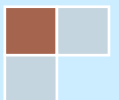




# Plan de Respuesta Multiamenzas Ante Emergencias y Desastres Del Sector Salud De Honduras 2018 - 2022



## Equipo Técnico:

El Plan de Respuesta Multiamenazas Ante Emergencias y Desastres del Sector Salud de Honduras ha sido construido y validado por las siguientes instituciones:

### Coordinadora:

Dra. Diana Núñez

Jefa de Unidad de Vigilancia de la Salud,  
Secretaría de Salud

### Equipo Técnico:

- Dra. Jenny Hernández	AGR - SESAL
- Lourdes Ardón	COPECO
- Ronny García Gómez	SNE - 911
- José Ramón Cruz	SESAL - AGR
- Lcda. Shirley Rivera	UVS - SESAL
- Ing. César Chirinos	SESAL - AGR
- Nancy Pagoada	SANAA
- Leonel Damián Suazo	CONASA - SANAA
- Héctor Lainez	IHSS
- Bernardeth Monroy Romero	CENTOX
- Jéssica Saira Díaz	CENTROX - UNAH
- Manolo Laguardia	Bomberos
- Arnold Castellano	Cruz Verde Hondureña
- Yannie Ramírez	Cruz Roja Hondureña
- Pascal Olle	CICR
- Jorge Marin	CICR
	Sanidad Militar

### Secretaría Técnica de Apoyo

Ing. Eduardo Ortiz

OPS/OMS

Dra. Piedad Sánchez

OPS/OMS

Dr. Luis Macías

OPS/OMS

### Consultora:

Ilya Cardoza

## Abreviatura y Acrónimos

<b>AGR</b>	Área de Gestión de Riesgo
<b>CENTOX</b>	Centro Nacional de Toxicología
<b>CEPAL</b>	Comisión Económica Para América Latina y El Caribe
<b>CICR</b>	Comité Internacional de Cruz Roja
<b>CIED</b>	Comité Interinstitucional de Emergencia y Desastres
<b>CNE</b>	Centro Nacional de Enlace
<b>COE</b>	Centro de Operaciones de Emergencia
<b>COEN</b>	Centro de Operaciones de Emergencia Nacional
<b>CONASA</b>	Comisión Nacional de Agua y Saneamiento
<b>COPECO</b>	Comité Permanente de Contingencias
<b>EDAN</b>	Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades
<b>EMDAT</b>	Emergency Events Database
<b>EMT</b>	Técnicos Médicos en Emergencia
<b>EPHPM</b>	Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples
<b>ERR</b>	Equipos de Respuesta Rápida
<b>IHSS</b>	Instituto Hondureño de Seguridad Social
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG's</b>	Organización No Gubernamentales
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PNUD</b>	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
<b>RSI</b>	Reglamento Sanitario Internacional
<b>SANAA</b>	Servicio Nacional de Agua y Alcantarillado
<b>SESAL</b>	Secretaría de Salud
<b>SINAGER</b>	Sistema Nacional de Gestión de Riesgos
<b>SMN</b>	Servicio Meteorológico Nacional
<b>SNE</b>	Servicio Nacional de Emergencia
<b>Triage</b>	Clasificación o protocolo de intervención
<b>UCI</b>	Unidad de Comunicaciones Institucional
<b>UCS</b>	Unidad de Comunicación Social
<b>UNAH</b>	Universidad Nacional de Honduras
<b>UVS</b>	Unidad de Vigilancia de la Salud

## Resumen Ejecutivo

La Secretaría de Salud a través del Área de Vigilancia de la Salud, tiene a bien presentar el Plan de Respuesta Multiamenazas ante Emergencias y Desastres del Sector Salud de Honduras correspondiente al período 2018 – 2022. Este instrumento fue elaborado con el financiamiento y cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud.

El propósito de este instrumento es crear un marco de respuesta nacional, integrada, intersectorial, interinstitucional para contribuir al fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sector salud ante un evento que coloque en riesgo la salud y vida de la población hondureña, orientando actividades tanto en la preparación como en la respuesta ante una emergencia.

