Preparación y Planeamiento Medico a los Desastres Causados por el Hombre

y

Telemedicina Desplazable

Talleres de entrenamiento anfitrionado por el

Centro de Medicina de Desastres y Humanitaria
Universidad de las Ciencias de la Salud de los Servicios Uniformados
Bethesda, Maryland

Patrocinado bajo el

Comando Conjunto de Fuerzas de los EEUU
Norfolk, Virginia

en la

Asociación Fronteriza Mexicano–Estadounidense de Salud (AFMES)

LIX Reunión Anual
Universidad Estatal de Nuevo México, Las Cruces, Nuevo México
29 de Mayo al 1 de Junio del 2001

LX Reunión Anual
Hotel Westin Soberano, Chihuahua, CHIH, México
4 Junio del 2002

Preparación y Planeamiento Medico a los Desastres Causados por el Hombre
y
Telemedicina Desplazable

El Contenido

Introducción

Poncelet – Planeamiento y preperación en materia sanitaria para casos de desastre: perspectiva civil y militar

Smoak – Los atentados a las Embajadas de Estados Unidos en Africa

Pineda-Mejia – Explosión de un ducto de gas natural en México

Mitchell – Derrames tóxicos en Venezuela

Santana – Programas de capacitación para trauma y desastres; experiencias de ayuda en situationes de desastre

Locker – Programa para Especialistas en Salud Internacional de la Fuerza Aérea de Estados Unidos

Llewellyn – Principios Fundamentales de la Medicina de Desastres

Iser – Plan Federal de Respuesta en casos de emergencia

Telemedicina Desplazable

Spears – Telemedicina Desplazable

PREPARACIÓN Y PLANEAMIENTO MEDICO A LOS DESASTRES CAUSADOS POR EL HOMBRE
Y
TELEMEDICINA DESPLAZABLE

Un simposio de 1.5 días fue presentado por el Centro de Medicina de Desastres y Humanitaria, Universidad de las Ciencias de la Salud de los Servicios Uniformados (Fuerzas Armadas de los EEUU), con sede en Bethesda, Maryland a la LIX Reunión Anual de las Asociación Fronteriza Mexicano–Estadounidense de Salud (AFMES) a la Universidad Estatal de Nuevo México, Las Cruces, Nuevo México, desde el 29 de Mayo al 1 de Junio del 2001.

Aunque en el ámbito mundial, la comunidad medica ha adquirido un creciente entendimiento, capacidades, y disponibilidad a proveer servicios salva vidas luego de un desastre natural, aun existen retos únicos respecto a los desastres causados por el hombre. Estos retos, que van desde accidentes hasta actos terroristas, y desde la exposición a materiales tóxicos hasta infecciones emergentes posan nuevas incertidumbres tanto a las ciencias medicas como a las relaciones internacionales. Esto se ve claramente plasmado cuando recursos de instituciones civiles y militares son movilizados para proveer la capacidad de respuesta rápida a estas emergencias.

Este simposio, previo a la conferencia, esta dirigido a las autoridades civiles de emergencia y primeros auxilios, trabajadores fronterizos del sector salud, y personal militar de las fuerzas armadas de Méjico y los Estados Unidos. Los objetivos del simposio están encaminados a examinar desastres recientes causados por el hombre a través de estudios de casos y lecciones aprendidas. También, se evaluaran los fundamentos necesarios para el planeamiento y la practica de emergencias medicas. Al compartir experiencias, los participantes obtendrán un mayor entendimiento de los "principios primordiales" que son denominador común a través de incidentes y culturas.

Se enfocaran los siguientes temas en particular:

- Traumas post-desastres y otros cuidados de emergencia;
- Desastres naturales vs. Desastres causados por el hombre - similitudes y diferencias;
- Respondiendo a las amenazas a la salud causada por accidentes, terrorismo, y el peligro de las enfermedades emergentes;
- Sinergia en las capacidades cívico-militares; y
- Oportunidades únicas en las comunidades fronterizas.

Como parte de un dia de taller a la LX Reunión Anual de las Asociación Fronteriza Mexicano –Estadounidense de Salud (AFMES) a la Hotel Westin Soberano, Chihuahua, CHIH, Mexico el 4 de Junio del 2002, el Centro de Medicina de Desastres y Humanitaria participado en un exercicio de una situacion de bioterrorismo simulado en la frontera y demonstraciones en vivo utilizando con plataforma telemedicina comercial.

El Comando Conjunto de Fuerzas Armadas de los EEUU con sede en Norfolk, Virginia haciendo la agencia patrocinadora de sostener estos talleres de entrenamiento como parte intregal del plan de drama y combate para ayuda de actividades humanitario.

Preparación y Planeamiento Medico a los Desastres Causados por el Hombre

LIX Reunión Anual
Asociación Fronteriza Mexicano–Estadounidense de Salud
(AFMES)

Universidad Estatal de Nuevo México
Las Cruces, Nuevo México
29 de Mayo al 1 de Junio del 2001

Preparación y Planeamiento Medico a los Desastres Causados por el Hombre

Universidad Estatal de Nuevo México
Las Cruces, Nuevo México

Martes, 29 de Mayo del 2001

13:30 – 13:40	Bienvenida, Comentarios Administrativos e Introductorios
13:40 – 14:45	***Plenaria Inaugural:*** *Planeamiento y preparación en materia sanitaria para casos de desastre: perspectiva civil y militar* Jean-Luc Poncelet, M.D., OPS
14:45 – 15:00	Receso
15:00 – 15:10	Introdución a Estudios de Casos
15:10 – 15:50	***Hechos terrorismo:*** *Los atentados a las Embajadas de Estados Unidos en Africa* Bonnie Smoak, COL, MC, EE.UU.
15:50 – 16:30	***Accidentes:*** *Explosión de un ducto de gas natural en México* Dr. Rogelio Pineda-Mejia, Ministerio de Salud de México
16:30 – 17:10	***Desastres causados por el hombre:*** *Derrames tóxicos en Venezuela* Glenn Mitchell, COL, MC, EE.UU.
17:10 – 17:15	Sumario de la sesión

Miércoles, 30 de Mayo del 2001

08:30 – 08:35	Comentarios y Revisiones Administrativas
08:35 – 08:45	Introdución a responden militar para apoyar de las autoridades civiles
08:45 – 09:45	*Programas de capacitación para trauma y desastres; experiencias de ayuda en situaciones de desastre* Gral de Brig MC Rafael Santana, Oficial Médico Segundo, Ciudad de México, México
09:45 – 10:00	Recuso
10:00 – 11:00	*Programa para Especialistas en Salud Internacional de la Fuerza Aérea de Estados Unidos* Brig Gen Dan L. Locker, USAF, MC, CFS, Keesler AFB
11:00 – 12:30	***Discusión de Grupo:*** *Principios Fundamentales de la Medicina de Desastres* Coronel Dr. Craig Llewellyn, MC, EE.UU. (Re) Moderador

Jueves, 31 de Mayo del 2001

08:30 – 10:30	***Panel:*** *Oportunidades especiales para mejorar la coordinación en la preparación y respuesta ante situaciones de desastre en comunidades de frontera* Capitán Joe Iser, USPHS, Moderador Alex Valdez, JD, Departamento de Salud de Nuevo México Cecilia Rosales, MD, Officina de Salud Fronteriza de Arizona Catherine Torres, MD, Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos

Planeamiento y preparación en materia sanitaria para casos de desastre: perspectiva civil y militar

Jean Luc Poncelet, MD, MPH
Organización Panamericana de la Salud
Washington, DC

Planeamiento y preparación en materia sanitaria para casos de desastre: perspectiva civil y militar

Dr. Jean Luc Poncelet.

Oficina del Subdirector
Programa de Preparación para Emergencias y Ayuda en Situaciones de Desastre
Sede Principal - Organización Panamericana de la Salud.
Washington, DC

El Dr. Jean Luc Poncelet es Asesor Regional del Programa de Preparación para Situaciones de Desastre para América Latina y el Caribe. Desde que se retiró de la práctica privada de la medicina en 1986, el Dr. Poncelet se desempeñó como Funcionario del Programa en Costa Rica, Asesor Subrregional para el Caribe en Antigua y Barbados, y Coordinador del Programa de Preparación para Situaciones de Desastre en Ecuador, antes de asumir su actual cargo en OPS/OMS en Washington, D.C. Participó en operaciones humanitarias con motivo de numerosos desastres, incluyendo terremotos, huracanes y derrames químicos, y tomó parte en la redacción de numerosos documentos técnicos relacionados con la gestión de desastres.

Resumen:

El principal factor en la respuesta a las situaciones de desastre no es la capacidad de tratar a cada persona, sino la capacidad de utilizar eficientemente los recursos disponibles. La coordinación entre instituciones tan disímiles como las fuerzas armadas, el ministerio de salud y las ONGs es el principal elemento, y es aun más importante cuando la asistencia proviene del exterior. En esta presentación se analizarán los beneficios y las limitaciones de la coordinación interinstitucional, en base a situaciones de desastre producidas en el continente americano en los últimos veinte años. Los participantes también aprenderán a partir de anteriores experiencias sobre el planeamiento para situaciones de desastre para zonas más amplias.

Objetivos:

- Identificar por lo menos cinco formas de mejorar la coordinación entre los principales protagonistas del sector de la salud en cuestiones de respuesta y preparación.
- Describir los tres componentes principales de un programa de gestión de situaciones de desastre sanitario.
- Describir el papel y la función de la OPS y de otros dos importantes protagonistas de la labor humanitaria en el continente americano.

Contenidos:

- El papel de la OPS en la gestión de situaciones de desastre.
- Principales protagonistas de la gestión de situaciones de desastre:
  - En el ámbito nacional
  - En el ámbito regional e internacional.
- Principales mitos de la ayuda internacional en situaciones de desastre.
- Coordinación sanitaria en situaciones de desastre.
  - Coordinación civil y militar: un caso especial.
- Conclusiones

I. ¿Qué es un desastre?

A. Definición de la OMS: Cualquier situación de salud pública que pone en peligro la vida o la salud de una cantidad significativa de personas y exige acción inmediata.

B. Una definición pragmática de salud pública: Una emergencia sanitaria que sale en la primera plana de los periódicos y en los principales noticieros de TV.

II. ¿Por qué existen los desastres?

A. Hay tres factores principales:

1. Hemos organizado y seguimos organizando nuestras sociedades sin tener en cuenta que los peligros existen. Nuestra sociedad sigue pensando que prevenir es demasiado caro.
2. Confundimos emergencia y desastre.
   a. No se trata de cuidar a cada paciente de la mejor manera posible.
   b. Se trata de administrar de la mejor forma posible todos los recursos existentes, a fin de salvar la mayor cantidad posible de vidas y reducir la morbilidad (enfermedades, discapacidad, etc.)
3. Nuestras sociedades están divididas:
   a. Por ejemplo, por especialidad:
      1. Ingenieros y arquitectos, etc.
      2. Médicos y salud pública, etc.
   b. Por ejemplo, fronteras y culturas, pero los desastres no reconocen fronteras.

III. ¿Por qué participa la OPS en la gestión de desastres?

A. La salud es un estado de total bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. (Constitución de la Organización Mundial de la Salud).

B. La vulnerabilidad a los desastres no es compatible con el bienestar físico, mental y social.

IV. La Organización Panamericana para la Salud

A. Constituida en 1902

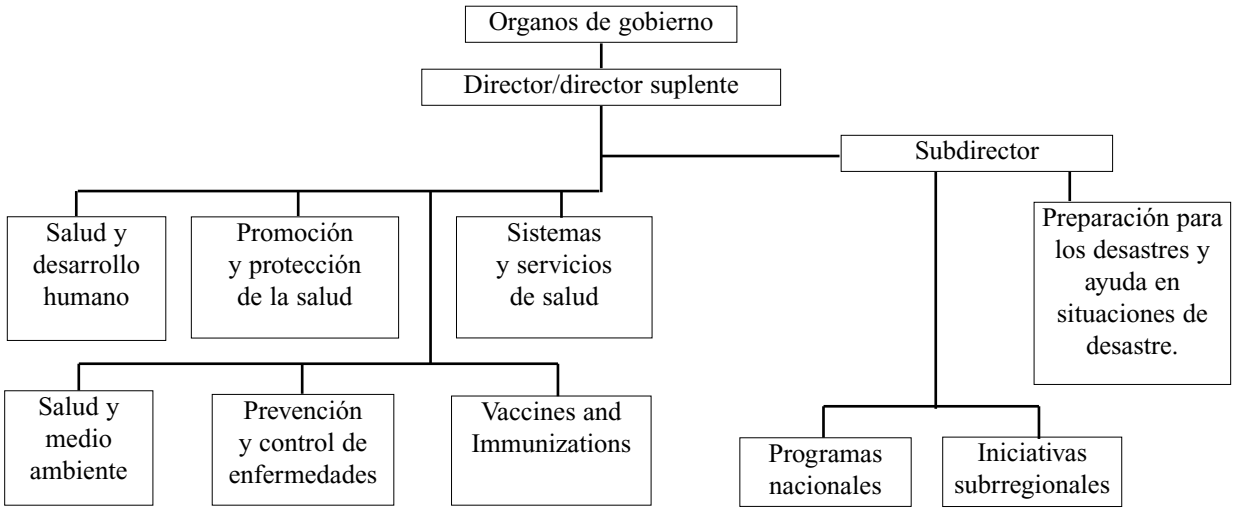
B. A integran todos los países del hemisferio

C. Desde 1947, la OPS funciona como Oficina Regional de la OMS para el continente americano.

V. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

A. Doble identidad como parte del sistema interamericano y del sistema de la ONU.

B. Estructura de la OPS.



VI. Un programa descentralizado para situaciones de desastre.

A. Sede la OPS: Washington D.C.
B. Oficina subrregional del Caribe: Bridgetown, Barbados.
C. Oficina subrregional de América Central: San José, Costa Rica.
D. Oficina subrregional de América del Sur: Quito, Ecuador.

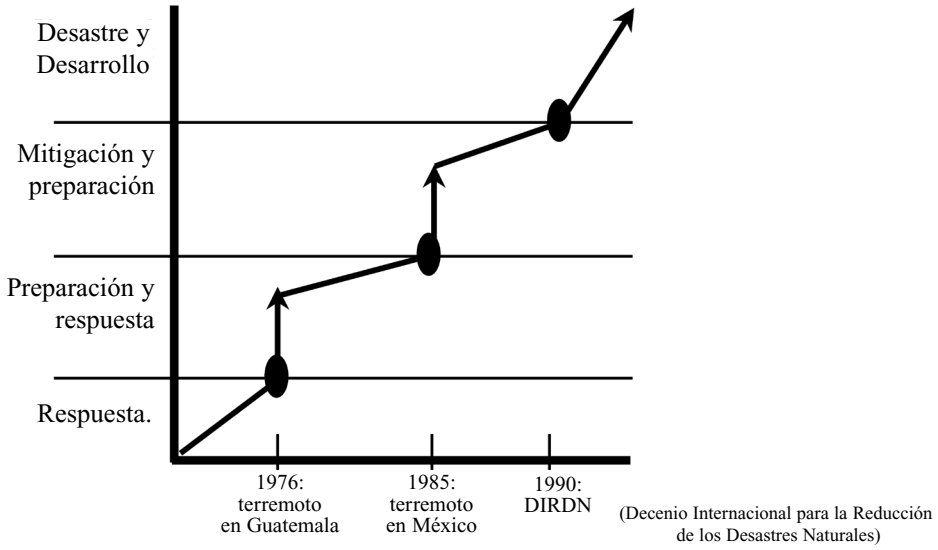
VII. Objetivos del Programa.

A. Antes del desastre:
   1. Prevención, Mitigación
   2. Preparación
B. Después del desastre:
   1. Coordinación de la ayuda internacional

VIII. Alcance del Programa:

A. Desastres naturales
B. Desastres tecnológicos
C. Desastres "complejos"

IX. De la respuesta ad hoc al Desastre y Desarrollo



X. OPS

A. La OPS es un organismo intergubernamental que brinda ASISTENCIA TECNICA
B. No es un organismo de financiamiento ni una organización voluntaria privada (OVP).

XI. La Organización Mundial de la Salud es un organismo especializado de las Naciones Unidas.

A. Banco Mundial
B. FAO
C. OIT
D. **OMS**
E. UNESCO
F. OMM
G. Agencias especializadas.

XII. Los protagonistas humanitarios del sistema de la ONU.

A. La Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCHA)
   1. Coordina la respuesta
   2. Evalúa los daños y las necesidades.

B. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)
   1. Es el principal organismo para todos los temas relacionados con los refugiados.

C. El PNUD monitorea la preparación y mitigación. Los protagonistas humanitarios del sistema de la ONU.

D. La Organización Mundial de la Salud (OMS)
   1. Creada en 1947
   2. La integran todos los países.
   3. Organización responsable de todas las cuestiones sanitarias:
      a. Agua y saneamiento
      b. Cuidados primarios de la salud
      c. Nutrición, etc.

XIII. Otros protagonistas humanitarios.

A. El Sistema de la Cruz Roja
   1. Federación (IFRCS)
   2. Comité Internacional (CICR)

B. ONGs / OVPs
   1. OVPs internacionales
   2. NGOs locales

XIV. Otros organismos bilaterales de ayuda y las fuerzas armadas, además de México y Estados Unidos.

A. Entidades regionales:
   1. OPS / OMS
   2. BID
   3. OEA
   4. Comunidad Europea
   5. ECHO
   6. CDERA
   7. SICA / CEPREDENAC

B. Organismos bilaterales:
   1. Canadá
   2. Estados Unidos
   3. Francia
   4. Japón
   5. México y América Central
   7. Países Nórdicos
   8. Reino Unido
   9. Holanda

C. Organismos de las Naciones Unidas:
   1. Secretario de la ONU, Fondos
   2. Organismos especializados...
      a. OCHA / ONU
      b. PNUD
      c. ACNUR
      d. WFP
      e. Banco Mundial
      f. UNFPA
      g. OPS / OMS
      h. UNICEF

D. NGO's:
   1. Hay más de mil ONGs humanitarias registradas.
   2. Algunos países tienen más de 250.
      a. MSF
      b. OXFAM
      c. CARE
      d. FUPAD
      e. SCR
      f. NGOs locales

E. Fuerzas Armadas:
   1. Comando Sur
   2. México
   3. MCDU / UN
   4. OTAN
   5. IADB
   6. RSS / Caribe

F. Cruz Roja.
   1. Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja – Desastres naturales - IFCRCS
   2. Comité Internacional de la Cruz Roja – guerras y conflictos civiles - CICR.
   3. Sociedades Nacionales de la Cruz Roja.

XV. El principal desafío hoy es la coordinación!

XVI. La participación militar en las operaciones humanitarias seguirá aumentando. ¿Por qué?

A. Más “desastres complejos”.
B. Riesgos de seguridad para los trabajadores humanitarios.
C. Cambios en la misión de las fuerzas armadas.

XVII. El peligro consiste en olvidar que...

A. La respuesta, preparación y mitigación más eficiente y mejor adaptada será siempre local / nacional.
B. Sin importar su calidad, la ayuda externa será sólo un complemento de la respuesta nacional.

