: 1 letrina para la sala de aislamiento 3 letrinas (2 separadas por género y una para personas con discapacidad y adaptada para niños)</p> <p>Necesidades totales de duchas para el personal 26 personas = 2 duchas separadas por género</p> <p>Pacientes hospitalizados: 3 ducha (2 separadas por género y una para personas con discapacidad y adaptada para niños)</p>	<p>Personal: 6 Área de pacientes: 8 (2 para pacientes ambulatorios) (2 para pacientes hospitalizados) (1 aseo de aislamiento) (1 aseo accesible para personas con movilidad reducida) Ejemplo: Equipo de 100 personas que dirige dos quirófanos de tipo 3 con 100 camas y una instalación ambulatoria grande (200 pacientes al día) que actúa como el principal reemplazo del hospital regional</p> <p>Aseos necesarios para el personal Sobre el terreno: equipo de 100 personas = 10 letrinas para el personal separadas por género</p> <p>Pacientes ambulatorios: 200 pacientes 6 letrinas en la sala de espera (4 separadas por género y 2 para personas con discapacidad y adaptadas para niños)</p> <p>Pacientes hospitalizados: 4 letrinas en salas de aislamiento 10 letrinas (8 separadas por género y 2 para personas con discapacidad y adaptadas para niños)</p> <p>Necesidades totales de duchas para el personal 100 personas = 4 duchas separadas por género</p> <p>Pacientes hospitalizados: 9 duchas (6 separadas por género y 2 para personas con discapacidad y adaptadas para niños)</p>
<p>Aguas grises totales En el campamento base del EMT: aproximadamente 500 litros</p>	<p>Aguas grises totales: aproximadamente 1500 litros approx. 1500 litros</p>	<p>Aguas grises totales: aproximadamente 4500 litros</p>	<p>Aguas grises totales: aproximadamente 12 000 litros</p>



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
Américas

Equipos médicos de emergencia
Organización Panamericana de la Salud
525 23rd Street NW
Washington, DC 20037 (USA)
Correo electrónico: emt@paho.org

Sitio web: <https://www.paho.org/es/emergencias-salud/equipos-medicos-emergencia>