Este plan ha incorporado el análisis de amenazas que tradicionalmente han afectado al país tales como: geológicas, hidrometeorológicas, así como antropológicas no comunes como epidemias, emergencias radiológicas, materiales peligrosos. Cada una de ellas presenta un resumen histórico de la afectación al país, y como se verá afectada la población hondureña ante una emergencia de este tipo.

También podrá encontrar el establecimiento de estructuras para dar una respuesta de calidad y oportuna, así como mecanismos de coordinación de la Secretaría de la Salud con instituciones gubernamentales, organismos de cooperación, empresas privadas, instituciones académicas, gobiernos locales y comunidad.

## Marco Legal

La Ley del Sistema Nacional de Gestión de Riesgos (SINAGER), decreto 151-2009, crea el sistema y se constituye el marco normativo para desarrollar la capacidad de prevenir y disminuir los riesgos de potenciales desastres, además de la preparación a la respuesta y recuperación de daños provocados por los fenómenos naturales o los generados por la actividad humana.

El Sistema Nacional de Gestión de Riesgos es el conjunto sistémico, participativo de articulación armónica de todas las Instituciones del Estado, de la empresa privada y las organizaciones de la sociedad civil del país.

De acuerdo al capítulo VII “Las alertas y declaraciones de emergencias, desastres y calamidad” en su artículo 41 que cita, el Comisionado de COPECO, en consulta con los organismos técnico – científicos encargados del monitoreo y análisis de los fenómenos naturales, será el encargado de declarar los diferentes niveles de alerta, frente a la inminencia, eventualidad o impacto de una amenaza natural o antropogénica.

Del mismo modo en este capítulo como Sección Única “Emergencias Especiales: Epidemiológicas, Ambientales, Agropecuarias y Forestales” en su artículo 45 mandata que “la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, será la encargada de declarar las emergencias epidemiológicas y las medidas de control y prevención del sector salud, de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto No. 65 de fecha 29 de mayo de 1991, contenido del Código de la Salud.” La Secretaría de Estado en el Despacho de Salud coordinará y dirigirá a las otras instancias del SINAGER para hacer un efectivo control epidemiológico.

Además del marco legal de COPECO el país tiene mandato de hacer la vigilancia y respuesta ante emergencias de salud pública. Por disposición del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), en el cual define lineamientos a ser considerados para la prevención o la propagación internacional de enfermedades, protección contra esa propagación internacional de enfermedades, controlar y dar respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales.

Conforme a lo descrito anteriormente en este plan se definirán, planificarán y ejecutarán las acciones relacionadas a la preparación y respuesta ante desastres, del Sector Salud a través del liderazgo de la Secretaría de Salud.

## Alcances del Plan

### Propósito

Crear un marco de respuesta nacional, integrada, intersectorial, interinstitucional para contribuir al fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sector salud ante un evento que coloque en riesgo la salud y vida de la población hondureña.

### Alcances del Plan

- ✓ Describe la organización funcional que utilizará la Secretaría de Salud como ente coordinador del sector salud, cuando se presente una emergencia o un desastre, para cumplir con las responsabilidades asignadas por el Sistema Nacional de Gestión de Riesgos (SINAGER), a través de la Comisión Permanente de Contingencias (COPECO) y lo establecido en específico en la Ley de SINAGER, en el Plan Nacional de Gestión Integral de Riesgos y el Reglamento Sanitario Internacional (RSI)
- ✓ Establece las acciones que deben realizar las autoridades de la SESAL, sus dependencias y miembros del sector en caso de emergencia o desastre;
- ✓ Define las funciones y responsabilidades que las áreas de intervención de la SESAL, así como, por sus estructuras territoriales; deben llevar a cabo en situaciones de emergencia y desastres.
- ✓ Establece los mecanismos de coordinación necesarios para manejar adecuadamente las responsabilidades en caso de emergencias o desastres entre instituciones y cooperantes humanitarios.
- ✓ Define un mecanismo de control de operaciones para manejar adecuadamente las operaciones de respuesta a emergencias y desastres