XVIII. Los “tres deseos” de las organizaciones humanitarias.

A. “Sabemos qué hacer”.
B. Sólo tienen que darnos:
   1. Seguridad – sin inconvenientes.
   2. Transporte – sin costo.
   3. Comunicaciones – sin coordinación.

XIX. La preocupación de las organizaciones humanitarias:

A. Una vez asignadas las tareas, las fuerzas armadas se harán cargo.
B. Los demás deberán adaptarse o marcharse”.

XX. ¿Puntos de vista conflictivos?

A. Las misiones humanitarias son buenas para las relaciones públicas, la moral y la preparación de las fuerzas armadas?
B. O tienen un valor agregado específico?

XXI. Más puntos de vista ...

A. Las víctimas: tienen derecho a opinar?

XXII. La pregunta subyacente: ¿De quién es el desastre?

A. ¿De las autoridades nacionales?
B. ¿De las organizaciones humanitarias?
C. ¿De los organismos de financiación?
D. ¿De la ONU?
E. ¿D e las fuerzas armadas?
F. ¿De los medios de comunicación?
G. ¿De las comunidades locales?

XXIII. ¿Choque de culturas?

A. La agenda hoy:
   1. ¿Cómo salvar la brecha entre la cultura militar y la civil?
   2. Una mayor participación militar en las operaciones humanitarias es bienvenida.

XXIV. ¿Cómo mejorar su eficacia?

A. Aprendiendo de la experiencia de otros:
   1. La ONU y las OVPs ya han cometido la mayor parte de los errores posibles!
B. Adoptar un enfoque del cuidado primario de la salud.
   1. Poner el acento en la medicina preventiva:
      a. Suministro básico de agua.
      b. Esquemas de vacunación local.
      c. Educación para la salud.
      d. Enfoque del cuidado primario de la salud.
   2. Es mejor una evaluación realizada conjuntamente por todas las partes involucradas.

XXV. Evaluación.

A. Una rápida evaluación es sólo un complemento del conocimiento colectivo de las instituciones, las ONGs y los organismos de Naciones Unidas presentes en el lugar.

XXVI. Una Misión clara.

A. La ambigüedad sólo genera malos entendidos y resentimiento.

XXVII. Coordinación.

A. Coordinación de los organismos humanitarios?
B. Coordinación con los organismos humanitarios!
   1. Existen mecanismos nacionales (NDC) e internacionales (ONU) de coordinación bien establecidos.
   2. Es necesario reforzarlos aún más.

XXVIII. Coordinación con las fuerzas armadas locales.

A. Una historia exitosa en el Caribe:
   1. El ejercicio "Joint Trade Winds" entre los servicios de seguridad regionales y los gobiernos locales, con el apoyo de las fuerzas armadas estadounidenses.
B. Coordinación con las fuerzas armadas locales. Una cuestión delicada en diversos países de América Latina, con una historia de dictaduras y violación de los derechos humanos.

XXIX. ¿Cómo mejorar la coordinación?

A. Más diálogo para salvar la brecha entre las dos culturas.
B. Talleres / capacitación interorganismos.
C. Actividades y ejercicios de capacitación planificados e implementados en forma conjunta.

XXX. Las principales conclusiones:

A. Los desastres existen y pueden ser reducidos si todos colaboramos mejor.
B. Las operaciones humanitarias NO se pueden improvisar. Es necesario tomarse el tiempo antes del desastre a los efectos de la preparación y mitigación de emergencias.

Los atentados a las Embajadas de Estados Unidos en Africa

Coronel Bonnie Smoak, MC, USA
Uniformed Services University of the Health Sciences
Bethesda, MD

Los atentados a las Embajadas de Estados Unidos en Africa

Coronel Bonnie Smoak, MC, USA
Uniformed Services University of the Health Sciences
Bethesda, MD

La Coronel Bonnie Smoak es Directora de la División de Salud Pública Tropical del Departamento de Medicina Preventiva y Biometría – Uniformed Services University of the Health Sciences. Como oficial del ejército especializada en medicina preventiva, participó en diversas operaciones de ayuda humanitaria en Africa y el Caribe. Formó parte de la Unidad de Investigación Médica del Ejército de Estados Unidos en Kenia en ocasión del atentado a la Embajada de Estados Unidos en Nairobi. Una hora después de ocurrida la explosión, la Coronel Smoak se sumó al equipo médico de la Embajada para responder al desastre.

Resumen:
En 1998, un camión bomba dirigido a la Embajada estadounidense en Nairobi dejó más de 200 muertos y más de 4.000 heridos. En la presentación se efectuará un análisis descriptivo de la respuesta médica y los problemas que se presentaron, a fin de brindar información para estar mejor preparados para incidentes futuros. Ello se hará mediante una presentación didáctica, seguida por preguntas y respuestas.

Objetivos:
- Describir las clases de heridas y los aspectos específicos de gestión de situaciones de desastre relacionados con atentados con bombas convencionales.
- Considerar los problemas que se presentaron durante la respuesta médica que siguió al atentado en Nairobi, en áreas como comunicaciones, logística, seguridad.
- Identificar aspectos del planeamiento para situaciones de atentados de este tipo que deberían tenerse en cuenta a fin de mitigar los problemas que pudieran surgir en futuros ataques terroristas.

Contenidos:
- La situación previa al ataque y los hechos que lo rodearon.
- Los problemas que se presentaron durante la respuesta inmediata al atentado (hasta cinco horas luego del mismo).
  - Triaje
  - Transporte de los pacientes.
  - Cuidado de los pacientes (tipos de heridas posibles y tipos de heridas que efectivamente se produjeron).
  - Comunicación
  - Seguridad
- Los problemas que se presentaron durante las 72 horas de la respuesta médica.
  - Seguridad
  - Responsabilidad del personal.
  - Evaluación y cuidado de los pacientes.
  - Operaciones mortuorias.
  - Comunicación
  - Logística
  - Coordinación de organismos externos de respuesta.
  - Relaciones públicas
- Problemas a largo plazo.
- Planeamiento para el futuro.

I. Atentados a las Embajadas de EE.UU., 7 de agosto de 1998.

A. Kenia:
   1. Más de 200 muertos dentro de la Embajada.
      a. Doce estadounidenses.
      b. Trenta y dos kenianos.
   2. Más de 4000 heridos.
   3. Vente cinco evacuados por aire.

B. Tanzania:
   1. Doce muertos.
   2. Ochenta y cinco heridos.

II. El escenario inicial.

A. Ubicación de la Embajada.
B. No se pudo ingresar en la Embajada.
C. Explosión inicial de granadas.
D. Bomba de 500 kilos de TNT.
E. Caos.

III. ¿Qué pasó?

A. Dentro de la Embajada:
   1. Humo árido.
   2. Sin luces de emergencia
   3. Escombros por todas partes.

B. Fuera de la Embajada:
   1. Una pesadilla de seguridad.
   2. Paralización.

IV. Evacuación de los heridos.

A. El triaje se volvió imposible.
B. Personal de rescate no entrenado.
C. Transporte en cualquier vehículo.
D. Se perdió el rastro de los pacientes.

V. Principales hospitales.

A. Embajada
B. Edificio USAID: 3.1 millas (5 km).
C. Hospital Aga Khan: 2.5 millas (4 km).
D. MP Shah: 3.1 millas (5 km).
E. Hospital Nairobi: 1.9 millas (3 km).
F. Hospital Kenyatta: 1.9 millas (3 km).
G. Hospital Masaaba: 1.9 millas (3 km).
H. Hospital Hurlingham: 2.5 millas (4 km).
I. Hospital de Distrito Mbagathi – Hospital Militar de Kenia: 3.1 millas (5 km).
J. Hospital Mater Misericordie: 2.5 millas (4 km).
K. Hospital Saint James: 3.7 millas (6 km).

VI. Coordinación de la respuesta médica.

A. El médico de la Embajada encabezó la respuesta.
B. Cantidad adecuada de prestadores médicos locales.
   1. Médicos de las embajada británica y japonesa.
   2. Otros prestadores médicos militares y del gobierno estadounidense.

C. Comunicaciones:
   1. Los teléfonos locales no eran confiables.
   2. Sólo una frecuencia de radio para toda la Embajada.
D. Transporte – uso de vehículos particulares.

VII. Atención de los heridos.

A. Todos los heridos fueron retirados de la Embajada en el término de 8 horas.
B. Necesidad inmediata de ubicar a los pacientes, unidades de triaje y reubicación para la evacuación.
C. Necesidad de efectuar diversos barridos de las instalaciones médicas.
D. Heridos graves: 8 en unidades de cuidados intensivos, 6 en respiradores.
E. Evaluación para la evacuación por aire.

VIII. Heridos dentro de la Embajada.

A. Fracturas de costillas, huesos faciales, extremidades.
B. Fracturas expuestas de muñeca, dedos de pies y manos.
C. Fracturas de columna vertebral.
D. Fracturas pélvicas inestables.
E. Amputación de mandíbula, húmero próximo, dígitos.
F. Heridas oculares, desprendimiento de retina.
G. Heridas internas en la cabeza y conmoción cerebral.
H. Contusiones del pulmón; perforaciones.
I. Extensas laceraciones; marcas de los escombros.

IX. Evacuación.

A. Quién, a dónde y cuándo:
   1. Vuelo de South African – 17 horas después de la explosión.
   2. Dos vuelos de la fuerza aérea estadounidense – 44 y 66 horas.
B. Problemas:
   1. Comunicaciones
   2. Transporte
   3. Equipos

X. Resultados del rescate médico.

A. Muy exitoso a pesar de los numerosos problemas logísticos.
B. Vente cinco pacientes evacuados.
C. Una sola muerte aparentemente producida después del rescate – cuerpo hallado en una morgue 5 días después de la explosión.

XI. Heridas:

A. Heridas oculares – más de 100 personas sufrieron severas heridas oculares o perdieron completamente la visión.
B. Heridas producidas por la explosión:
   1. Instalaciones sanitarias colmadas de víctimas con traumas múltiples.
   2. Falta general de apreciación de posibles heridas producidas por la explosión.

XII. Problemas para identificar a los muertos y heridos.

A. En las instalaciones médicas:
   1. Diversidad de lugares.
   2. Hacinamiento
   3. Falta de automatización.
B. En las morgues:
   1. Falta de espacio y refrigeración.
   2. Pérdida de la identificación.
   3. Falta de automatización.

XIII. Recuperación de los cuerpos.

A. Finalizada por el personal local.
B. En el término de tres días se hallaron todos los cuerpos menos uno.

XIV. Operaciones mortuorias.

A. Dificultades para localizar e identificar los cuerpos.
   1. El personal local de la Embajada debió presentarse varias veces en las morgues para identificar los cuerpos - falta de capacitación y preparación.
B. Falta de refrigeración.
C. Interfaz con el gobierno de Kenia.
   1. Instalaciones forenses inadecuadas.
   2. Certificados de defunción.

XV. Heridas mortales dentro de la Embajada.

A. Fracturas del cráneo basilar (7).
B. Laceraciones graves de la cavidad cardíaca o vasos sanguíneos (6)
C. Avulsión cerebral (7); hernia cerebral.
D. Hemorragia difusa subaracnoide/dural.
E. Pulpificación del hígado; laceraciones del hígado (3).
F. Amputación de extremidades inferiores bilaterales próximas.
G. Fractura C1-7; fractura / dislocación T1-2; transección espinal T2.
H. Avulsión del cuero cabelludo.

XVI. Respuesta internacional de búsqueda y rescate.

A. Equipo de respuesta especial israelí.
B. Equipo especial de respuesta francés.
C. Equipo de búsqueda y rescate del Condado de Fairfax, Virginia.
D. Oficina de Ayuda en Situaciones de Desastre en el Exterior.
E. Organismo Estadounidense para el Desarrollo Internacional.

XVII. Otras consideraciones

A. Derrumbe del edificio Ufundi.
B. Más allá de la respuesta inicial.
C. La respuesta de la comunidad.
D. Estrés psicológico.
E. Visitantes VIP.
F. Relaciones públicas.

4 — EAST AFRICAN STANDARD, Friday, August 14, 1998

BOMB TERROR + + + BOMB TERROR + + + BOMB TERROR + + + BOMB TERROR + + +

US sabotaged relief efforts, says NGO

Standard Correspondent

A US Airforce chief had allegedly spoken to NETCARE management and confirmed that they had arranged for South African military aircraft to fly in medical personnel.

HMS was later assured that the required personnel, supplies and rescue equipment including sniffer dogs, would be flown in the aircraft which was to depart at 10 pm.

That having been done, NETCARE and HMS backed out, the said. However, HMS officials visited city hospitals on Saturday and found out that nothing had been received.

Piggott said they later checked with the National Operation Centre and discovered that no South African aircraft had arrived.

Protect

HMS later learnt through South African media that a military plane had been to Nairobi and evacuated three American victims.

"The American Government must stand accused not just of an open act of discrimination, but also of deliberately sabotaging humanitarian efforts in order to protect itself and its own," Piggott noted.

● Daggerati MP Beth Mugo has said it was "extremely unfair" of US marines to claim that they were fighting off looters after the tragedy in Nairobi last Friday.

She accused the Americans of seeking an alibi to escape from blame for neglecting Kenyan lives, charging that they could have done better while still preserving the evidence.

She was reacting to claims by American Ambassador Prudence Bushnell who defended actions taken by American marines also accused of discrimination against Kenyan victims.

G. Funerales
   1. Grupos étnicos y de diferentes culturas, con distintas creencias y necesidades religiosas.
H. Curanderos, charlatanes y picapleitos. (de The Nation)

XVIII. Resumen.

A. Caos, rumores y confusión en las primeras horas.
B. Problemas de respuesta parecidos a los experimentados en otros incidentes.
   1. Transporte y triaje
   2. Coordinación
   3. Comunicación
E. Diferencias étnicas y culturales.
F. Cuestiones de seguridad y comando.
G. Problemas logísticos de distintos grupos internacionales.
H. Relaciones públicas y cobertura de los medios.

Explosión de un ducto de gas natural en México

Dr. Rogelio Pineda-Mejia
Ministerio de Salud de México
México DF, México

Explosión de un ducto de gas natural en México

Dr. Rogelio Pineda-Mejia
Ministerio de Salud de México

El Dr. Rogelio Pineda es actualmente el Jefe del Departamento de Emergencias Epidémicas, Sector de Emergencias y Desastres Epidémicos, del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Participó en operaciones de ayuda efectuadas en Acapulco y en la costa de Oaxaca (1997 – huracán Pauline), Chiapas (1998, inundaciones), Puebla y Oaxaca (1999, terremoto e inundaciones), Puebla (2000, actividad volcánica del popo), y El Salvador (2001, terremoto).

Resumen:
Si bien no es posible predecir los desastres, un buen conocimiento del factor de riesgo que puede provocarlos constituye una herramienta muy útil para organizar los servicios sanitarios (y otros) a fin de enfrentar dichos desastres y disminuir sus efectos.

Objetivo:
- Describir la metodología utilizada en México para prevenir daños a la salud de las comunidades afectadas por situaciones de desastres.

Contenidos:
- El sector sanitario como parte del Sistema de Protección Civil.
- El Comité de Vigilancia Sanitaria.
- Diagnóstico del riesgo y asignación de tareas.
- Cuidados médicos en situaciones de desastre.
- Vigilancia epidemiológica en situaciones de desastre.
- Gestión de campos de refugiados temporarios.
- Gestión de información sanitaria y información sobre el riesgo en situaciones de desastre.

I. Explosión de gas en el sistema de alcantarillado

A. Guadalajara, México

B. A diez años del suceso, el presente trabajo no pretende mostrar resultados o culpables, simplemente como se llevó a cabo la atención del siniestro y como debió atenderse bajo los lineamientos de Protección Civil y La Secretaría de Salud.

II. Clasificación según la naturaleza de los desastres

A. El análisis de los procesos de producción, generación y encadenamiento de los desastres, entre otras de sus características, permitie elaborar un esquema de clasificación útil para orientar el estudio de los fenómenos destructivo.

B. Dicho esquema postula cinco tipos de fenómenos atendiendo a su origen.

1. Químicos
2. Geológicos
3. Hidrometeorológicos
4. Sanitarios
5. Socio-organizativos

III. Desastres Químicos

A. Se encuentran íntimamente ligados a la compleja vida en sociedad, al desarrollo industrial y tecnológico; a las actividades humanas y al uso de diversas formas de energía.

B. Afectan en mayor medida a las grandes concentraciones humanas e industriales.

C. En esta clase están incluidos:

1. Incendios
2. Explosiones
3. Radiaciones
4. Fugas tóxicas
5. Envenenamientos masivos

IV. Antecedentes

A. El 20 de abril de 1992 se percibe olor a gas en el sector Reforma.

B. Protección Civil y bomberos detectan la presencia de gas en el sistema de alcantarillado.

C. Se emite alerta para evacuación en caso de explosión (sic).

D. Las Autoridades Municipales proceden a destapar coladeras.

E. El 22 de abril a las 8:00 hs el cuerpo de bomberos anuncia que la situación está bajo control.

F. Ese mismo día, dos horas después, ocurrió la primera explosión en el sistema de drenaje, seguida de 16 más a lo largo de 15 calles aproximadamente.

V. Consecuencias

A. 20 manzanas destruidas.

B. 195 muertos.

C. más de 1000 personas lesionadas.

D. 26 desaparecidos.

E. Se aplica el DN-III.

F. Se realizan labores de rescate.

VI. Respuesta

A. Se establece coordinación de las cuatro jurisdicciones sanitarias con el Consejo Estatal para la prevención de Accidentes y Desastres.

B. Se canalizan los traumatizados a todo tipo de hospitales.

C. Se implementa un grupo de comando para coordinar los servicios otorgados.

D. Se determina un local como centro operativo.

E. Se integran grupos de supervisión bajo la coordinación del comando central.

F. Se conforman dos brigadas con personal de regulación sanitaria para evaluar los daños.
G. Se gestiona la dotación de barras de hielo para acondicionar los cadáveres en el sitio de confinamiento, que presentaba altas temperaturas
H. Se integra un comité para la vigilancia y control de la gran cantidad de donativos y albergues con la participación de los sectores público, privado y social estableciéndose seis comisiones:
    1. Comisión de recursos materiales
    2. Comisión de Servicios de Salud
    3. Comisión de alimentación
    4. Comisión de albergues
    5. Comisión de información
    6. Comisión de finanzas
I. Se implementan 15 refugios temporales sin tener una cifra real de las personas refugiadas (los informes oscilaban entre 3,000 y 6,000).
J. Se distribuye el personal en cada uno de ellos.
K. Surgen otros refugios temporales en diversas áreas de la ciudad.
L. La DGE envía personal para colaborar con los SESA en el establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica en los refugios temporales.
M. Se detecta un número aproximado de 30 refugios.
N. Ante la imposibilidad de su manejo, se concentra la gente en la Universidad de Guadalajara.
O. Las restricciones de la Institución y la deficiente coordinación entre la federación y el estado, impiden implementar el sistema.
P. Las condiciones higiénicas de los albergues son inadecuadas.
Q. Existe exceso de personal para la atención y no está coordinado.
R. A las 23 hs la Dirección de Contaminación Ambiental y Enfermedades crónico Degenerativas junto con los SESA proceden a tomar muestras a lo largo del subcolector de las calles afectadas.
S. A las 4:00 hs del día siguiente aún se ignoraba la sustancia causante del siniestro.
T. Los medios de difusión afirmaban que se trataba de Hexano.
U. Se maneja como responsable a Pemex y este a su vez culpa a una fábrica de aceite.

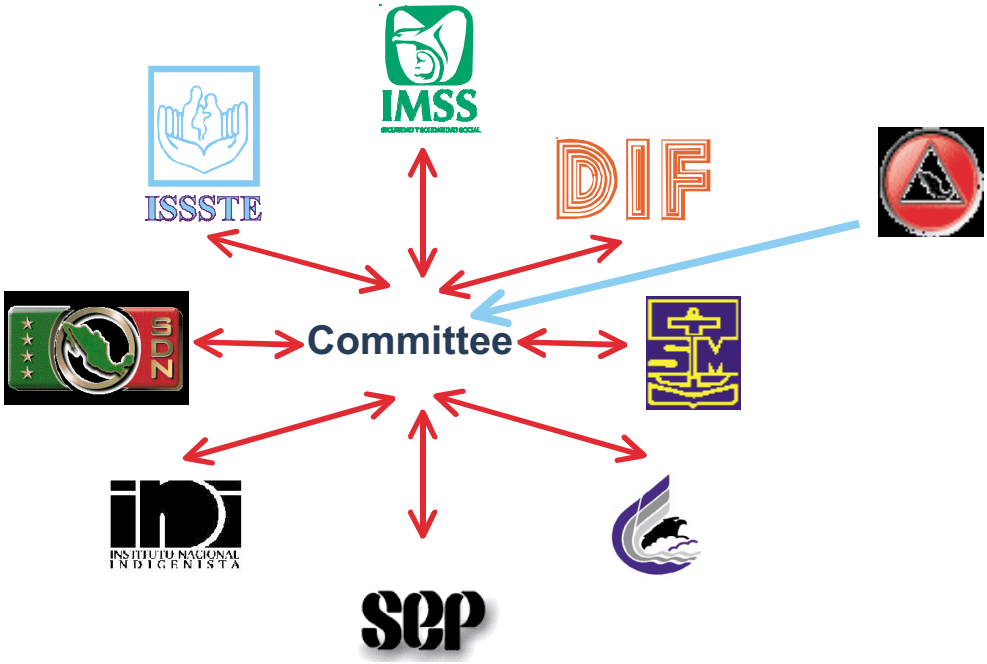
VII. Resultados

A. Fueron canalizados donativos económicos a la farmacia “Guadalajara” para obtener los medicamentos necesarios, especialmente contra el cólera.
B. Se confirmaron dos casos de cólera.
C. Se aplicaron 32,633 dosis de toxoide tetánico para completar esquemas en el segundo día nacional de vacunación y prevención del tétanos en lesionados, hospitalizados y albergados.
D. Se contó con 1,065 unidades de sangre total.
E. Se integra la unidad de vigilancia de desastres químicos con miembros del personal de accidentes y desastres bajo el control federal.
F. Se enfoca la problemática de salud con respecto a la exposición aguda y/o crónica por los hidrocarburos involucrados, hexano principalmente.
G. Sin embargo en las muestras que se obtuvieron de suelo y agua de la zona afectada se declaró la presencia de gasolina.
H. Los niveles de plomo en sangre se encontraron elevados en la cuarta parte de la población afectada (más de 20 microgramos/dl).
I. Se propuso a los Servicios de Salud del Estado realizar estudios de plomo en la población de las áreas afectadas y tratamiento a los menores con altos niveles.
J. Se considera la necesidad de el establecimiento del drenaje central y la vigilancia sanitaria permanente para evitar accidentes futuros.

VIII. ¿Cómo debe ser la respuesta sanitaria ante un Desastre?

A. Anticipada
B. Inmediata
C. Eficaz

IX. Conformación del Comité de Vigilancia Sanitaria



X. Definición de Areas

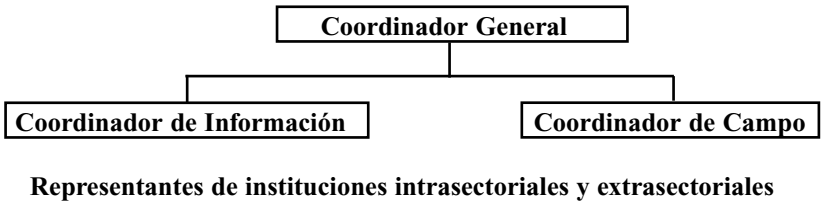
A. Objetivo: Conocer cuales son las más vulnerables o afectadas ante la amenaza o presencia de un suceso.

B. Funciones del Comité de Vigilancia Sanitaria:

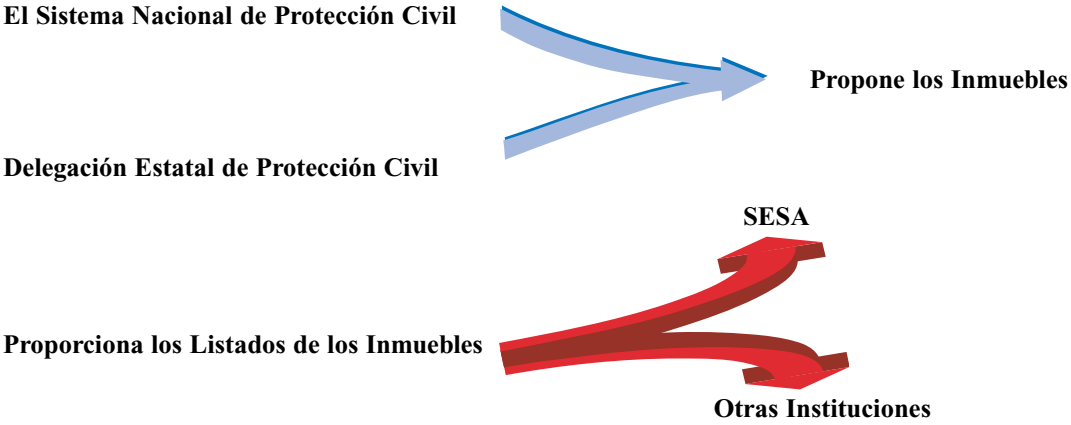
XI. Necesidades Operativas

A. Sesiones periódicas del Comité.
B. Asignación de funciones por institución.
C. Gestionar las necesidades para los planes de intervención.
D. Realizar seguimiento de los acuerdos.
E. Establecer posibles inmuebles como Centros Operativos.

XII. Conformación del Comité



XIII. Asignación de Refugios Temporales



XIV. Personal que apoyará al Responsable del Refugio:

A. De trabajo social
B. De salud
C. De alimentos
D. De vigilancia
E. De recreación
F. De asistencia psicológica

XV. Funciones del Encargado del Refugio:

A. Coordinar todas las actividades del refugio.
B. Dar a conocer el reglamento general del refugio.
C. Gestionar las necesidades que el grupo de apoyo requiera.
D. Vigilar el cumplimiento del reglamento.

XVI. Suministro de insumos y medicamentos

A. Objectivo:

1. Evitar que en los sitios de atención médica se presente desabasto, limitando la atención de la población afectada.
2. Integrar paquetes con medicamentos del cuadro básico.
3. Valorar el contenido de los mismos (incremento o decremento).
4. Establecer estrategias de abasto-reabasto.
5. Conocer diario el gasto por tipo de producto.

XVII. Líneas de Acción en las diferentes fases

A. Antes:

1. Elaborar el Programa y Planes de Intervención.
2. Establecer la Concertación y Coordinación con las instituciones intra y extrasectoriales.
3. Asignación de responsabilidades.
4. Capacitación al personal institucional.

B. Durante:

1. En la manera Atención Médica.

C. Después:

1. Asistencia médica
2. Evaluación de daños a la infraestructura de salud.
3. Vigilancia Epidemiológica.
4. Vigilancia Sanitaria.
5. Supervisión de funciones asignadas.
6. Compilación, tabulación y análisis de la información.
7. Información a la población y medios.

Derrames tóxicos en Venezuela

Coronel Glenn Mitchell, MC, USA
San Antonio, TX

Derrames tóxicos en Venezuela

Coronel Glenn Mitchell, MC, USA
San Antonio, TX

El Coronel Mitchell se desempeñó como Oficial Médico del Comando Sur de EE.UU. desde 1998 hasta 2000, luego de asistir al Colegio de Guerra del Ejército. Fue comandante de hospital y subcomandante de centro médico, y jefe del personal médico de las fuerzas de paz internacionales en el desierto de Sinaí. Es especialista en medicina de emergencias y medicina preventiva, y vicepresidente de medicina aerospacial en la junta estadounidense de medicina preventiva. Fue presidente y fundador del comité de desastres del Colegio Americano de Médicos de Emergencias, y actualmente integra la Fuerza de Tareas para Emergencias Internacionales. El Coronel Mitchell es miembro del Colegio Americano de Médicos de Emergencias y de la Asociación Médica Aerospacial. Es oficial médico senior del Comando Médico del Ejército de los EE.UU.

Resumen:
Los prestadores y ejecutivos médicos profundizarán sus conocimientos sobre el alcance de posibles exposiciones a sustancias tóxicas en situaciones de desastre que originalmente parecen benignas. Se demostrarán las implicancias del uso de etiquetas y formas de almacenamiento en condiciones inferiores a los estándares aplicables. Se profundizará el conocimiento sobre los esfuerzos internacionales necesarios a fin de hacer frente a situaciones tan complejas.

Objetivos:
- Considerar el alcance de la posible exposición a productos industriales tóxicos en situaciones de desastre, y describir las consideraciones mínimas necesarias para el adecuado planeamiento para tales contingencias.

Contenidos:
- El alcance del almacenamiento de productos químicos tóxicos.
- El desastre natural en Caracas, Venezuela, durante 1999-2000.
- La evolución del problema del derrame tóxico en el puerto cercano.
- La respuesta a la exposición real y potencial a sustancias tóxicas.
- Los esfuerzos internacionales para ayudar en las tareas de contención y limpieza.
- Implicancias para el planeamiento futuro en situaciones de emanación de productos químicos industriales tóxicos.

I. Objetivos

A. Demostrar la posibilidad de que una simple misión médica de carácter humanitario se convierta de pronto en una operación de mayor riesgo.
B. Considerar las opciones para manejar derrames imprevistos e inusuales de productos químicos, y la posible exposición a productos químicos industriales tóxicos.

II. Situación inicial

A. En el verano de 1999, Venezuela experimentó intensas lluvias, además de algunas inundaciones. A principios de diciembre, nuevas y fuertes lluvias provocaron avalanchas de barro en el norte del país hacia mediados del mes.
B. Estados Unidos, entre otros países, ofreció su ayuda.

III. Despliegue militar estadounidense

A. El Comando Sur de EE.UU. es responsable de las operaciones militares estadounidenses en América Latina y el Caribe.
B. Esfuerzos civiles paralelos a través de USAID, el Departamento de Estado, la OFDA y diversas ONGs / OPVs.
C. Se desarrollaron planes de acción para ayudar en situaciones de emergencia. Unidades de ingeniería destinadas a prestar asistencia para abrir caminos en puntos críticos.

IV. Evaluación inicial de los servicios de asistencia médica

A. Inundaciones en Venezuela – Diciembre de 1999
B. La situación – Las fuertes lluvias provocaron avalanchas y el desborde de ríos y arroyos en Venezuela, afectando especialmente a las zonas costeras, desde el estado de Anzoategui en el Este, hasta Zulia en la costa occidental. *(Vea la foto 1.)*
C. Las inundaciones en Venezuela.
   1. Alrededor de 30.000 muertos.
   2. 15.000 heridos. *(Vea la foto 2.)*
   3. 150.000 personas sin hogar. *(Vea la foto 3.)*
   4. Para poner las cosas en un contexto histórico, pueden haberse perdido 30.000 vidas: más del doble de las bajas estadounidenses durante la guerra de Corea.
D. Los desafíos
   1. El desastre golpeó una de las zonas más densamente pobladas de Venezuela.
   2. Venezuela no posee experiencia en el manejo de desastres de esta magnitud.
   3. Las líneas de comunicación han quedado cortadas; la única forma de evacuar a las víctimas y hacer llegar suministros a las zonas afectadas es por aire.
E. Enfermedades endémicas
   1. Diarrea
   2. Malaria
   3. Dengue
   4 Encefalitis
   5. Meningitis
F. Factores negativos previstos – Causas probables de aumento en el número de víctimas:
   1. Falta de agua potable. *(Vea la foto 4.)*
   2. Falta de condiciones sanitarias adecuadas.
   3. Contaminación de las fuentes de alimentos y agua.
   4. Hacinamiento de la población desplazada de sus hogares.
   5. Aguas estancadas en las que se crían mosquitos.
   6. Aumento de la cantidad de roedores.
G. Enfermedades que podrían empeorar a causa del desastre:
   1. Enfermedades contagiosas:
      a. Infecciones respiratorias
      b. Conjuntivitis

c. Enfermedades de la piel
d. Cólera
e. Hepatitis
f. Meningitis

2. Enfermedades transmitidas por vectores biológicos:
   a. Malaria *(Vea la foto 5.)*
   b. Dengue
   c. Encefalitis
3. Enfermedades zoonóticas:
   a. Leptopirosis
   b. Rabia

H. Acciones críticas.
1. Volver a abrir las vías de comunicación
   a. Evacuación
   b. Distribución
2. Responder a la "segunda ola"
   a. Falta de alimentos, agua, techo, seguridad *(Vea las fotos 6 y 7.)*
   b. El factor CNN
   c. Política
3. Prevenir brotes importantes de enfermedades

V. Desarrollar e iniciar la Fase II de la operación (60 días)

A. Acciones – Logística médica
1. 15 días:
   a. Salvar vidas
   b. Evaluar las necesidades
   c. Pedir suministros
   d. Recibir
   e. Almacenar
   f. Distribuir
   g. Rendición de cuentas
2. 60 días:
   a. Recibir *(Vea la foto 8.)*
   b. Almacenar
   c. Distribuir
   d. Rendición de cuentas

B. Acciones – Medicina preventiva
1. 15 días:
   a. Seguridad del agua y alimentos.
   b. Tasas de mortalidad y morbilidad anteriores a la tormenta.
   c. Lugares a dónde se trasladó la población afectada
   d. Establecer vigilancia
   e. Educación para la salud pública
   f. Dar prioridad a las amenazas sanitarias.
   g. Planificar respuesta
2. 60 días:
   a. Seguridad del agua y alimentos.
   b. Control de mosquitos
   c. Control de roedores
   d. Vigilancia
   e. Campaña de salud pública.
      1) Educación
      2) Vacunas (según necesidades)
   f. Ejecutar respuesta

VI. Planes en marcha

A. Comando, control, comunicación (3C).
B. Regulación médica y seguimiento de pacientes.
C. Servicios veterinarios
D. Servicios dentales
E. Servicios de laboratorio
F. Intervención psicológica
G. Conexiones con ONGs/OVPs (a través de OPS).

VII. Prioridades para la respuesta médica esta dounidense

A. Evaluación sanitaria inicial.
B. Necesidades sanitarias inmediatas.
    1. Medicamentos y suministros solicitados por HN.
C. SMART-PM Equipos de expertos en el tema.
D. Medicina preventiva.
    1. Medicamentos solicitados por HN (coordinado por OPS).
    2. Unidades de PM (en caso necesario)
        a. Saneamiento
        b. Epidemiología
E. Equipo de consultas psicológicas (si se solicitara).

VIII. Cronograma inicial

A. Diciembre 16-18, 1999 – fuertes avalanchas de barro en la zona de Caracas.
B. Diciembre 18, 1999 – se solicita oficialmente la ayuda de los Estados Unidos.
C. Diciembre 19, 1999 – respuesta fundamental de las fuerzas JTF – Se instalan en el aeropuerto de Maiquetia.
D. Diciembre 20, 1999 – llegan los primeros suministros provenientes de los Estados Unidos.
E. Diciembre 21, 1999 – comienzan a funcionar las primeras plantas de agua estadounidenses.
F. Diciembre 26, 1999 – visita del Comando Sur.
G. Diciembre 28, 1999 – primeros informes sobre problemas médicos observados en saqueadores en La Guaira.

IX. Zonas críticas

A. La Guaira
B. Zona del Puerto de La Guaira *(Vea la foto 9.)*

X. Productos químicos en la zona del puerto

A. Permanganato de potasio
B. Pequeños trozos de nitrocelulosa
C. Ácido sulfúrico
D. Ácido clórico
E. CFCs
F. Acetona
G. Mercurio (probablemente metálico)

XI. Análisis de riesgo

A. Agentes
    1. Fosgeno (generado)
    2. Metil-mercurio
    3. Incendio / explosión
    4. Exposición
    5. Nubes de ácido concentrado

B. Efectos
   1. Daños respiratorios
   2. Daños a los ojos / la piel
   3. Depresión del sistema nervioso central
   4. Toxicidad a largo plazo
   5. Peligros físicos

XII. Opciones de protección

A. Reducción del peligro.
   1. Dispersión de productos químicos.
   2. Supresión de incendios.
B. Evacuación de la zona de peligro *(Vea la foto 10.)*
   1. Residentes
   2. Tropas estadounidenses
   3. Aeropuerto internacional
C. Equipos de protección personal *(Vea la foto 11.)*
   1. Equipo militar de protección para la guerra química
   2. Equipos comerciales

XIII. Vigilancia médica

A. Monitoreo
   1. Exposición en el lugar
   2. Emanaciones tóxicas en la zona del puerto
B. Estudios previos y posteriores
C. Muestras de suero
D. Análisis completos para las personas expuestas

XIV. Las lecciones aprendidas

A. El equipamiento militar debe concentrarse en los peligros identificados.
B. La tecnología comercial estándar es compleja pero útil.
C. Para dar una respuesta efectiva se necesita todo el equipo (militar, civil e internacional).
D. Llegar a tiempo sigue siendo lo más importante (suponiendo que las comunicaciones estén funcionando bien).

XV. *“En el momento de la ejecución, todos los planes previos se tornan obsoletos”.*

Foto 1.

Foto 2.

Foto 3.

Foto 4.

Foto 5.

Foto 6.

Foto 7.

Foto 8.

Foto 9.

Foto 10.

Foto 11.

Programas de capacitación para trauma y desastres; experiencias de ayuda en situaciones de desastre

Gral de Brig. MC Rafael Santana
Ejército y la Fuerza Aérea de México
México DF, México

Programas de capacitación para trauma y desastres; experiencias de ayuda en situaciones de desastre

Gral de Brig. MC Rafael Santana
Oficial Médico Segundo
Ciudad de México, México

El Dr. Rafael Santana-Mondragón, Oficial Médico Segundo del Ejército y la Fuerza Aérea de México, se encuentra a cargo de la asistencia médica inicial en caso de desastres naturales, en colaboración con otros organismos federales y gubernamentales de México. Su experiencia en este campo incluye su intervención personal en situaciones de desastre en México, América Central y Venezuela durante los últimos cinco años.