## 1. Situación de Salud en Honduras

### 1.1 Enfermedades prevalentes, causas de Morbilidad, de Riesgo Epidémico y Mortalidad.

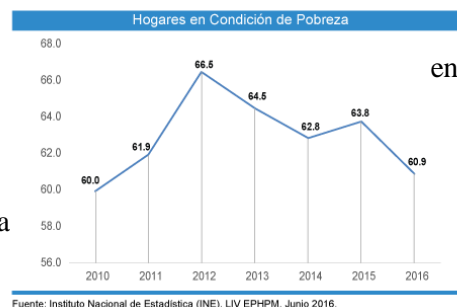
Honduras al igual que otros países de Latinoamérica o en vía de desarrollo, muestra un perfil epidemiológico caracterizado por la presencia de enfermedades transmisibles o infectocontagiosas, relacionadas con las condiciones de acceso al agua y al saneamiento básico, pero a la par coexisten las no trasmisibles que comprenden las enfermedades crónicas: tales como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares que tienen mayor presencia en la población adulta y otro grupo de importancia como lo es la violencia (en sus diferentes tipos) ocasionado por los estilos de vida.

De acuerdo al Plan Nacional de Salud 2014-2018, refleja que la mortalidad materna y la mortalidad infantil han disminuido e igualmente cabe señalar los logros en cobertura de vacunación infantil que ha conllevado la erradicación de enfermedades prevenibles como la poliomielitis, el sarampión y el tétano neonatal, las cuales impactaban de manera relevante en la mortalidad infantil.

Sin embargo, se muestra una alta incidencia de enfermedades transmisibles y vectoriales dimensionadas en: la incidencia de dengue clásico y hemorrágico, de acuerdo a las estadísticas reflejadas por la Secretaría de Salud, en el año 2012, la tasa de prevalencia de dengue hemorrágico fue de 12.8 por 100 mil habitantes, aumentando en el 2015 a 24.7. También se refleja entre los años 2015 al 2017 una alta incidencia de zika y chikunguya, así como la presencia de malaria, leishmaniasis y chagas en zonas específicas del país; la aparición de la Influenza H1N1 en todo el país con mayor incidencia en las zonas urbanas, especialmente en Tegucigalpa y San Pedro Sula; la prevalencia de tuberculosis y las tasas de incidencia del VIH/SIDA en población general y en aquellas de alto riesgo.

### 1.2 Grupos Vulnerables y factores de Riesgo Asociados.

De acuerdo al último informe de la Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM) emitido por el Instituto Nacional de Estadística (INE) para junio de 2016 el 60.9% de los hogares hondureños se encuentran condición de pobreza, ya que sus ingresos están por debajo del costo de una canasta básica de consumo que incluye alimentos y otros bienes y servicios. Es importante notar que en relación al año 2012 (66.5) la pobreza ha disminuido en 5 puntos.



Sin embargo, la pobreza es más marcada en el sector rural donde la pobreza es de 62.9% y la pobreza extrema corresponde al 52.4% es decir que la mitad de la población rural se encuentra en pobreza.

De acuerdo al Perfil de estratos sociales en América Latina: pobres, vulnerables y clases medias, elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en el año 2015, indica que de 18 países que formaron parte de este estudio, Honduras no ha mejorado su condición de pobreza, y los grupos vulnerables siguen siendo niñas, niños, mujeres, personas con discapacidad, personas de tercera edad e inmigrantes.

### *1.3 Situación de Zoonosis.*

La Secretaría de Salud notifica anualmente de 4.000 a 5.000 casos de mordedura por animales transmisores de la rabia. Después de cinco años en que la rabia canina estuvo ausente debido a una disminución de la cobertura de vacunación en 2013 se presentaron 18 casos distribuidos en los departamentos de La Paz, Comayagua, Intibucá y Valle. En 2014 se notificaron 17 casos de rabia canina y un caso de rabia humana.

La leptospirosis se presenta en todo el territorio, y el Instituto Hondureño de Investigaciones Médicas–Veterinarias ha confirmado la circulación de más de 15 cero variedades de leptospiras. En 2013 se notificaron 172 casos, 14 en 2014 y 92 en 2015. Los casos ocurridos en 2015 se concentraron en 11 departamentos; sin embargo, la mayor cantidad de casos y las siete defunciones ocurridas en dicho año se registraron en el departamento de Choluteca, al sur del país.

Enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza

De acuerdo con la Secretaría de Salud, el departamento de Choluteca es la única región que anualmente notifica casos de lepra. El año 2015 fue el de mayor incidencia (10 casos nuevos). En el período 2010–2015 se diagnosticaron 17 casos, de los cuales 11 fueron de la forma multibacilar, seis se presentaron en menores de 15 años y seis en mujeres. Al finalizar el año 2015, siete pacientes estaban en tratamiento

### *1.4 Situación Higiénica Sanitaria.*

#### *a. Acceso de la población a agua potable y saneamiento*

El Consejo Nacional de Agua y Saneamiento informó que entre 2006 y 2010 la cobertura de servicios de agua pasó de 84% a 86% de la población. En 2010, esta cobertura fue de 81,3% para las viviendas del área rural y 95% para las del área urbana. La meta correspondiente al séptimo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio fija una cobertura de 88,5%, la cual es probable que se alcance. Sin embargo, en las zonas rurales donde el sistema de agua se administra por Juntas no se realiza la cloración del agua, y en el área urbana la discontinuidad



del servicio y las fracturas producidas en la red de distribución provocan la contaminación del agua que en su origen fue adecuadamente clorada.

En 2008, la Comisión de Agua y Saneamiento notificó que 71% de las viviendas tenía acceso a servicios mejorados de alcantarillado y saneamiento básico (62% en el área rural y 80% en la urbana), proporción que aumentó a 78,2% en 2009. A nivel nacional, 60% de las viviendas urbanas tenía conexión al alcantarillado sanitario; sin embargo, en las localidades urbanas intermedias y pequeñas este tipo de instalación se reduce a 44%. La meta fijada en el séptimo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015, de lograr una cobertura de 50%, ya ha sido alcanzada.

Según el ente regulador de los servicios de agua potable y saneamiento, la cobertura con servicios de tratamiento de las aguas residuales provenientes de fuentes domésticas fue de 22,1% en 2006, proporción que aumentó a 27,3% en 2009 (10). Únicamente 38% de las localidades urbanas cuenta con sistemas de tratamiento de aguas residuales.

#### *b. Sistemas de Disposición de Desechos Sólidos y Cobertura.*

Según publicaciones del Banco Interamericano de Desarrollo y la OPS, se estimó que en 2007 se generaban diariamente 3.792 toneladas de residuos, cifra que aumentó a 4.880 toneladas en 2010. Los datos sobre disposición final pusieron de manifiesto que solo 60 municipios (20%) tenían cobertura con servicios de recolección, y que únicamente 4% de las 298 municipalidades contaba con instalaciones apropiadas para disponer los residuos sólidos generados por las actividades domésticas y productivas; la mayor parte de los residuos se disponen en botaderos a cielo abierto.

## 2. Situación de los Servicios de Salud en Honduras.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su informe Salud en las Américas del año 2017 en el capítulo que corresponde a Honduras, define que el sistema de salud está formado por un sector público y uno privado. En el cual, el primero incluye la Secretaría de Salud (SESAL) y al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

De acuerdo al Modelo Nacional de Salud, la SESAL ofrece servicios a toda la población a través de sus propias instalaciones y con su personal de médicos y enfermeras, pero se estima que solo entre 50% y 60% de los habitantes usa regularmente estos servicios. El IHSS cubre a 40% de la población económicamente activa que está empleada y a sus dependientes, ya sea a través de sus propios centros o bien servicios y contratados.

El sector privado atiende entre el 10% y 15% de la población que tiene capacidad de pago o bien a quienes tienen aseguramiento privado. Se calcula que alrededor de 17% de la población no cuenta con acceso regular a los servicios de salud.

En el 2014, el gasto total en salud per cápita fue de US\$ 212, correspondiente a 8,72% del producto interno bruto. El gasto público, considerando tanto al sector de SESAL como de IHSS, fue 4,4% del producto interno bruto. El gasto de bolsillo representó 50% del gasto total en salud.