Resumen:
En caso de desastre natural, las autoridades civiles solicitan una respuesta militar que incluye asistencia sanitaria. El orador explicará las modalidades que dicha respuesta adopta en países en situaciones de subdesarrollo, en base a su experiencia de los últimos cinco años en hechos ocurridos en México, América Central y parte de América del Sur. Explicará la forma en que se integraron los equipos médicos, los problemas que enfrentaron y la forma en que los resolvieron. Explicará asimismo la forma en que coordinan sus esfuerzos con otros organismos federales y gubernamentales. Las modalidades de esta asistencia y actuaciones son completamente distintas de las que tienen lugar en los países desarrollados.

Objetivos:
- Describir la forma en que los equipos médicos del Ejército Mexicano responden en situaciones de desastre para apoyar los esfuerzos de las autoridades civiles.
- Comparar las diferencias en dichas respuestas en países desarrollados y subdesarrollados.
- Considerar la forma en que los distintos organismos de gobierno y otros brindan apoyo a la población civil en México, en caso de desastres naturales.

Contenidos:
- Asistencia a la población civil en México.
  - Marco histórico.
  - El Plan DN-III-E.
- Los equipos médicos del ejército mexicano que brindan asistencia en caso de desastres naturales.
  - La forma en que se integran.
  - La forma en que se capacitan.
  - Colaboración con otras organizaciones.
- Experiencias en la organización y operación de respuestas ante situaciones de desastre.
  - Hechos ocurridos en México.
  - Hechos ocurridos en otros países.
- Fuerza de tareas (FRACD) que brinda asistencia en situaciones de desastre.

I. Respuesta Militar en apoyo a la población civil en casos de desastre

A. A solicitud y en coordinación con la autoridad civil correspondiente
B. Entrenamiento
C. Experiencias

II. Objetivos

A. Seremos capaces de discutir la forma como diferentes estructuras gubernamentales y otros sectores de México, apoyan a la población civil en casos de desastre
B. Podremos describir la forma en que los grupos médicos de la SEDENA, actúan en casos de desastre en apoyo a las autoridades civiles
C. Podremos inferir las diferencias en las respuestas si las emergencias se presentan en un país desarrollado o en uno en vías de desarrollo.

III. Desarrollo de la exposición:

A. Antecedentes históricos
   1. El plan DN-III-E
B. Integración de los equipos Médicos
   1. Su entrenamiento
   2. Su interacciónconotras organizaciones o equipos.
C. Experiencias en la respuesta ante los desastres
   1. En México
   2. En Países amigos
   3. Las llamadas FACD

IV. Principios Basicos

A. Evaluar los riesgos para adoptar una política de reducción de prevención de desastres.
B. Prevenir y prepararse ante Desastres.
C. La prevención de desastres debe integrarse a la política de planificación y de desarrollo.
D. Es prioritario consolidar la prevención y atención de desastres.
E. La alerta temprana de un desastre es clave para prevenirlo.
F. La prevención es más eficaz si participan todas las comunidades e instituciones de todos los niveles.
G. La sociedad debe reconocer y estudiar su convivencia con los riesgos y tomar medidas preventivas.
H. A todos nos afectan los desastres.
I. Los pobres y las grandes concentraciones urbanas están más expuestos a los desastres.
J. El desarrollo sostenible reduce la vulnerabilidad a los desastres.
K. Reducir los efectos de los desastres naturales incrementaría la estabilidad social.
L. Es mejor prevenir desastres que reaccionar ante ellos.
M. La vulnerabilidad puede reducirse mediante educación y capacitación.
N. La tecnología para prevenir y reducir desastres debería suministrarse libremente.
O. La protección del medio ambiente es esencial en la prevención.
P. Es la responsabilidad de cada país la protección de la población y de la comunidad internacional el cooperar con ello. “Conferencia mundial sobre la reduccion de desastres” Mayo 1994, Yokohama, Japan

V. Plan DN-III-E

A. Antecedentes históricos:
   1. En mayo de 1966, ocurrió un desbordamiento en el río Pánuco que provocó daños graves en Veracruz y Tamaulipas. Se evidenció la falta de organización para prestar apoyo a la población civil ante la presencia de un desastre. El Gobierno de la República le ordenó a la Secretaría de la Defensa Nacional, elaborar un plan de ayuda.

2. Se actualizó en febrero de 1972 y en 1985. Se le concibe más como un procedimiento sistemático de operar que como un plan y se le incluye en el sistema Nacional de Protección civil, como la aportación a éste por parte de la Secretaría de la Defensa Nacional
3. En otras revisiones y actualizaciones, se ha propuesto el cambiarle de nombre, pero ante la gran aceptación e identificación por parte de las autoridades y la población civil, se ha continuado con esta denominación.

B. Aceptación - Familiaridad

C. Eventos que le han conformado:
1. 1985: Sismo en la ciudad de México D.F.
2. 1995: Sismo en Colima y Jalisco
3. 1997: Huracán Paulina Costas de Oaxaca y Guerrero. Acapulco
4. 1998: Huracán Isis
5. 1998: Lluvias en la franja costera de Chiapas
6. 1998: Múltiples Incendios forestales
7. 1999:Lluvias e inundaciones e Oaxaca, Hidalgo, Puebla, Veracruz y Tabasco.
8. 2000: Inundaciones en Chalco e Iztapaluca (zona conurbada vecina al D.F.)
9. 2000: Erupciona "El Popo"
10. Participaciones en naciones amigas: Colombia, Honduras, Nicaragua, Venezuela, El Salvador)

D. Definición, propósitos, alcances.
1. Auxilio a la poblacion civil den casos de desastre.
2. El Ejército y la Fuerza Aérea mexicanos, ayudan a la población civil con el fin de preservar a las personas, a sus bienes y al entorno ecológico.

VI. Desastre

A. Pérdida de los integrantes de la sociedad, de la infraestructura de la comunidad, de su entorno.

B. Desajuste de la estructura social que impide sus actividades esenciales y afecta su subsistencia

C. Fenómeno natural o provocado por seres humanos. (muchas veces se imbrican ambas causas)

D. No todas las manifestaciones violentas de la naturaleza, como los terremotos, los huracanes o las erupciones volcánicas, se convierten necesariamente en desastres. De la misma manera, cuando ocurre un desastre, éste no siempre es resultado exclusivo de la amenaza natural por si sola, sino en conjunto con lo que hacen los seres humanos, o lo que no hacen; por lo general es un factor clave.

E. Aún los desastres pequeños si no son manejados adecuadamente, con facilidades para la comunicación, transportes, evacuación y otras ayudas logísticas, rápidamente se pueden convertir en desastres mayores. *(Vea la foto 1.)*

VII. Círculos viciosos

A. Pobreza

B. Ignorancia

C. Corrupción

VIII. Fases de las acciones

A. Prevención: (El Popo)

B. Auxilio (Evaluación) *(Vea la foto 2.)*

C. Recuperación: Entrega de las responsabilidades a las autoridades civiles. *(Vea la foto 3.)*

IX. Participantes

A. Recursos humanos

B. Recursos materiales

C. Informacion

D. Operaciones

E. Planes

F. Juridico
G. Transmisiones
H. Informatica
I. Ingenieros
J. Materiales de guerra
K. Sanidad
L. Intendencia
M. Fuerza aerea

X. Fase planeacion asesora a las autoridades civiles en:

A. Seguridad
B. Busqueda, rescate y evacuacion.
C. Primeros auxilios y asistencia medica.
D. Ubicación de albergues.
E. Remocion de escombros.
F. Disposicion de explosivos.
G. Distribucion de alimentos.
H. Mantenimiento de ley y orden.
I. Enlaces y comunicaciones.
J. Concentracion de recursos.
K. Evaluacion e informe de daños.

XI. Ayuda a la poblacion civil en casos de desastre

A. Cordinacion
B. Existe un “Sistema nacional de protectcion civil”.

XII. Coordinación entre agencias.

A. Sucesos geológicos
B. Coordinación con:
   1. SCT (puentes y aeropuertos)
   2. SEMARNAP (presas y canales de agua)
   3. PEMEX y CFE (electricidad hidrológica y térmica)
C. Suceso meteorológicos (SEMARNAP)
D. Sucesos químicos (SECOFI, SEMARNAP, SCT)
E. Sucesos de salud (SRIA. DE SALUD)
F. Sucesos socials (SEGOB)

XIII. Equipos Medicos

A. Acude inicialmente a la zona de desastre un equipo integrado por:
   1. Un médico comandante
   2. Un grupo de comando
   3. Cinco células que constan de un médico, un odontólogo, dos oficiales enfermera(o)s, dos de tropa asistentes de enfermería.
   4. Si la severidad del problema o la extensión del área lo ameritan, salen múltiplos de éste.

XIV. Desastres

A. En relación a la ayuda médica la respuesta excesiva al desastre, desgasta los recursos de valor (personal y material), mientras que una respuesta insuficiente aumenta la morbimortalidad.

XV. Ayuda médica

A. Específica.
B. Rápida.
C. Donde se requiera.
D. Equilibrada.
E. Eficiente.

XVI. Plan DN-III-E Interacciones

A. Asesora a las autoridades civiles en:
   1. Seguridad
   2. Búsqueda, rescate y evacuación
   3. Primeros auxilios y asistencia médica
   4. Ubicación de albergues
   5. Remoción de escombros
   6. Disposición de explosivos
   7. Distribución de alimentos
   8. Mantenimiento de ley y orden
   9. Enlaces y comunicaciones
   10. Concentración de recursos
   11. Evaluación e informe de daños
   12. Contribuye a la reparación inicial de daños

XVII. Respuesta medica

A. Etapa inicial
   1. El área del desastre puede estar lejana a las fuentes de ayuda, o bien, ser de difícil acceso con cierta peligrosidad impuesta por el desastre mismo, provocando retrasos en la movilización eficiente del personal médico y de rescate.
B. Etapa I
   1. Usualmente la asistencia médica en los minutos críticos después del desastre, es de primeros auxilios y la proporcionan los sobrevivientes o las víctimas con heridas leves pero es poco efectiva.
C. Etapa II. Evaluacion
   1. Precisar la naturaleza y extensión.
   2. Dar seguridad.
   3. Analizar el riesgo asociado en el rescate de las víctimas.
   4. Identificar y resolver las secuelas y riesgos creados (extinguir incendios, etc.)
D. Personal medico
   1. Medidas para precisar el número de víctimas.
   2. Valoración y triage
   3. Tratamiento y reanimación inicial
   4. Especificar los recursos médicos necesarios para la atención inmediata
   5. Proponer y materializar la evacuación
   6. Valorar los recursos médicos y hospitalarios para el manejo definitivo.
E. Manejo de la repuesta médica y cuidado
   1. Tratamiento y cuidados definitivos.
   2. Cadena activa de evacuación
   3. Vacunaciones
   4. Prevención y control de plagas.
   5. Reabastecimiento efectivo.

XVIII. Adiestramiento

A. Los integrantes de los equipos (Médicos, odontólogos, enfermeras, ayudantes) provienen de escuelas de formación donde:
   1. Han efectuado cursos para la atención eficiente del trauma (ATLS, PHTLS, RCP, etc.) y han cursado materias de "Protección a la población civil"
   2. Han trabajado en conjunto
   3. Han asistido a múltiples actividades de labor social

XIX. Independientemente de la coordinación intersectorial, por parte de las Fuerzas Armadas, se convive y se integra el trabajo con:

A. Ingenieros
B. Intendencia (Proporciona alimentación con "raciones calientes")
C. Trasmisiones
D. Policía Militar: Binomios entrenados en búsqueda y rescate.

XX. Experiencias

A. En Mexico y en naciones amigas
B. Auxilio a la Población Civil
   1995-1999

	1995	1996	1997	1998	1999
Plan DN-III-E a nivel nacional	4	1	2	3	5
Participantes	837	148	972	508	508
Evacuaciones	9083	498	1200	2000	750
Consultas Médicas y Odontológicas	24,036	922	20,090	49,567	10,726
Curaciones	2324	98	2,122	2,602	600
Cirugías	24	3	6	0	0

C. Activación del plan nacional DN-III-E
   1. Inundación del canal Chaico. 3-26 Junio. Estado de México (Zona metropolitana de México DF)
   2. Inundaciones: 13 de Junio al 5 de Julio: Tabasco.
   3. Huracán Keith 27 de Septiembre al 21 de Octubre: Quintana Roo, S.L.P., Tabasco,Tamaulipas, Veracruz.
   4. Volcán Popocatepeti en actividad: 16-27 Diciembre: Morelos, Puebla.
D. Participación en naciones amigas
   1. Se utilizan los mismos procedimientos empleados en México
   2. Resultados: SATISFACTORIOS
E. Participación con el Plan DN-III-E en desastres en países hermanos
   1. 1996: Nicaragua y Costa Rica
   2. 1998: Honduras, Nicaragua, Guatemala, Bolivia
   3. 1999: Colombia, Venezuela.

XXI. Fuerza de apoyo para casos de desastre *(Vea las fotos 5-14)*

A. Participamos como somos
B. Con nuestra experiencia
C. Identificación
D. Solidaridad

Foto 1.

Foto 2.

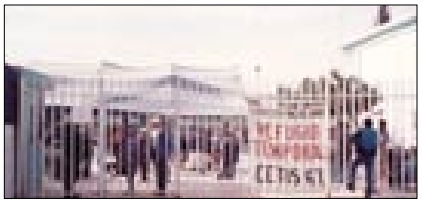


Foto 3.

Foto 4.

Foto 5.

Foto 6.

Foto 7.

Foto 8.

Foto 9.

Foto 10.

Foto 11.

Foto 12.

Foto 13.

Foto 14.

Programa para Especialistas en Salud Internacional de la Fuerza Aérea de Estados Unidos

Brigadier General Dan Locker,
Grupo Médico 81°
Keesler AFB, MS

Programa para Especialistas en Salud Internacional de la Fuerza Aérea de Estados Unidos

Brigadier General Dan Locker, Fuerza Aérea de EEUU, MC, CFS

Comandante, Grupo Médico 81°
Representante Principal, Región Servicios Sanitarios DoD

El Brigadier General Locker es el Representante Principal de TRICARE DoD Región IV, y Comandante del Centro Médico Kessler, un centro de derivación terciaria con cinco programas GME. Es responsable de supervisar los servicios médicos que se prestan a más de 600.000 beneficiarios en la Costa del Golfo, a través de atención directa y atención contratada, con un costo anual de más de cincuenta y ocho millones de dólares. Es responsable de la coordinación de la respuesta en situaciones de desastre del Sistema Médico Nacional de Desastres para la región central del Golfo. Especializado en cirugía general, el Brigadier General Locker jugó un papel fundamental en el diseño e implementación de los Equipos de Cirugía Ambulante Aerotransportada de respuesta rápida (F.A.S.T.) y en la expansión del concepto de equipo de respuesta modular. Participa activamente en la preparación/planeamiento para situaciones de desastre y protección de tropas de la Fuerza Aérea.

Resumen:

El Programa para Especialistas en Salud Internacional (IHS) de la Fuerza Aérea de Estados Unidos se estableció en el año 2000 como programa asociado al Programa de Oficiales de Extranjería de dicho cuerpo. El personal de IHS debe manejar con fluidez un idioma y cultura distintos del inglés / EE.UU., y debe conocer los aspectos políticos / militares / económicos / médicos del país y región de su especialidad. El personal de IHS es asignado para brindar soporte a los oficiales médicos de comando unificado en los aspectos sanitarios del “Theater Engagement Plan”.

Objetivos:

- Escribir las metas del Programa para Especialistas en Salud Internacional.
- Enumerar los distintos roles del personal en los aspectos sanitarios del Theater Engagement Plan.
- Explicar los beneficios recíprocos de asociarse con colegios médicos militares internacionales.

Contenido:

- Antecedentes.
  - Política y doctrina médica de la Fuerza Aérea de EE.UU.
  - Evolución del tempo operativo aumentado (OPTEMPO) para las operaciones militares en situaciones de no combate (MOOTW).
- Concepto de operaciones.
  - Soporte para los oficiales médicos CINC - Theater Engagement Plan.
  - Familiarizarse con coaliciones conjuntas, organizaciones internacionales, y operaciones / colaboración civil y militar.
- Estructura:
  - Equipos asignados a las áreas de responsabilidad.
    - Supervisión del Cuartel General.
    - Conexión con la totalidad de la fuerza.
  - Componente servicio activo.
  - Componente de guardia.
  - Componente de reserva.
    - Representantes de la escuela.
- Criterio y alcances de la capacitación.
  - Disponibilidad para la asignación.
    - Calificaciones en campo médico primario.
    - Manejo de idioma extranjero / aptitud.
    - Experiencia conjunta / internacional.
  - Capacitación.
    - Cultura e idioma.
    - Conjunta / interagencias.
    - Maestría en Salud Pública / Estudios Internacionales.

I. Generalidades

A. Doctrina y visión conjunta de la Fuerza Aérea (FA)
B. Misión y visión del Servicio Médico de la FA (AFMS, por sus siglas en inglés)
C. Programa para Especialistas en Salud Internacional (IHS, por sus siglas en inglés)
   1. Diseñado sobre la base del Programa de Oficiales de Extranjería de la FA
   2. Nueva competencia central para el AFMS
   3. Asociación del IHS con USUHS – USU como epicentro de tres servicios y base académica
D. El Futuro

II. Doctrina de la FA

A. Empeñamiento en tiempos de paz y respuesta en situaciones de crisis
   1. Ayuda humanitaria y asistencia en caso de desastres
   2. Operaciones de antidroga y antiterrorismo
   3. Operaciones de rescate y de evacuación en casos en situaciones de no combate
B. Disuasión y operaciones de contingencia
   1. Ocupación aérea (por ej., OSW, ONW)
   2. Demostración de fuerza (equipos AEW de guardia)
   3. Ingreso forzoso, incursiones, coerción
C. Operaciones para ganar guerras
   1. Destrucción, perturbación y despliegue de recursos militares
   2. Mantenimiento, Operaciones de inteligencia

III. Visión del AFMS

A. Estrategia de seguridad nacional
   1. Ampliar la seguridad
   2. Reforzar la prosperidad económica de EE.UU.
   3. Fomentar la democracia en el extranjero
B. Estrategia militar nacional
   1. Formar
   2. Responder
   3. Preparar
C. Visión estratégica de la FA
   1. Vigilancia internacional
   2. Alcance
   3. Poder

IV. Estrategia del AFMS

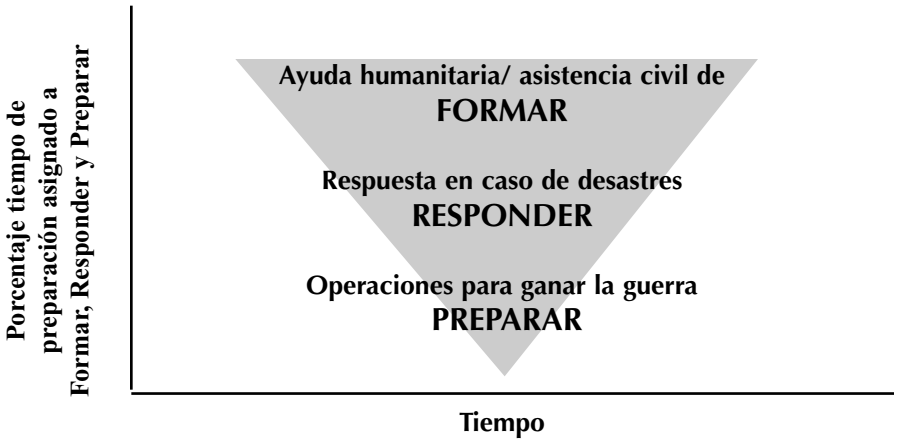
A. Garantizar la preparación médica
B. Crear comunidades saludables
C. Iniciativas estratégicas
   1. Preparación médica
   2. Empleo de TRICARE
   3. Fuerza adaptada
   4. Creación de comunidades saludables
D. Tareas operacionales (competencia central de AFMS)
   1. Brindar servicios médicos a los miembros de las fuerzas que emplea
   2. Operar un sistema de salud administrado
   3. Evitar enfermedades y fomentar la salud y la aptitud física
   4. Maximizar la salud, la seguridad y el desempeño
   5. Brindar un ambiente sanitario sensible y receptivo

V. Nuevas competencias centrales del AFMS

A. Los conocimientos y las aptitudes del Especialista Internacional en Salud facilitarán
   1. Los servicios médicos en el ámbito mundial
   2. La participación de los servicios médicos de las fuerzas armadas en todo el espectro de las interacciones nacionales e internacionales
   3. La generación de coaliciones mediante asociaciones y capacitación

B. Plataformas tradicionales relativas a la preparación

C. Especialista Internacional en Salud



D. Sinergia entre el Especialista Internacional en Salud y el sistema tradicional de preparación

E. Resulto
   1. Formar *(Vea la foto 1.)*
      a. Vigilancia
      b. Ayuda humanitaria y asistencia civil.
   2. Responder *(Vea las fotos 2-5.)*
      a. Alcanzar
      b. Respuesta en caso de desastre.
   3. Preparar *(Vea las fotos 6 y 7.)*
      a. Poder
      b. Operaciones para ganar guerras.

VI. Actividades del AFMS

A. Preparación médica
   1. Prestar apoyo operativo a tres áreas funcionales de importancia
      a. Operaciones para ganar guerras
      b. Ayuda humanitaria y asistencia civil
      c. Respuesta en caso de desastres
B. Atención de la salud en tiempos de paz
   1. Brindar a nuestros beneficiarios servicios de salud de forma coherente con las normas fiscales
   2. Garantizar y mejorar la salud y aptitud física de nuestros beneficiarios a través de la creación de comunidades saludables

VII. Especialista Internacional en Salud: Su lugar

VIII. Asistente médico militar como "punta de lanza" *Apoyando la democracia mediante misione médcas*

A. Primer grupo de las fuerzas armadas estadounidenses en Nicaragua en 17 años:
   1. Junio de 1996: Pediatría
   2. Julio de 1997: Establecimiento de un laboratorio de microbiología
   3. Agosto de 1998: Oftalmología
   4. Verano de 2000: Pediatría de especialidades múltiples / medicina
B. Apoyo militar (HUMRO) luego del huracán Mitch. Restablecimiento de ralciones entre fuerzas armadas.
C. Educación y salud pública en la ex Unión Soviética
D. MEDFLAGs a Africa

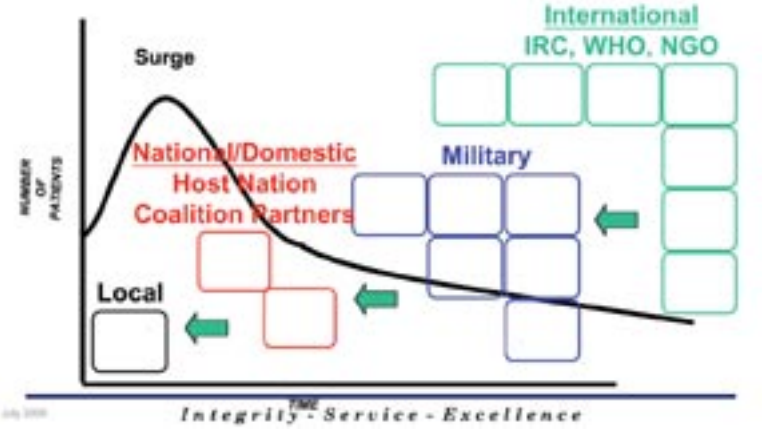
IX. Misiones médicas de ayuda humanitarias: creando puentes internacionales

A. Alta demanda en todo el mundo
B. Ejemplo SOUTHCOM:
   1. 72 misiones de Ejercicios de Entrenamiento en Preparación médica (MEDRETE, en inglés) a Latinoamérica desde 1994 *(Vea la foto 8.)*
      a. 20 en 1998
      b. 16 en 1999
   2. Más de 180.000 pacientes atendidos
   3. Más de 4.800 procedimientos quirúrgicos
   4. Capacitación de más de 400 asistentes médicos militares y para los tres servicios.

X. AFMS Herramientas médicas de respuesta en caso de desastres.

A. CCATT, ECCT, MFST, EMEDS, herramientas únicas
B. SPEARR – "equipo de fuerza" de respuesta en caso de desastres
C. Otros equipos "menores", como los MOST, se encuentran en su etapa de desarrollo y maduración
D. Necesidad de recursos de medicina, enfermería y salud pública
E. Los cursos de preparación médica se imparten a los asistente médicos militares de las fuerzas "Joint", "Total", y "Coalition Nation".

XI. La respuesta en caso de desastres debe ser una actividad de coalición internacional, escalonada y adaptada a las circunstancias.



XII. Equipo aeromédico portátil de respuesta rápida para expediciones (SPEARR)

A. Posibilidad de desplegarlo dentro de un plazo de dos horas *(Vea la foto 9.)*
B. Flexible, de gran movilidad (una paleta) *(Vea la foto 10.)*
   1. Posibilidad de cargarlo mediante una eslinga (no se encuentra conectado a un montacargas)
C. Espectro de usos relativamente amplio
   1. Evaluación médica inicial del desastre
   2. Medicina de atención primaria/ aérea/ de emergencia
   3. Procedimientos quirúrgicos de emergencia (generales/ ortopédicos)
   4. Atención de estados críticos/ preparación para transporte

XIII. Capacidades de SPEARR, EMEDS y AFTH

Time Phased Patient Responsiveness

	SPEARR	EMEDS	+10	+25
		•Robust Primary Care •Disaster Response	•Prevention •Primary Care •Acute Intervention	•Core Infrastructure for Specialty Sets
PERSONNEL	10	25	56	87
PALLETS	1 (Trailer)	8	14*	20*
BEDS	3**	4**	10	25
PAR	500	500-2000	2000-3000	3000-5000
MAJOR TRAUMA SURGERIES	10 or 20 in 48 hrs	10 or 20 in 48 hrs	10 or 20 in 48 hrs	20 or 40 in 48 hrs
NON-OPERATIVE RESUSCITATIONS				

Add Specialty Sets

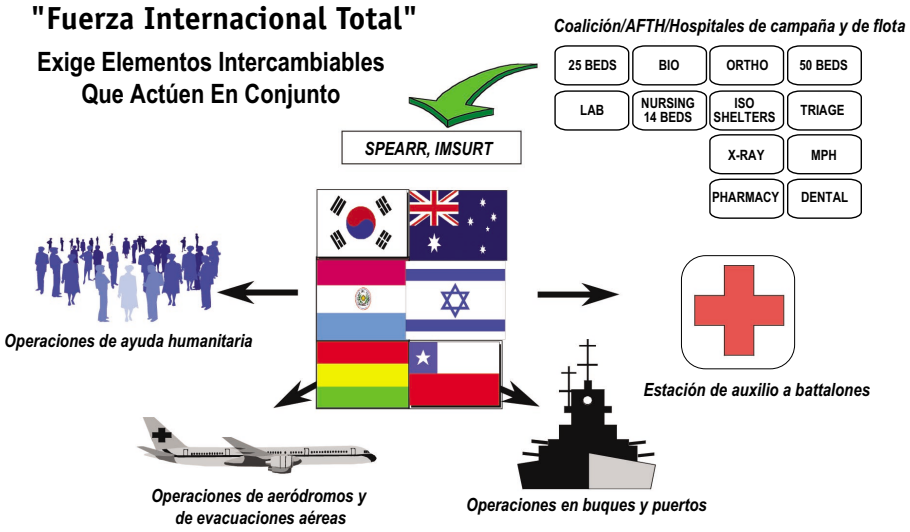
XIV. Enfoque modular: SPEARR/EMEDS/AFTH

XV. Operaciones militares conjuntas – Cambio de enfoque – Aumento de la velocidad

A. 1949 - 1989: 40 years 10 Joint Deployments *(Vea la foto 11.)*

B. 1989 - 1999: 10 years 40 Joint Deployment *(Vea la foto 12.)*

XVI. Múltiples funciones de apoyo Operaciones médicas internacionales



XVII. Educación en el ámbito internacional: fomento de la respuesta en la esfera regional y generación de posibles socios o aliados

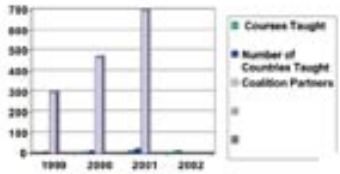
XVIII. Programa Internacional de Salud en casos de Desastre o Trauma del AFMS

A. Curso: Curso de liderazgo en respuesta en casos de desastre en el ámbito regional y manejo de traumas
B. Primer curso electrónico de Capacitación y Entrenamiento Militar (IMET, por sus siglas en inglés) formal, setiembre de 1999
C. Curso de seis días de "Capacitación para instructores"
D. Dictado por diez docentes del Equipo Estadounidense de Educación Itinerante
   1. Tres servicios, Total Force, oficiales y conscriptos
   2. Todos con capacitación en manejo de traumas y respuesta en caso de desastres
E. 30-42 alumnos por curso
F. Más del 14% del ámbito internacional habrá recibido capacitación al cierre del año 2001
   1. 17 países de los 120 que son aptos para recibir la capacitación
   2. 14 países programados para el año 2002-03-22

XIX. Curso de liderazgo en respuesta a casos de desastre en el ámbito regional y el manejo de traumas

A. Generalidades del curso
   1. Programa
      a. 76 sesiones de capacitación
      b. Teoría y ejercicios prácticos en campo
      c. Casos de campos de refugiados, de sitios en que se suscitaron desastres, laboratorio modelo
      d. Laboratorio animado con procedimientos básicos para emergencias y técnicas quirúrgicas de avanzada
   2. Amplios recursos en materia de traducción
      a. Interpretación simultánea
      b. Programa de estudios traducido al idioma del país
   3. El público a que se dirige está formado por prestadores de servicios de salud, cirujanos, médicos de salas de emergencias, enfermeras, prestadores de servicios de salud pública, especialistas en planeamiento médico.
   4. Enfasis en la participación en la esfera regional y en el programa de capacitación de instructores.
B. Participación internacional
   1. Nivel básico y avanzado
   2. Desastre / trauma
   3. Sesiones de desarrollo de aptitudes
C. Trabajo en equipos conjuntos
D. Servicio conjunto

XX. Medición de los resultados del curso



A. Se brindó capacitación a 17 países en 22 meses
B. Se capacitaron 700 miembros de la coalición
C. Todos los países anfitriones solicitaron que se repitan los cursos
D. Se evaluaron 10 países en materia de atención de la salud en casos de desastre / trauma
E. Aumento del 20-30% en los puntajes de los exámenes (pre y post examen)
F. Los países anfitriones dictaron 5 cursos relativos al tema de traumas y desastres
G. Más de 100 personas capacitadas para actuar como agentes de respuesta inicial en caso de desastres (autoauxilio y atención de compañeros)
H. Centro Africano de Estabilización para casos de Trauma.

XXI. Posibilidad de despliegue de las acciones de respuesta en caso de desastres Resumen de los objetivos del curso

A. Desarrollar las aptitudes e intercambios entre los miembros de la coalición – Interoperabilidad.
B. Generar una doctrina de la coalición aplicable a la respuesta brindada por los servicios médicos-Acceso
C. Utilizar y compartir los cursos de capacitación ya existentes – Buena predisposición.
D. Ejercer la capacidad de respuesta en el ámbito regional
E. Celebrar acuerdos a fin de lograr una “Coalición para la salud”.
F. Prioridad de EUCOM CINC
   1. “Cooperación en materia de defensa”, que implica trabajo y capacitación conjunta, en lugar de “Asistencia en materia de seguridad” que implica demostrar a terceros cómo hacer las cosas
G. Prioridad PACOM –CINC
   1. “Generar una coalición de miembros competentes”.

XXII. Asistentes médicos con participación internacional Programa para Especialistas en Salud Internacional

A. Iniciativa del Jefe de Salud de la FA
   1. Asociación con el Programa de la FA para Oficiales de Extranjería
B. Asistentes médicos capacitados en áreas de responsabilidad específicas
   1. Cultura
   2. Idioma
   3. Cuestiones políticas y militares
   4. Planeamientos de servicios médicos

XXIII. Programa para Especialistas en Salud Internacional de la Fuerza Aérea – Apoyo a las Comandancias Unificadas

A. Diseñado en base al Programa de Oficiales de Extranjería de la FA
B. Líderes en materia de preparación médica de la Total Force, con concentración en el ámbito regional.
C. Los asistentes médicos son la “punta de lanza” del sistema de preparación internacional
D. Brinda apoyo al sistema logístico de la Visión Conjunta 2010
E. Maximiza la interacción entre las fuerzas armadas de los países participantes y entre aquéllas y la población civil
F. Amplía la protección de la fuerza médica
G. Da apoyo a la iniciativa de la CSAF que tiene por objeto que el 10% de los oficiales de la Fuerza Aérea tengan un sólido conocimiento de un segundo idioma para el año 2005.

XXIV. Criterios relativos al Programa para Especialistas en Salud Internacional

A. Capacitados en trabajos de atención primaria de la salud
B. Capacitación profesional en el sector militar, con estabilidad, posibilidad de ascensos y de experiencia internacional
C. Experiencia cultural en regions específicas.
D. Conocimientos sólidos del idioma extranjero
E. Capacitación académica
   1. Cursos de grado y de perfeccionamiento en idiomas, estudios internacionales y temas médicos específicos de una región determinada
   2. Familiarización con los diferentes organismos en la esfera regional

XXV. Programa para Especialistas en Salud Internacional – Etapa inicial

A. Introducción al programa IHS "Al Principio"
B. Escuela técnica
C. Educación militar universitaria básica / de posgrado / profesional
D. Academia de la Fuerza Aérea
E. Programas de capacitación para profesionales de la salud
   1. USUHS – Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería, cursos cortos
   2. HPSP, cursos de capacitación y orientación de oficiales
   3. Facultad de Medicina Aerospacial de la Fuerza Aérea (USAFSAM), Universidad Aeronáutica (Air University)

XXVI. Idiomas de los candidatos del Programa para Especialistas en Salud Internacional – (36 Idiomas en total)

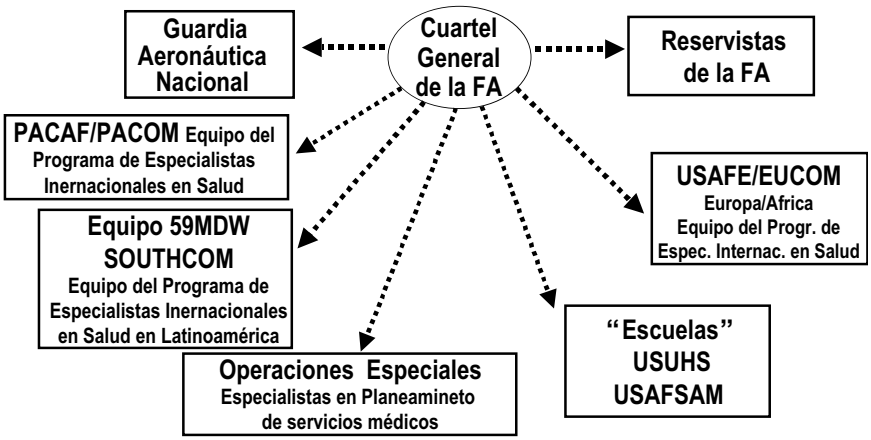
African	1	Hebrew	2	Mandarin	5
Arabic	5	Hindi	1	Norwegian	1
Armenian	1	Hungarian	3	Polish	1
Cambodian	1	Ilocano	1	Portuguese	10
Cantonese	2	Indonesian	1	Romanian	1
Chinese	1	Italian	21	Russian	8
Danish	2	Japanese	10	Spanish	125
Farsi	1	Korean	8	Tagalog	6
Finnish	1	Lao	1	Thai	3
French	49	Lithuanian	1	Turkish	4
German	62	Luganda	1	Ukrainian	2
Greek	3	Luxembourgais	1	Vietnamese	7

XXVII. Personal del Programa para Especialistas en Salud Internacional

Puestos del Equipo del Programa para Especialistas en Salud Internacional

Base de datos del Programa para Especialistas en Salud Internacional. Objetivo de la misión de capacitación de especialistas: 10% del AFMS

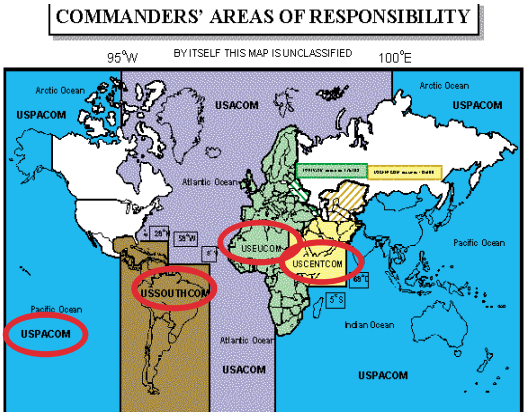
XXVIII. Organigrama al año 2001



* Los equipos de Total Force aumentarán e interactuarán con el Programa de Especialistas Internacionales

XXIX. Asistentes médicos con participación internacional

A. Códigos de tipo de unidad para cada Equipo de Especialistas Internacionales
B. Titulo de identificador especializado – se han conferido 77
C. Se han programado 4 Equipos de Especialistas Internacionales para el año 2002
   1. Europa y Africa (EUCOM)
   2. Latinoamérica (SOUTHCOM)
   3. Oriente Medio, Africa Oriental, Sudeste Asiático (CENTCOM)
   4. Pacífico (PACOM)
D. 4 Programadores para el Comando de Operaciones Especiales (SOCOM)
   1. No se hallan desplegados de forma geográfica
E. Generación de asociaciones con los países anfitriones