El Modelo Nacional de Salud se aprobó en el 2013 y se basa principalmente en la atención primaria de salud. Ese año se creó la Dirección General de Desarrollo del Recurso Humano, responsable de conducir el proceso de desarrollo de los trabajadores de la salud.

Realizando una comparación de la cobertura del personal de salud de los años 2013 a 2015, se puede observar que en el año 2013, se disponía de 10,0 médicos, 3,8 enfermeras y 0,3 dentistas por cada 10 000 habitantes y para el 2015, la gestión descentralizada de los servicios de salud llegó a 82 municipios en 15 departamentos del país, cubriendo a una población de 1 337 874 habitantes.

El modelo nacional de salud en su propuesta ha priorizado la atención primaria, ha orientado la implementación de 500 equipos de atención primaria para zonas rurales y remotas del país. Los equipos están compuestos por un médico, una enfermera y un promotor de salud, y priorizan la atención a comunidades en extrema pobreza, vulnerabilidad ambiental y situación de violencia. A mediados del 2015 ya había 367 equipos en operación que habían atendido a 1 400 000 de personas, promoviendo mejoras cualitativas en actitudes y hábitos.

En el 2014, la SESAL creó la Unidad de Gestión de la Información, cuya función es garantizar información válida, oportuna y apropiada para la planificación, organización, dirección, control y evaluación en la salud. A partir del 2016, los 28 hospitales del país cuentan con un sistema de información.

Actualmente la Secretaría de Salud dispone de 28 hospitales (6 nacionales, 6 regionales y 16 de área), 61 clínicas materno–infantiles, 394 centros de salud con médico y odontólogo, 1.048 centros de salud rurales, 4 clínicas periféricas de emergencia y 14 consejerías de familia especializadas en el manejo de la violencia intrafamiliar.

### 3. Situaciones de Desastres en Honduras

#### 3.1 Situación General

Durante el tiempo los países han sufrido devastaciones por los desastres ocasionados en su gran mayoría por fenómenos naturales, retomando lo expuesto por PNUD en su informe “Desastres, Riesgo y Desarrollo en Honduras” en el cual realiza un excelente resumen de lo acontecido en el período comprendido entre 1930 y 2008, indica que la región Centroamericana ha padecido 248 eventos extremos mayores asociados a fenómenos climáticos e hidrometeorológicos. Honduras ha recibido la mayor cantidad (54) y Belice la menor (18). Los eventos más recurrentes son inundaciones, tormentas, deslizamientos y aluviones, poco más de 85% de los eventos totales. Un 9% corresponde a sequías, 4% a incendios forestales y 2% a temperaturas extremas, principalmente bajas, (CEPAL, 2010). Los desastres con mayor impacto son los asociados a tormentas tropicales y huracanes de diversa magnitud, cuyos efectos pueden abarcar todo el territorio, pero que se acentúan en la costa atlántica (EMDAT).

#### 3.2 Situación particular: descripción de la amenaza

##### 3.2.1 Amenazas geológicas

###### A. Deslizamientos

###### A.1 Descripción:

Se debe considerar que el perfil territorial y agroecológico de Honduras es el más variado de la región centroamericana. Al menos el 61 por ciento de la superficie del país está constituido por montañas escarpadas, con pendientes de más del 40 por ciento y, tras largos años de uso incontrolado, predominan los suelos inestables con una marcada erosión: más del 60 por ciento se encuentra en situación de riesgo de deslizamiento.

Habitualmente, los deslizamientos ocurren en zonas en la cual está asentada la mayor parte de la población y en la cadena de montañas, es probable la ocurrencia de éstos. La diversidad de suelos/rocas, topografía y climas de Honduras son condiciones que lo hacen uno de los más susceptibles a este fenómeno (Anexo Mapa de deslizamientos).

El peligro o susceptibilidad a la remoción en masa de la formación geológica superficial y suelos, se genera por factores hidrometeorológicos, sísmicos, químicos o una combinación de éstos. Incluye desde cárcavas, avalanchas, deslizamientos,

desprendimientos de roca, flujos de materiales mixtos, derrumbes y en general cualquier tipo de erosión intensa del suelo o de la formación geológica superficial.

En 2016 COPECO identificó a los siguientes municipios como los más vulnerables ante esta amenaza, estos son: Santa Rosa, Nueva Aradia, Dulce Nombre, Dolores, Corquín, La Unión y Cabañas en Copán, Valladolid, Tambla y Tomalá del Departamento de Lempira, La Encarnación en Ocotepeque, así como el área Metropolitana

Los lugares donde la acumulación de lluvia es excesiva, incluyendo sus alrededores son: Francisco Morazán, Atlántida, Cortés, Gracias a Dios, Yoro, Santa Bárbara, Copán, El Paraíso, Tegucigalpa

## A.2. Hipótesis

✚ **Mortalidad riesgo elevado.** Debido al número de muertes, especialmente si el deslizamiento ocurriera en un área densamente poblada y de concentración de viviendas, pudiéndose dar por efecto directo del movimiento de tierra o por destrucción de viviendas o estructuras, con el correspondiente colapso o derrumbamiento sobre personas y bienes. Al igual que los terremotos influye la hora del suceso. El número de víctimas es más alto cuando el evento es de noche, sin embargo el área comprometida es limitada y por ende sus efectos son circunscritos.

✚ **Morbilidad riesgo elevado:** el número de personas con traumatismos severos que necesitan atención médica de urgencia.

## B. Tsunamis

### B.1 Descripción

Un tsunami es una serie de olas generadas por un rápido desplazamiento de un gran volumen de agua. Por lo general, un tsunami es producido en un 90 % por sismos que ocurren en las zonas de subducción en el fondo del mar, un tipo de frontera de las placas tectónicas, para el caso de Honduras la subducción se realiza entre la placa de Cocos que se sumerge en la Placa Caribe.

Los tsunamis han sido considerados fenómenos naturales que causan daños menores para Centroamérica en comparación con los daños provocados por fenómenos más frecuentes. Sin embargo datos históricos muestran que tsunamis han causado muerte y destrucción en todo Centroamérica, muchos de los cuales han sido olvidados.

Las costas de Centroamérica están expuestas a tsunamis generados por sismos localizados frente a ellas, tanto como a los que son generados por sismos distantes localizados desde la zona de Alaska hasta Suramérica. A lo largo del segmento de costa de Centroamérica que se extiende desde el oeste de Nicaragua hasta el sur de México, la actividad sísmica reciente más fuerte está

caracterizada por sismos de una magnitud mayor a 6.0 Ritchter los cuales son resultado de la subducción oblicua de la placa de Cocos debajo de la placa del Caribe.

Es importante mencionar que existe una frontera, la cual está entre la placa de Norte América y la placa del Caribe, ahí justamente está enclavado Honduras, por lo cual no se debe minimizar la ocurrencia de un terremoto. Esto conlleva que por las condiciones antes expuestas existen posibilidades de ser impactados por tsunamis, es prioritario educar y prepararse para este tipo de eventos que, sin duda alguna, se generarán en el futuro.

El último terremoto en Honduras se dio en 2009 con una magnitud de 7.1 en la escala de Ritcher en el cual solo ocasionó daños materiales, también se debe considerar que en la parte sur, el país tiene costa en el Golfo de Fonseca y en consecuencia se sabe que los países riberos en el pacífico son propensos a sufrir sismos.

En los canales históricos se registran tsunamis en Centroamérica desde 1540. Han ocurrido entre 35 y 40 en todos los Países del istmo, sin embargo, los ocurridos en la región no han llegado a ser tan espectaculares como los que se observan en Asia, Japón o América a del Sur. Se tiene registro de un tsunami que afectó las costas hondureñas fue el del 4 de agosto de 1856, ocurrió en el Golfo de Honduras cerca de Belice y bañó toda la costa norte: Tela, La Ceiba, Trujillo y llegó hasta Gracias a Dios. Este tsunami se cree que fue originado por un sismo de muy alta magnitud entre unos siete y ocho grados. No se tiene un recuento de cuantas muertes causó, pero si se sabe que ocasionó mucho daño.