XXX. El Programa para Especialistas en Salud Internacional puede facilitar los Programas "Titulo 10" para la participación del Departamento de Defensa actividades médicas internacionales *

A. La mayoría de las actividades médicas internacionales no tiene financiamiento en la forma tradicional.
B. Financiamiento de los Programas "Título 10" y de aquellos programas de salud no relativos a cuestiones de defensa
   1. Actividades tradicionales de CINC
      a. Simposios, intercambio de especialistas
   2. Asistencia humanitaria y ayuda a la población civil
      a. Ejercicios de Capacitación en Preparación médica (MEDRETEs, por sus siglas en inglés) y MEDFLAGS
   3. Ayuda humanitaria
   4. Capacitación y Entrenamiento Militar Internacional (IMET, por sus siglas en inglés)
      a. Cursos que pueden dictar in situ los Equipos de Educación Itinerante (MET, por sus siglas en inglés.
   5. Coop. LATAM
   6. Ventas Militares en el extranjero

XXXI. Recursos educativos del AFIHS

A. Departamento de Defensa
   1. USUHS
   2. Escuela AMEDD / Asuntos Internacionales
   3. Centro Marshall
   4. Instituto del Servicio Exterior
B. Fuerza Aérea de EE.UU.
   1. Programa de Oficiales de Extranjería
   2. Academia de la Fuerza Aérea
   3. Facultad de Medicina Aerospacial
   4. Escuela de Operaciones Especiales
   5. Universidad de Estudios Aeronáuticos (Air University)
   6. Academia Interamericana de la Fuerza Aérea
C. Centros de Excelencia
D. Universidades no militares

XXXII. Alianza USUHS / AFIHS

A. USUHS como Epicentro de Tres Servicios.
B. Base académica para coordinar la capacitación de los miembros del equipo de Especialistas en Salud Internacional, candidatos del curso de Identificador Especializado y otros.
C. Centro de contactos colegas de organizaciones militares internacionales y conjuntas, de ONGs y de organizaciones internacionales.
D. Componente académico del AFIHS ubicado en la USUHS.
   1. Coronel Vicky Fogelman, Directora académica del programa AFIHS desde febrero de 2001.
   2. Miembro del cuerpo de profesores, Depto. de Medicina Preventiva.
      a. Directora de 3 cursos para el año académico 2001-2002.
   3. Interacción con los departamentos de Medicina Militar y de Emergencia, Medicina Preventiva, Escuela de Enfermería y con otras áreas de la universidad.
   4. De así serle requerido, presta su ayuda al Decano de Asuntos Clínicos recibiendo visitantes y estudiantes internacionales.
   5. Desarrollo de una especialización en Salud Internacional en el marco de la Maestría en Salud Pública.
   6. Acercamiento de estudiantes de medicina a oportunidades de desempeño internacional.
E. Responsabilidades del Director Académico del Programa (IHS / USUHS).
   1. Consejero estudiantil en los programas IHS y de Maestría en Salud Pública.
   2. Diseño de programas de estudio, miembro del cuerpo de profesores.
   3. Estudio de resultados.
   4. Conexiones con otros centros de excelencia.

XXXIII. Los comentarios de los candidatos al Programa AFIHS reflejan el potencial de retención que posee

A. Restablecimiento del “sentido de misión”
   1. “Ingresé a la Fuerza Aérea para hacer algo como esto...”
   2. “Vale la pena quedarse en actividad cuando existen programas como éste...”
   3. “Toda la vida me he preparado para esto...”
   4. “Este programa brinda la oportunidad de ofrecerle al mundo la forma más pura de atención médica...”

XXXIV. El Futuro

A. Consolidar las relaciones con el Programa de Oficiales de Extranjería de la Fuerza Aérea bajo el Secretario de Asuntos Internacionales de la fuerza.
B. Interacción del AFMS con Preparación, GME.
C. Total Force (Oficiales en actividad, reservistas, Guardia Nacional).
D. Aclaración y enfoque de los requisitos de capacitación.
E. USUHS, componente de la base académica.
F. Análisis de las operaciones de Tres Servicios.
G. Estudio de resultados / sondeos de usuarios.
H. Ampliación de alianzas con el sector civil.

XXXV. Visión del Servicio Médico del la FA en materia de Preparación médica: Promoción de la salud en el ámbito internacional a través de los Especialistas de Salud Internacional de la FA

A. Victoria en Guerras. *(Vea la foto 13.)*
B. Ayuda humanitaria y asistencia a la población civil. *(Vea la foto 14.)*
C. Respuesta en caso de desastres y de emergencias de pequeña escala. *(Vea la foto 15.)*

XXXVI. International Health Specialist Website: https://www.afms.mil/afihs

Foto 1.

Foto 2.

Foto 3.

Foto 4.

Foto 5.

Foto 6.

Foto 7.

Foto 8.

Foto 9.

Foto 10.

Foto 11.

Foto 12.

Foto 13.

Foto 14.

Foto 15.

Principios Fundamentales de la Medicina de Desastres

Coronel Dr. Craig Llewellyn, MC, USA (RE)
Uniformed Services University of the Health Sciences
Bethesda, MD

Principios Fundamentales de la Medicina de Desastres

Coronel Dr. Craig Llewellyn, MC, USA (RE)

Rector del Departamento de Medicina Militar y de Emergencia
Uniformed Services University of the Health Sciences
Bethesda, MD

El Dr. Craig Llewellyn comenzó su carrera como médico siendo Capitán del Ejército de EE.UU. en 1963, y se retiró como Coronel en 1987. Desde 1982, es profesor y rector del Departamento de Medicina Militar y de Emergencia, y profesor del Departamento de Medicina Preventiva y Biometría de USUHS. Graduado del Colegio Industrial de las Fuerzas Armadas, los Cursos Básico y Avanzado para Oficiales Médicos, y el Colegio del Personal de las Fuerzas Armadas, sus actividades profesionales incluyeron la función de Comandante del Laboratorio Biomédico del Ejército de EE.UU., Administrador del Programa de Investigación para el Cuidado de Víctimas de Combate, y Jefe del Departamento de Epidemiología, WRAIR. Obtuvo numerosos reconocimientos y condecoraciones militares, incluyendo la Medalla de Servicios Distinguidos de Defensa, la Legión del Mérito, y la Estrella de Bronce.

Resumen:

La medicina para situaciones de desastre se basa en la práctica normal de la medicina, pero debe incluir el reconocimiento del impacto de los distintos tipos de desastres y los correspondientes patrones de heridas, enfermedades y salud pública, la integración de la medicina y la salud pública en un plan general de gestión de emergencias, y la necesidad de planificar y realizar ejercicios que involucren a los gobiernos y organismos voluntarios en el ámbito local, regional y nacional. Los integrantes del panel aportarán sus conocimientos sobre los problemas en cuestión, en base a sus experiencias personales y a las políticas actualmente vigentes.

Objetivos:

- Enumerar la nosología de los desastres, naturales y otros.
- Describir los perfiles médicos, de salud pública y de lesiones relacionados con cada tipo de desastre.
- Definir los requerimientos para integrar plenamente la respuesta médica y de salud pública en las estructuras generales de gestión de emergencia y los planes de respuesta en situaciones de desastre en el ámbito local, estatal y nacional.

Contenidos:

- Nosología de los desastres:
  - Desastres naturales.
  - Desastres provocados por el hombre.
- Patrones de los problemas médicos y de salud pública ralacionados con clases sepecificas de desastres:
  - Desastres naturales.
  - Desastres provocados por el hombre.
- Gestión de emergencias/Organización y funcionamiento de la respuesta ante situaciones de desastre.
  - México – comunidades fronterizas, nivel estatal, nivel federal.
  - EE.UU. – comunidades fronterizas, nivel estatal, nivel federal.
  - Comando / gestión del incidente.
- Organización médica y de salud pública y su integración en la gestión general de emergencias - respuesta ante situaciones de desastre.
  - Comunidad local.
  - Respuesta estatal y federal.

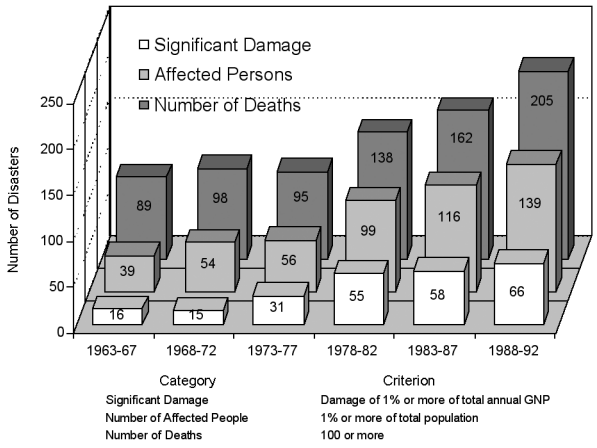
I. Desastre

II. Clasificación de los desastres

A. Desastres naturales
   1. Impacto súbito o inicio inmediato (por ejemplo, riesgos geológicos y climáticos tales como terremotos, tsunamis, tornados, inundaciones, tormentas tropicales, huracanes, ciclones, tifones, erupciones volcánicas, desprendimientos de tierras, avalanchas, incendios naturales). Se incluyen también en esta categoría los casos de epidemias por enfermedades adquiridas a través del agua, de los alimentos o de vectores, como así también aquellas dolencias transmitidas de persona a persona.
   2. Inicio lento o crónico (por ejemplo sequías, hambrunas, degradaciones del medio ambiente, exposición crónica a sustancias tóxicas, desertificación, deforestación, plagas (por ejemplo langostas).)

B. Desastres generados por el hombre
   1. Industriales / tecnológicas (por ejemplo fallas y accidentes en los sistemas, derrames de sustancias químicas o radioactivas, contaminación, explosiones, incendios, actos terroristas).
   2. Transporte vehicular
   3. Deforestación
   4. Falta de materiales
   5. Emergencias complejas (por ejemplo guerras y conflictos civiles, agresiones armadas, sublevaciones y demás actos que arrojen como consecuencia el desplazamiento de personas y generen refugiados).

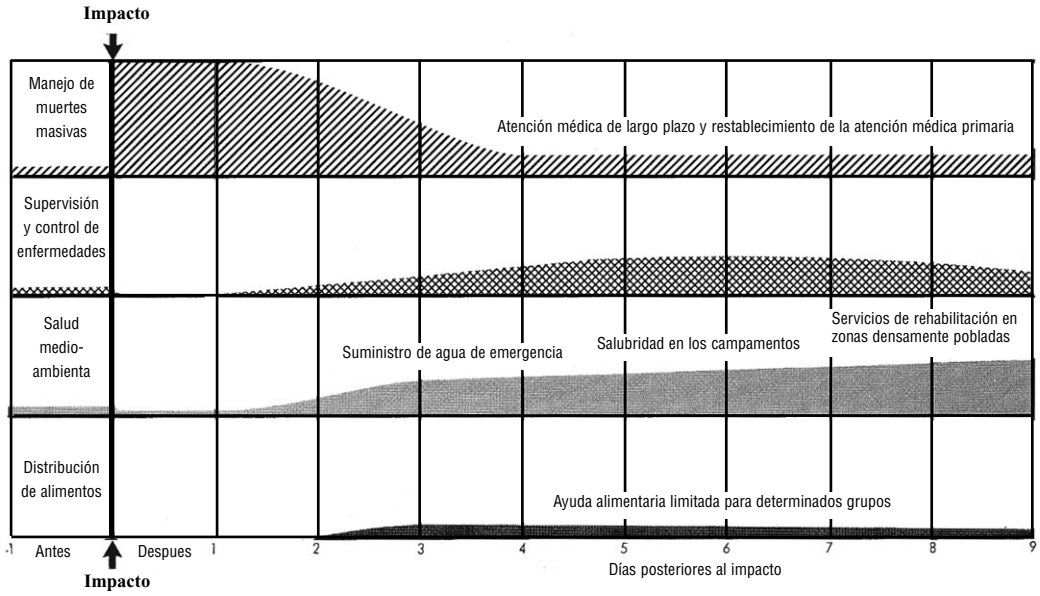
III. Importantes desastres en el mundo, 1963-1992. Significación basada en los daños causados, las personas afectadas y las víctimas fatales.



IV. Incidencia de los problemas médicos después de un desastre

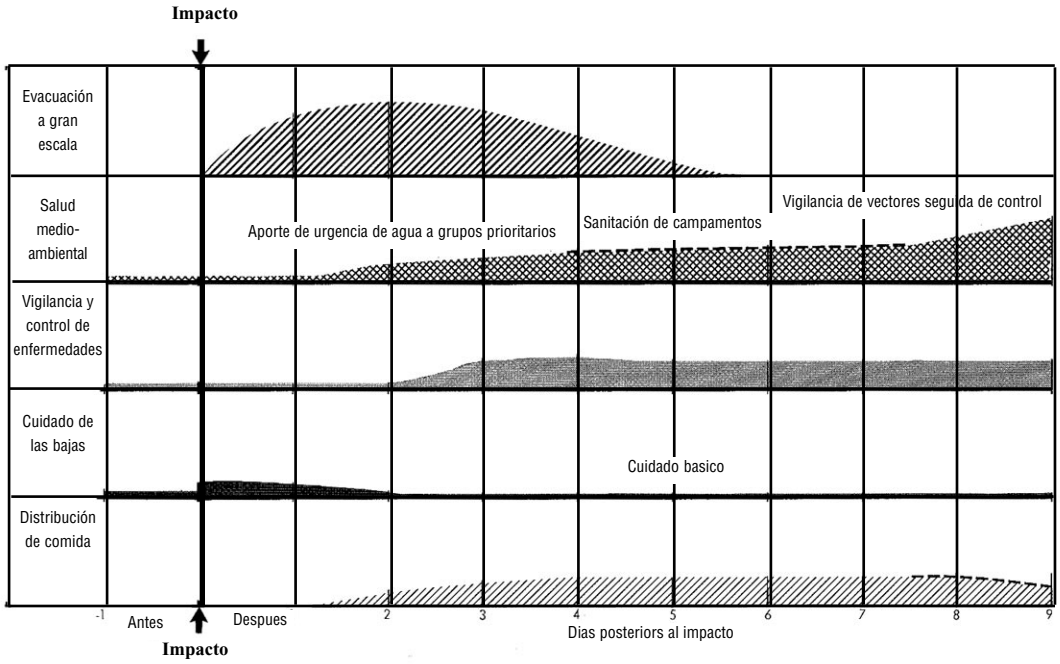
	Víctimas fatales	Lesiones graves	Riesgo de enfermedades	Falta de alimentos	Movimientos poblacionales
Guerra	Alta	Alta	Variable	Variable	Alta
Terrorismo	Moderada	Moderada	No	No	No
Accidentes aéreos	Alta	Poco común	No	No	No
Accidentes laborales	Variable	Variable	Posible	No	Posible
Terremotos	Variable	Variable	Posible	Posible	Posible
Sequías	Variable	Baja	Sí	Sí	Posible
Ciclones/ Tifones	Moderada	Moderada	Posible	Posible	Posible
Inundaciones	Alta	Baja	Sí	Sí	Posible

V. Necesidades y prioridades cambiantes luego de terremotos *



* DOCUMENTO PÚBLICO: Manejo de la Salud en Situaciones de Emergencia luego de Desastres Naturales (Emergency Health Management After Natural Disaster)
Publicación científica Nro. 407, Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud, Washington, DC, 1981.

VI. Necesidades y prioridades cambiantes después de inundaciones y mareas altas *



* DOCUMENTO PÚBLICO: Manejo de la Salud en Situaciones de Emergencia luego de Desastres Naturales (Emergency Health Management After Natural Disaster) Publicación científica Nro. 407, Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud, Washington, DC, 1981.

VII. Matriz de los efectos de los desastres naturales sobre los servicios de salud medioambiental

Servicio	Efectos más comunes sobre la salud medio-ambiental	Terremoto	Huracán/ Tornado	Inundaciones	Tsunami
Suministro de agua y eliminación de aguas servidas	Daños a estructuras de ingeniería civil	●	●	●	○
	Rotura de tuberías	●	◑	◑	○
	Cortes de energía	●	●	◑	◑
	Contaminación (biológica o química)	◑	●	●	●
	Fallas en medios de transporte	●	●	●	◑
	Falta de personal	●	◑	◑	○
	Sobrecarga del sistema (por cambios poblacionales)	◑	●	●	○
	Falta de equipos, repuestos e insumos	●	●	●	◑
Manejo de desechos sólidos	Daños a estructuras de ingeniería civil	●	◑	◑	○
	Fallas en medios de transporte	●	●	●	◑
	Falta de equipos	●	●	●	◑
	Falta de personal	●	●	●	○
	Contaminación del aire, del agua y del suelo	●	●	●	○
Manejo de sustancias alimenticias	Daños a los centros de preparación de alimentos	●	●	◑	○
	Fallas en medios de transporte	●	●	●	◑
	Cortes de energía	●	●	◑	◑
	Inundación de stalaciones	○	●	●	●
	Contaminación/degradación de insumos de ayuda	◑	●	●	◑
Control de vectores	Proliferación de lugares de reproducción de vectores	●	●	●	●
	Aumento de los contactos entre humanos y vectores	●	●	●	◑
	Perturbación de los programas de control de enfermedades por vectores	●	●	●	●
Salubridad en el hogar	Destrucción o daño de estructuras	●	●	●	●
	Contaminación de agua y alimentos	◑	◑	●	◑
	Perturbación de los servicios de agua, energía, combustible para calefacción y disposición de desechos	●	●	●	◑
	Hacinamiento	○	○	○	○

● - Efecto factible grave
◑ - Efecto factible menos grave
○ - Efecto menos factible o no factible

VIII. En los desastres se modifica la división del trabajo y de los recursos

A. En los desastres se dan frecuentemente condiciones que pueden hacer la división del trabajo y los recursos tradicional, característica del manejo de emergencias rutinario, inapropiada para la respuesta en desastres..
   1. Los desastres imponen demandas en las organizaciones que requieran hacer cambios internos en la estructura y delegación de responsabilidades.
   2. Los desastres pueden crear necesidades que excedan las capacidades de una sola organización, requiriendo que ésta comparta tareas y recursos con otras organizaciones que usan procedimientos no familiares para ella.
   3. Los desastres pueden atraer la participación de organizaciones e individuos voluntarios que normalmente no responden a emergencias.
   4. Los desastres pueden sobrepasar fronteras jurisdiccionales, trayendo como resultado el encuentro de múltiples organizaciones con solapamiento de responsabilidades.
   5. Los desastres pueden crear nuevas tareas para las cuales no existen organizaciones con tradición en responsabilidad sobre ellas.
   6. Los desastres pueden hacer inútiles los métodos y recursos usados habitualmente en la respuesta a emergencias.
   7. Los desastres pueden conllevar la formacion espontánea de nuevas organizaciones que no existían previamente.