## B.2. Hipótesis

- ✚ **Mortalidad riesgo elevado:** el número de muertes dependerá en gran medida de la posibilidad de la alerta temprana; igualmente de las características topográficas de las costas y de la presencia de comunidades en las zonas expuestas al fenómeno.

Influirá también la hora del suceso; el número de víctimas será más alto si éste ocurre por noche.

- ✚ **Morbilidad riesgo elevado:** al igual que en los terremotos, se prevé que los centros hospitalarios recibirán pacientes con lesiones de tipo traumático. Por efectos secundarios podrán presentarse otros tipos de enfermedades por el aumento de vectores tal como se definió para los terremotos.

### 3.2.2 Amenazas hidrometeorológicas

#### A. Inundaciones

##### A.1. Descripción

Los huracanes, son uno de los fenómenos naturales que más han afectado a Honduras a lo largo de su historia, dejando en evidencia su vulnerabilidad ante este tipo de amenazas naturales.

De acuerdo a los datos del Servicio Meteorológico Nacional de Honduras (SMN) desde 1950, el territorio Nacional ha sido afectado considerablemente por más de 30 huracanes, muchos de los cuales han causado cuantiosas pérdidas materiales y humanas dejando el país sumido en profundas crisis económicas, en el luto y el dolor.

A través de los años, el país ha sido azotado por fuertes huracanes y tormentas tropicales que han quedado en la memoria de los Hondureños, como ser el Huracán Alma, que afectó al país en junio de 1966; el Huracán Marco que causó grandes daños en los Departamentos de Cortés, Atlántida, Yoro y Santa Bárbara en 1969.

También el Huracán Edith en septiembre de 1971, el Huracán Fifi en Septiembre de 1974, el Huracán Mitch, en Octubre de 1998, La tormenta Tropical Katrina en 1999, Huracán Vilma en el 2005 y el Huracán Félix en el 2007.

Los más devastadores de todos han sido los huracanes Fifi y Mitch. El Huracán Fifi causó la muerte de más de 8,000 personas, dejó a 100,000 personas damnificadas y más de 200 millones de Dólares en pérdidas económicas.

El Huracán Mitch. Fue un potente huracán de categoría 5, considerado uno de los Ciclones Tropicales más poderosos y mortales de la era moderna. Según datos de La Comisión Permanente de Contingencias de Honduras (COPECO) el huracán Mitch provocó la muerte de 5,657 personas, 8,058 personas desaparecidas, 1,5 millones de personas damnificadas, 285,000 viviendas dañadas o destruidas y millones de dólares en pérdidas económicas.

El Huracán Mitch representa para Honduras más de 20 años de retraso social y económico, que incrementaron aún más los niveles de pobreza y exclusión social que actualmente aquejan a más del 60% de la población nacional (SERNA/PNUD, 2008, pág. 13)

La mayor intensidad de daños y afectaciones del huracán Mitch coincidió con las zonas ambientalmente más degradadas y con las áreas de mayor marginalidad y pobreza. Tanto en los centros urbanos como en las comunidades rurales, los daños han sido usualmente más severos en los asentamientos más pobres, donde las estructuras habitacionales estaban mal ubicadas y eran más frágiles y donde las condiciones de información, nutrición y salud para prevenir el desastre y responder al cambio eran más limitadas (CEPAL, 2007, pág. 56).

Las inundaciones son de diferentes tipos: inundaciones de respuesta rápida, generadas por lluvias intensas y de corta duración, cuyo impacto se observa en cuencas pequeñas y urbanas; en las cuales el tiempo de infiltración en el suelo se ve reducido y se incrementa la escorrentía; estas no dan tiempo de tomar medidas de prevención inmediatas debido a la rapidez de las crecidas de los ríos. El otro tipo de inundaciones son las provocadas por el incremento gradual de los niveles de los ríos en donde la respuesta de la cuenca es más lenta, permitiendo tomar alguna medida preventiva para reducir la probabilidad de pérdidas y daños por las inundaciones, se localizan principalmente en la cuenca del río Lempa.