IX. Otras tareas

A. Otros ejemplos de tareas que se desarrollan sólo en casos de desastre:
   1. Advertencias y comunicaciones al público
   2. Alojamiento y alimentación de desplazados
   3. Evacuación de vecindarios
   4. Evacuación de hospitales, cárceles, asilos y centros de atención psiquiátrica
   5. Coordinación de voluntarios
   6. Adquisición y distribución de recursos poco usuales
   7. Tratamiento de grandes cantidades de animales muertos
   8. Tratamiento de ganado o mascotas que debieron ser abandonadas o colocadas en refugios (Drabek, 1986:116)
   9. Procedimientos para la declaración de inhabitabilidad de edificios dañados (Moore, 1958:84)
   10. Disposición de objetos de valor no reclamados y de mercaderías encontradas entre los escombros en el lugar de la desastre (Moore, 1958:85)
   11. Control del tránsito aéreo (Com. De Seguridad Sísmica, 1983: 15, 45, 70, 75; Drabek, 1981: 179)
   12. Disposición de gran cantidad de donaciones (Fritz, 1956)
   13. Control del tránsito de los vehículos de emergencia, de forma tal que las rutas de acceso no queden bloqueadas cuando sus conductores se han alejado de ellos (Hamilton, 1955: 50, Drabek, 1968: 7, 11, 19; Cohen, 1982a,102; Morris, 1982).

B. Control de hospitales, asilos y guarderías de niños a fin de verificar si necesitan ayuda cuando se hayan quedado sin sistemas de comunicación que les permitan solicitarla (1971: 28, Dektar, 1971, Com. De Seguridad Sísmica, 1983: 91)
   1. Determinar y los servicios públicos que deben ser interrumpidos y el momento en que se realizará la interrupción (Com. De Seguridad Sísmica, 1983: 122)

X. Organigrama de incidentes

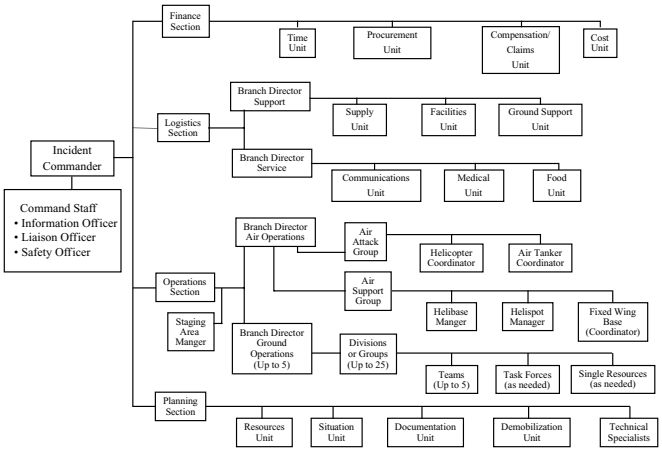


Figure 7-1. Incident organization chart.

XI. Organismos gubernamentales que participan en las actividades de respuesta en caso de emergencias

A. Organismos del orden público y entidades de investigación
   1. Nivel municipal (ciudades)
      a. Policía
   2. Nivel Condado
      a. Sheriff
      b. Guardias forestales
   3. Nivel estatal
      a. Policía, patrullas viales
      b. Guardias de la fauna ictícola y silvestre
      c. Guardia forestal/ de parques
      d. Policía de centros universitarios
   4. Otros niveles
      a. Oficinas de investigación de incendios intencionales
   5. Nivel Federal
      a. Bomberos Guardia Nacional
      b. Servicio Secreto
      c. Oficina de asuntos relativos a sustancias alcohólicas, tabaco y armas de fuego
      d. Agentes especiales para los bosques nacionales
      e. Servicio de asuntos ictícolas y de vida silvestre
      f. Ofician de asuntos indígenas
      g. Organismo de protección del medio ambiente
      h. Comisión regulatoria de asuntos nucleares
      i. Departamento de Transporte
      j. Administración de asuntos aeronáuticos
      k. Administración de seguridad vial
      l. Administración de ferrocarriles
      m. Administración de asuntos marítimos
      n. FBI

B. Servicio de protección en caso de incedio
   1. Nivel local
      a. Departamento de bomberos local
      b. Distritos con sistema de protección contra incendios (en el ámbito local)
      c. Departamento de bomberos del condado

2. Nivel Federal
    a. Servicio de asuntos forestales
    b. Departamento del Interior
    c. Servicio de Parques Nacionales
    d. Oficina de Asuntos Indígenas
    e. Oficina de Manejos de Tierras

C. Organizaciones médicas
1. Hospitales de veteranos
2. Hospitales de condado
3. Hospitales con servicio a la salud pública
4. Hospitales militares
5. Equipos de rescate y ambulancias públicas
6. Salvavidas
7. Ambulancias militares (terrestres)
8. Servicio de rescate militar aeromarítimo
9. Oficinas de salud estatales y de condado
10. Oficias de servicios médicos de emergencia del estado
11. Grupo de rescate en montaña del Servicio de Parques de los EE.UU.
12. Equipos de búsqueda y rescate del Sheriff del condado
13. Patrulla aérea civil

D. Miscellaneous
1. Nivel Local
    a. Departamentos de obras públicas
    b. Departamentos de asistencia social
    c. Distritos con sistemas de control de inundaciones
    d. Distritos con cementerios
    e. Defensa civil
2. Nivel Estatal
    a. Departamentos de minería y geología
    b. Oficinas de seguridad en materia sísmica
    c. Defensa civil
    d. Departamentos de vialidad
3. Nivel Federal
    a. Oficina de Asuntos Mineros
    b. Organismos de Estudios Geológicos
    c. Cuerpo de Ingenieros del Ejército
    d. Departamento de Agricultura
    e. Oficina de Asuntos Meteorológicos
    f. Administración de Pequeñas Empresas
    g. Organismo Federal de Manejo de Casos de Emergencia

XII. Características clave de la respuesta en casos de incidentes con multiplicidad de victimas fatales (cuatro elementos fundamentales)

A. Búsqueda y rescate
B. Triaje y estabilización inicial
C. Atención médica definitiva
D. Evacuación

XIII. Flujo de Pacientes

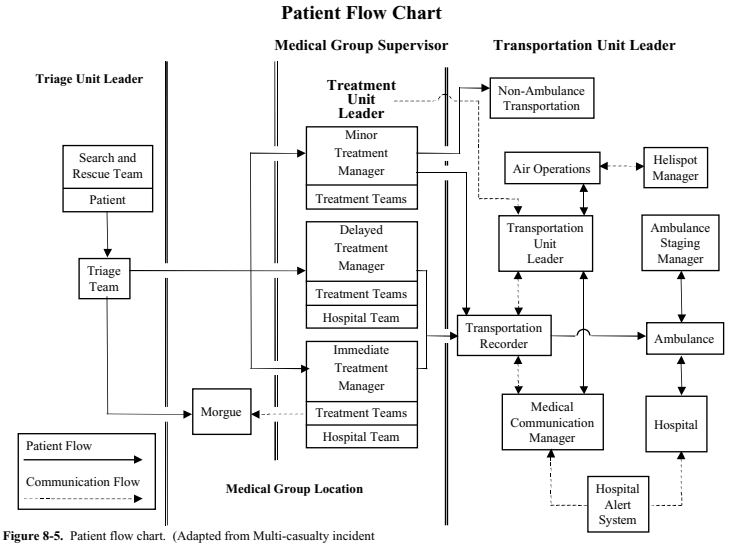


Figure 8-5. Patient flow chart. (Adapted from Multi-casualty incident operations manual, Rio Linda, 1986, California Fire Chiefs Association.)

XIV. Sección de comando

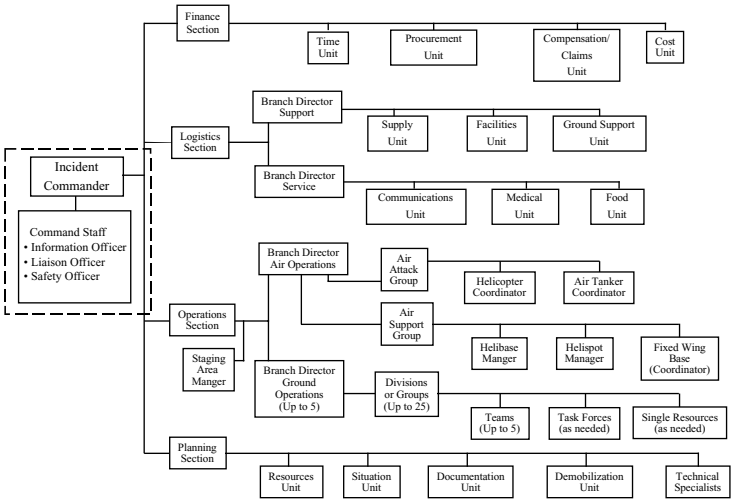


Figure 7-2. Command section.

XV. Capacidad de las fuerzas militares en caso de desastres.

A. Seguridad
   1. Establecimiento de “refugios seguros”
   2. Protección de abastecimiento de ayuda.
   3. Mantenimiento de una presencia armada creíble para reducir el riesgo de violencia.

B. Transport y logistica
   1. Capacidad para transportar rápidamente personal y enseres.
   2. Gestión del abastecimiento de equipos y materiales en curso.

C. Construcción y reparación
   1. Construcción o reparación de infraestructura esencial.

D. Mando, control y comunicaciones
   1. Sistemas de comunicación sofisticados
   2. Mandos militares acostumbrados a planes de contigencia rápidos y complejos.
   3. Capacidad de planificación y dirección central.
   4. Marco básico de organización y comunicaciones para organizaciones de respuesta.
E. Cuidado médico móvil
   1. Equipos médicos con movilidad rápida, hospitales, barcos y sistemas de evacuación médica.
F. Equipos de medicina preventiva
   1. Equipos especializados para control y prevención básicos de enfermedades.
   2. Laboratorios de enfermedades infecciosas sofisticados.
   3. Unidades de purificación de agua móviles.
G. Unidades especializadas (Equipos de asuntos civiles)
   1. Amplia formación en idiomas extranjeros.
   2. Mediación entre las poblaciones civil y military.
   3. Expertos en transporte, negocios, derecho, comunicaciones, salud internacional, política.
H. Desastres technológicos
   1. Unidades especializadas en protección contra la guerra química.
   2. Red de laboratorios de investigación de enfermedades infecciosas.
I. Preparacion para el desastre
   1. Programa MEDFLAG.

XVI . Posibles incompatibilidades entre las misiones militares y humanitarias

A. Asistencia médica
   1. La medicina militar ha sido diseñada para estabilizar a jóvenes heridos en batalla y no es apta para situaciones de desastres y crisis de naturaleza humanitaria en donde las causas más comunes de la muerte son el sarampión, la diarrea y las infecciones respiratorias, especialmente entre las mujeres y niños.
   2. Cantidades mínimas de medicinas recomendadas por las agencias de ayuda para poblaciones afectadas por un desastre
   3. Poca capacitación en el tratamiento de problemas médicos típicos de casos de emergencias complejas (por ejemplo, diarreas epidémicas, hambrunas, enfermedades de los trópicos)
   4. Cantidades mínimas de vacunas llevadas a lugares puntuales, poca experiencia en el manejo de grandes campañas de vacunación de personas desplazadas
   5. Limitaciones en el transporte y comunicaciones del personal de medicina preventiva
B. Resolución de conflictos
   1. Las fuerzas armadas no son aptas para movilizar recursos autóctonos ni para ayudar en el actividades de desarrollo de largo plazo
   2. La imposición temporaria de medidas de seguridad por parte de fuerzas armadas externas puede llegar a impedir las negociaciones y la resolución de conflictos
C. Insumos no medicos
   1. Los insumos de disponibilidad inmediata para las fuerzas armadas pueden no ser adecuados para los refugiados o para las víctimas de desastres.
D. Interacción con otras organizaciones
   1. Los comandantes de las fuerzas armadas no familiarizados con los papeles que desempeñan las organizaciones internacionales de importancia
   2. El personal civil de ayuda cuenta con una experiencia mínima en cuanto a la estructura jerárquica de las fuerzas armadas
   3. Las fuerzas militares y las organizaciones civiles exhiben diferencias en cuanto a objetivos y a temas tácticos y de estrategia
E. Conflictos en cuanto a objectivos humanitarios
   1. El uso de fuerzas militares para lograr metas de ayuda humanitaria conlleva una tensión inherente
   2. La presencia de las fuerzas armadas puede llegar a socavar la neutralidad de las organizaciones de ayuda

F. Capacitación inadecuada
   1. Pocos militares han sido capacitados en temas relativos a ayuda en caso de desastres o de ayuda humanitaria
   2. Los prestadores de servicios médicos de las fuerzas armadas se hallan limitados debido a su falta de capacitación en cuanto al idioma, las costumbres y las prácticas médicas correspondientes a otros pueblos
   3. Existe una cierta ambigüedad en el derecho internacional de ayuda humanitaria en cuanto al papel que deben desempeñar los médicos militares en casos complejos de emergencias

G. Compromiso limitado en cuanto a la respuesta otor gada en caso de desastre
   1. La misión principal de las fuerzas armadas es luchar en situaciones de guerra y obtener la victoria. No existen unidades en la estructura militar de los EE.UU. encargadas principalmente de prestar respuesta en caso de desastres.
   2. Se realiza poco planeamiento y se asignan pocos recursos a la ayuda en caso de desastres

XVII. Diagramma de organizatión de incidents

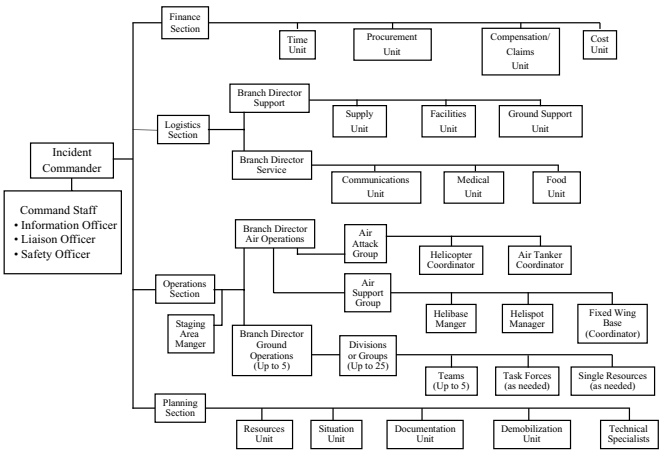


Figure 7-1. Incident organization chart.

Plan Federal de Respuesta en casos de emergencia

Dr. Joseph P. Iser
Administrador Regional de Salud (Región VI)
Dallas, TX

Oportunidades especiales para mejorar la coordinación en la preparación y respuesta ante situaciones de desastre en comunidades de frontera

Capitán Joe Iser, MD, Dr. PH

USPHS, Administrador Regional de Salud (Región VI), Dallas, TX

El Dr. Joseph P. Iser se graduó como médico en la Universidad de Kansas y es especialista en medicina interna, medicina preventiva general y salud pública, y medicina del trabajo, con amplia experiencia en preparación y respuesta ante situaciones de emergencia, cuidados iniciales, salud pública, y educación para la salud. Le interesa especialmente la salud en zonas de frontera, salud internacional, medicina de desastre, y enfermedades infecciosas, y trabajó en el desarrollo, implementación, evaluación e investigación de programas contra la hepatitis. Actualmente es el Administrador Regional de Salud de la Región VI (Dallas), donde supervisa aspectos de preparación para emergencias, planeamiento familiar, salud de la mujer, salud de las minorías, HIV, vacunación, y otros programas sanitarios. Posee un Doctorado en Salud Pública de la Universidad de Michigan y se encuentra trabajando en un proyecto sobre enfermedades infecciosas de la Facultad Londinense de Higiene de Medicina Tropical.

Resumen:

La zona de frontera entre México y EE.UU. presenta barreras específicas para la coordinación de la preparación, planeamiento y respuesta en situaciones de desastre. Han existido varios desastres declarados como tales por el gobierno (las inundaciones en Laredo, huracanes), y existe la posibilidad de que se produzcan otros desastres que exigirán una respuesta, tanto provocados por el hombre (derrames tóxicos, terrorismo) como naturales (terremotos, incendios, huracanes e inundaciones). Las fronteras geopolíticas generarán potenciales barreras para la coordinación, tanto entre estados como entre ambas naciones. El panel tratará estos temas desde el punto de vista estatal, de salud en zonas de frontera, la Comisión de Salud en Zonas de Frontera de EE.UU. y México, y los sectores privados relacionados con la coordinación del planeamiento y respuesta.

Objetivos:

- Explicar y considerar el Plan de Respuesta Federal.
- Considerar las relaciones entre salud de frontera en las comunidades, funcionarios sanitarios estatales, y el gobierno federal, en el planeamiento y ejecución de respuestas a los desastres, naturales o provocados por el hombre.
- Describir la interacción entre salud pública y privada durante la respuesta a una situación de desastre.

Contenidos:

- Plan de Respuesta Federal.
- Planeamiento de prestadores de salud privados para situaciones de desastre y su interacción con los esfuerzos a nivel municipal, estatal y nacional.
- Papel del Funcionario Estatal de Salud en el FRP y en el planeamiento y respuesta ante situaciones de desastre en el ámbito estatal.
- Comisionado de Salud en Zonas de Frontera de EE.UU. y México – discusión relacionada con aspectos específicos de la cooperación binacional, especialmente la relación de trabajo con funcionarios del gobierno mexicano.
- Participación de las autoridades sanitarias de frontera en el trabajo con las comunidades fronterizas a los efectos de la preparación y respuesta ante situaciones de desastre.

Participantes:

Dr. Alex Valdez

Secretario
Departamento de Salud de Nuevo México

El Secretario Valdez ha integrado el gobierno del estado desde 1982. Se desempeña como Secretario de Gabinete del Departamento de Salud de Nuevo México desde 1995, y fue Secretario de Gabinete del Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México entre 1989 y 1990. Fue consejero general durante el gobierno del Gobernador de Nuevo México desde 1987 hasta 1989. Recibió el premio anual otorgado por el Colegio de Abogados del Estado en 1999 por sus destacados aportes a las personas con discapacidad. Desde 1999, integra la Sección Estadounidense de la Comisión de Salud en Zonas de Frontera de EE.UU. y México.

Catherine Torres, MD

Comisionada
Comisión de Salud en Zonas de Frontera de EE.UU. y México

La Dra. Catherine Torres es pediatra y ejerce en Las Cruces, Nuevo México. Participa activamente en cuestiones relacionadas con los niños y los sectores de menores recursos. El Presidente Clinton la puso a cargo de la Comisión de Salud en Zonas de Frontera de EE.UU. y México en enero del 2000. También es profesora adjunta del programa de residencia familiar del Memorial Medical Center en Las Cruces, Nuevo México.

Cecilia Rosales, MD

Oficina de Salud en Zonas de Frontera del Estado de Arizona

La Dra. Rosales es jefa de la Oficina de Salud en Zonas de Frontera, dependiente del Departamento de Salud del Estado de Arizona, con sede en Tucson. Posee amplia experiencia en la realización de estudios, evaluaciones y consultas de medicina comunitaria, investigaciones de exposición, actividades con participación comunitaria, y actividades ambientales y de educación para la salud en la frontera EE.UU./Sonora. Antes de incorporarse a la Oficina de Salud en Zonas de Frontera, la Dra. Rosales administró la sección epidemiología del Departamento de Salud del Condado de Pima, en el Estado de Arizona.

I Resumen de la presentación

A. Papel del ESF #8 en la asistencia federal en casos de emergencia
B. Sistema Médico en casos de desastre nacional
C. Sistema Metropolitano de asistencia médica
D. Necesidades a nivel local – La Fuerza Motriz

II. Regiones a nivel federal

III. Preparación en casos de emergencia

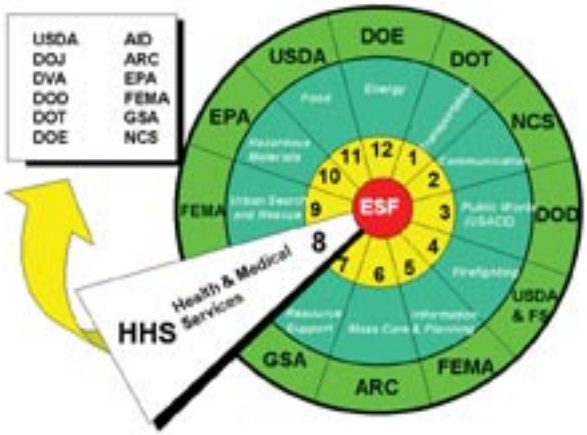
A. Catástrofes naturales *(Vea la foto 1.)*
B. Accidentes en medios de transporte *(Vea la foto 2.)*
C. Terrorismo *(Vea la foto 3.)*
D. Catástrofes en materia tecnológica *(Vea la foto 4.)*

IV. Persistencia de las funciones en el marco de las diferentes desastres

A. Evaluación de las necesidades médicas y sanitarias
B. Vigilancia en cuestiones de salud
C. Personal prestador de atención médica
D. Insumos y equipos médicos y sanitarios
E. Evacuación de pacientes
F. Atención en casos de internación hospitalaria
G. Medidas de seguridad en cuanto a dispositivos médicos, alimenticios y relativos a fármacos
H. Seguridad e higiene de trabajadores
I. Servicios de salud mental
J. Información de salud pública
K. Control de vectores
L. Agua potable / Eliminación de aguas servidas y de desechos sólidos
M. Identificación de víctimas / Morgue

V. Plan de Respuesta Federal en caso de emergencias

VI. Funciones de Apoyo en caso de emergencias



VII. Función de Apoyo en caso de emergencias (Nro. 8)

A. Objetivo: Suministrar asistencia a fin de complementar los recursos estatales y locales para dar respuesta a las necesidades médicas y de salud pública.

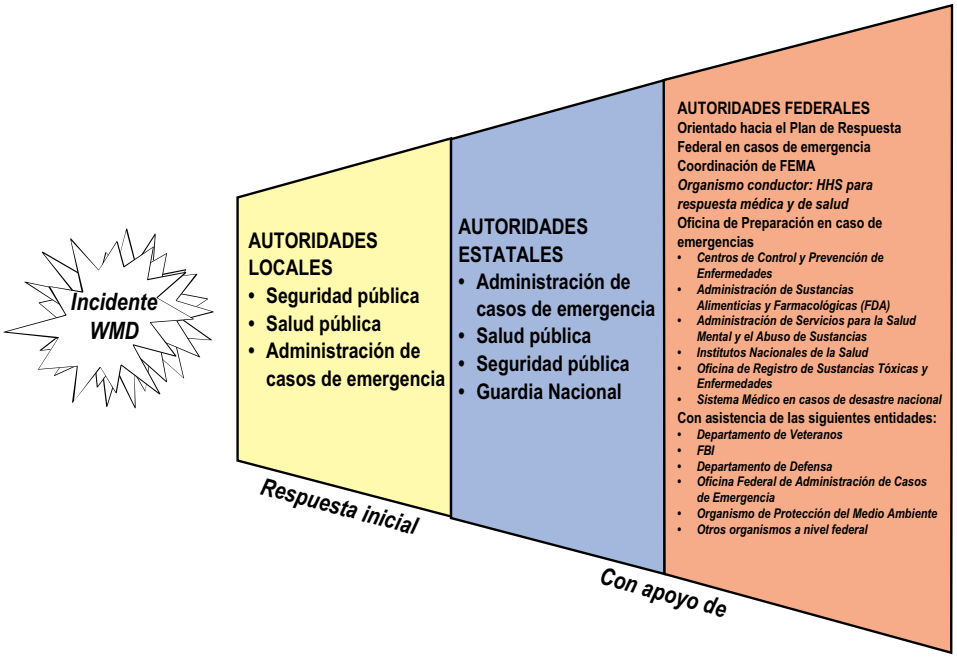
	ESF	Organismo a cargo
1.	Transporte	DOT
2.	Comunicaciones	NCS
3.	Obras Públicas	DOD / ACE
4.	Bomberos	USDA
5.	Información / Planeamiento	FEMA
6.	Atención colectiva	ARC
7.	Recursos	GSA
8.	Servicios médicos y sanitarios	DHHS
9.	Búsqueda y rescate en ciudades	FEMA / DOD
10.	Materiales peligrosos	EPA
11.	Alimentos	USDA
12.	Energía	DOE

VIII. Plan de Respuesta en caso de emergencias
Anexo: Terrorismo

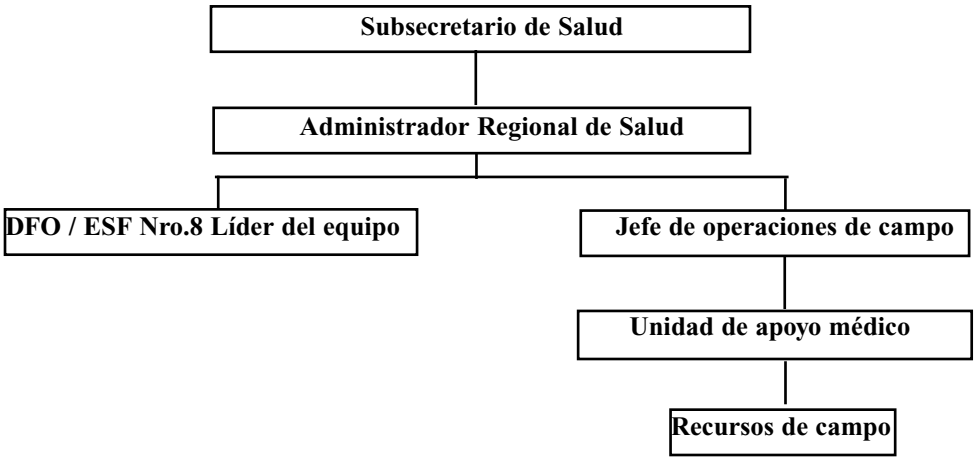
A. De consuno con PDD-39
B. Administración en caso de crisis
C. Gestión de consecuencias – Liderazgo FEMA
D. Responsabilidades del DHHS
   1. Capacidad de respuesta en materia médico-sanitaria
   2. Apoyo técnico al FBI
   3. Importante papel en la gestión de consecuencias

IX. Armas de destrucción masiva

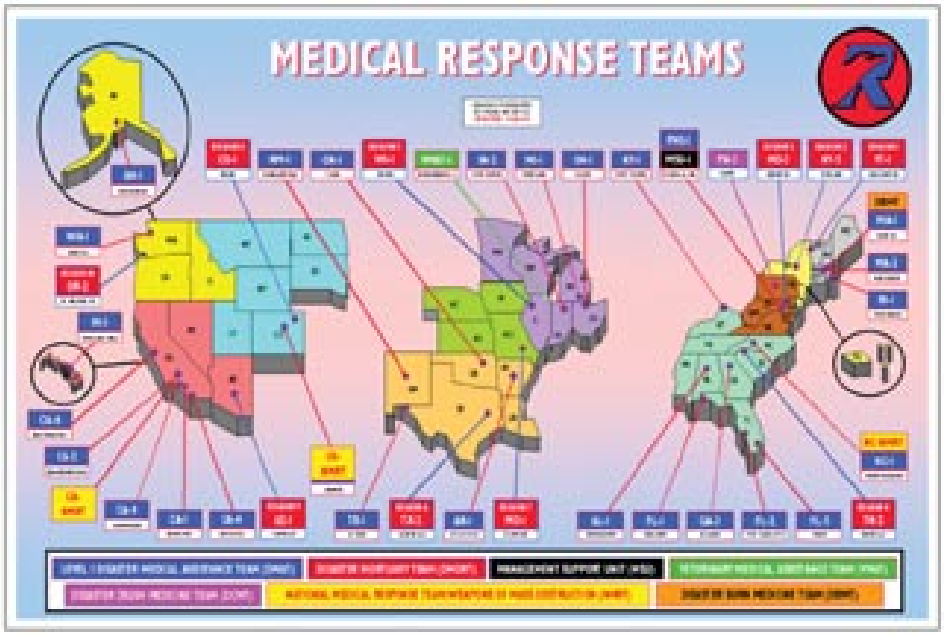
A. Gestión de consecuencias
B. Operaciones de Respuesta



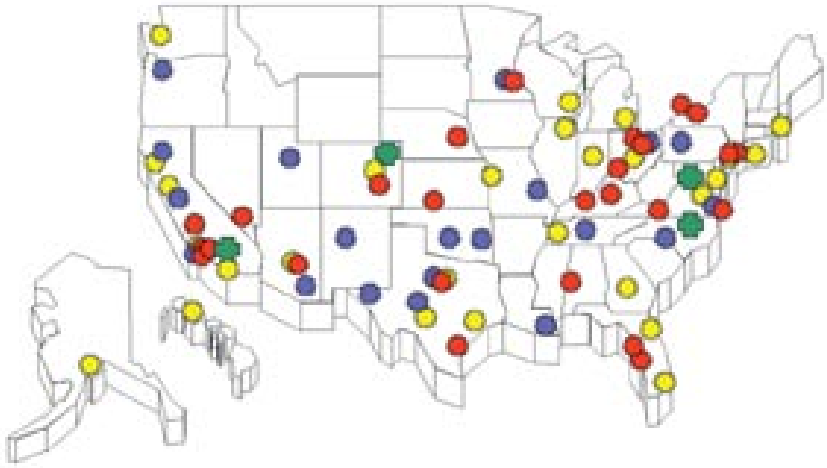
X. Comando y Control



XI. Equipos medicos para repuesta en caso de desastres



XII. Sistema Metropolitano de asistencia médica



Original MMRS

Boston, New York, Baltimore, Philadelphia, Washington DC, Atlanta, Miami, Memphis, Jacksonville, Detroit, Chicago, Milwaukee, Indianapolis, Columbus, San Antonio, Houston, Dallas, Kansas City, Denver, Phoenix, San Jose, Honolulu, Los Angeles, San Diego, San Francisco, Anchorage, Seattle

MMRS 1999

Hampton Roads (Virginia Beach)Area, Pittsburgh, Nashville, Charlotte, Cleveland, El Paso, New Orleans, Austin, Fort Worth, Oklahoma City, Albuquerque, St. Louis, Salt Lake City, Long Beach, Tucson, Oakland, Portland (OR), Twin Cities (Minneapolis), Tulsa, Sacramento

2000 MMRS EXPANSION

Twin Cities (St. Paul), Hampton Roads (Norfolk),Cincinnati, Fresno, Omaha, Toledo, Buffalo, Wichita,Santa Ana, Mesa, Colorado Springs, Tampa, Newark, Louisville, Anaheim, Birmingham, Arlington, Las Vegas,Corpus Christi, St. Petersburg, Rochester, Jersey City,Riverside, Lexington-Fayette, Akron

NMRTs

Los Angeles, Denver, Winston-Salem, Washington, DC Metro Area

Foto 1.

Foto 2.

Foto 3.

Foto 4.

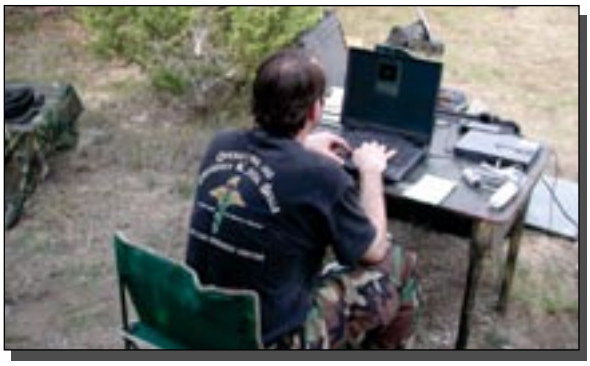
Telemedicina Desplazable

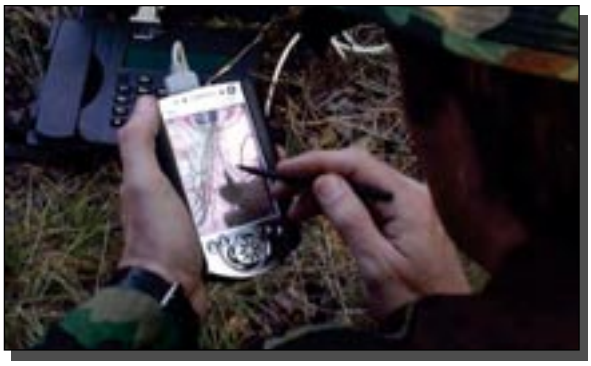
LX Reunión Anual
Asociación Fronteriza Mexicano–Estadounidense de Salud
(AFMES)

Hotel Westin Soberano
Chihuahua, CHIH, México
4 Junio del 2002

Telemedicina Desplazable

Randall Spears
Centro Para La Medicina de Desastre y Asistencial Humanitaria
Bethesda, MD





I. Que es Telemedicina?

A. "Tele" vocablo griego que significa *Distante* o *Lejos.*
B. La telemedicina permite que los proveedores de los cuidados médicos traten a sus pacientes a distancia.
C. Permite consultas médicas avanzadas en la campiña y desde áreas remotas o en situaciones austeras.
D. Proporciona una infraestructura portátil de las comunicaciones para la gestión médica y de desastres.

II. El Espectro De La Telemedicina

A. Transmisiones De Voz *(Vea la foto 1.)*
B. Correo Electrónico *(Vea la foto 2.)*
C. Transmisión De Tele Fax *(Vea la foto 3.)*
D. Colección De Datos *(Vea la foto 4.)*
E. Envío de Imágenes Fotográficas *(Vea la foto 5.)*
F. Comunicación video en tiempo real desde cualquier lugar. *(Vea las fotos 6 y 7.)*

III. Qué Puede Hacer La Telemedicina?

A. Realizar Exámenes Remotos De Ultrasonido. *(Vea la foto 8.)*
   1. Transmitir imágenes del abdomen de un paciente después de ser herido.
   2. El paciente tiene sangre en el abdomen.
B. El médico puede examinar ojos, los oídos, la nariz y la garganta remotamente, asesorar al rescatista en tierra y recomendar tratamientos.
C. Permite a los dentistas proporcionar exámenes clínicos y tratamientos desde su consultorio aun cuando el paciente se encuentre en el campo lejos de las instalaciones de salud.
D. Permite que los Dermatólogos puedan observar y diagnosticar lesiones de la piel desde cualquier parte del mundo. *(Vea las fotos 9 y 10.)*
E. Permite a radiólogos el acceso a la lectura de radiografías desde cualquier parte del planeta.
F. Los medios de comunicación se pueden transmitir en formato Digital.
G. Los epidemiólogos y los funcionarios de la salud pública pueden enviar las imágenes para la identificación definitiva de los organismos patogénicos y asistir en la planificación de intervenciones de saneamiento ambiental y de salud pública. *(Vea las fotos 11 y 12.)*
H. Supervisar remotamente los signos vitales de los pacientes.
I. Ayuda al Fisioterapeuta con la rehabilitación de las víctimas de los campos minados.
J. Proporciona una plataforma abierta estándar de las comunicaciones para las contingencias de desastres y los incidentes masivos de heridos muertes. *(Vea la foto 13.)*

IV. Cómo Hacemos La Telemedicina Desplazable?

A. Comunicaciones Basadas en los Satélites Marítimos Internacionales Portátiles INMARSAT. *(Vea las fotos 14 y 15.)*
B. Despliegue con una serie de componentes para la proyección de la imagen médica y con dispositivos de diagnóstico. *(Vea la foto 16.)*
C. Características *(Vea las fotos 17 y 18.)*
   1. Ligero
   2. Portatil
   3. Auto-Suficiente
   4. Duradero
   5. Tecnología Comercial Disponible
D. Aplicabilidad
   1. Cuando Sea
   2. Donde Sea
   3. Resistente al Clima

V. Otras Cosas Que Hacemos

A. Entrenamiento en Telemedicina *(Vea la foto 19.)*

B. Apoyo Operacional *(Vea la foto 20.)*

VI. Por informacion:

A. 301-295-1038

B. http://www.usuhs.mil/mim/CDHAM_Page.htm

Foto 1.

Foto 2.

Foto 3.

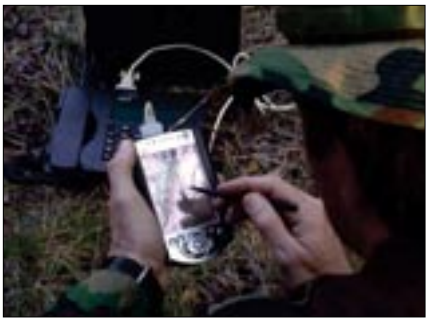


Foto 4.

Foto 5.

Foto 6.

Foto 7.

Foto 8.

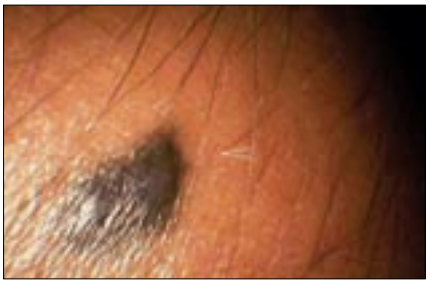


Foto 9.

Foto 10.

Foto 11.

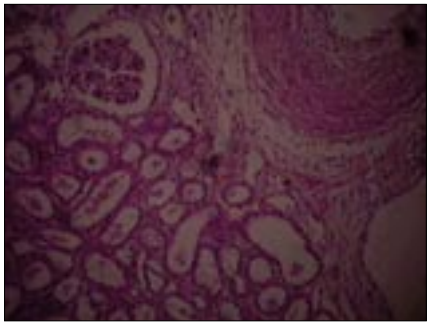


Foto 12.

Foto 13.

Foto 14.

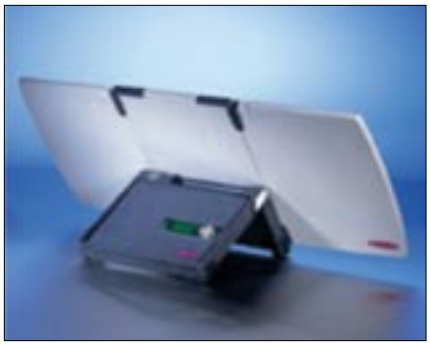


Foto 15.

Foto 16.

Foto 17.

Foto 18.

Foto 19.

Foto 20.