Además se dieron algunas inundaciones en las zonas urbanas principalmente ocasionadas tanto por insuficiencia del sistema de drenaje como por la acumulación de basura en los tragantes y por la falta de ordenamiento territorial.

## A.2. Hipótesis

- ✚ **Mortalidad riesgo moderado:** debido al número de muertes, si la inundación ocurre en un área densamente poblada y de concentración de viviendas.
- ✚ **Morbilidad riesgo moderado:** en cuanto al número de lesiones son menores, sin embargo se evidencia un incremento en la población de vectores.

En las inundaciones las implicaciones de salud pueden ser de diferente grado. En los desbordamientos se observa un compromiso del saneamiento ambiental, más no una agresión directa a las personas; las inundaciones súbitas pueden generar gran cantidad de víctimas.

### Qué hacer?

- Establecimiento de la alerta COPECO
- Activación de COE - Salud
- Vigilancia epidemiológica constante
- Acompañamiento en los albergues
- Activación de los establecimientos de salud donde se atenderá a las personas afectadas
- Coordinación con instituciones del sector o de otros sectores para brindar una respuesta de calidad
- Establecimiento de zona de triage de ser necesario
- Consulta del Plan de Respuesta

## 3.2.3 Amenazas antrópicas

### A. Epidemias

#### A.1. Descripción

Epidemia se considera cuando en una comunidad o región aparece una enfermedad con el aumento inesperado en el número de casos para ese momento y lugar determinado, por lo que se tiene que tener principal cuidado en describir el período de tiempo en que aparece, el espacio geográfico al que está delimitado y si existen particularidades en los diferentes grupos poblacionales donde se producen los casos, de ahí que surja una interrelación entre el territorio y epidemias; es necesario tomar en cuenta factores como el agente causal, el tamaño y tipo de la población expuesta, inmunidad, entre otros, como elementos que vuelven compleja la epidemia.

En una visión integral el territorio es un espacio físico complejo, en constante movimiento, ligado al sistema social que lo condiciona, donde coexiste un metabolismo entre las relaciones sociales y las relaciones entre la sociedad y la naturaleza. Se ve afectado por

diferentes elementos como la topografía, hidrografía, condiciones climatológicas, ecosistemas, la densidad poblacional que determina el hacinamiento, las migraciones, y el

crecimiento urbanístico, entre otros, que develan una interrelación histórica entre poblaciones que reproducen modelos de vida malsanos, los cuales inciden directamente en la aparición de enfermedades, que son el origen de las epidemias.

Las inequidades están presentes en cualquier el territorio, entendido desde una mirada dialéctica, como una construcción social que representa la materialización del proceso permanente de reproducción social, donde las condiciones naturales originarias o transformadas se vinculan con el perfil epidemiológico.

Cuando la epidemia afecta a un área geográfica muy extensa (a menudo varios continentes) se denomina pandemia. La capacidad de propagación rápida de ciertos tipos de epidemias hace que sea necesario una intervención lo más temprana posible.

Por otro lado, el peligro de epidemia o epidemia potencial se desarrolla cuando se presentan circunstancias tales como:

- a. Una población humana susceptible;
- b. La presencia o la introducción previsible de un agente patógeno.
- c. La presencia de un mecanismo que haga posible la trasmisión a gran escala.

Los rasgos característicos de una emergencia epidémica o amenaza de epidemia se exponen a continuación, aunque debe tenerse en cuenta que no es preciso que estén todos presentes y que su importancia relativa debe evaluarse en cada caso:

- a. Existe riesgo de introducción y propagación de la enfermedad en la población.
- b. Puede preverse razonablemente que se produzca un gran número de casos.
- c. La enfermedad es suficientemente grave como para causar la muerte o una discapacidad grave.
- d. Existe riesgo de alteración social y/o económica por la presencia de la enfermedad.
- e. Las autoridades locales o nacionales no pueden enfrentar eficazmente la situación por falta de: Personal técnico, falta de experiencia en organización, falta/limitados suministros y equipos necesarios (medicamentos, vacunas, material de diagnóstico de laboratorio, material de lucha anti vectorial, etc).
- f. Hay peligro de trasmisión internacional de la enfermedad.

El país es multiétnico, consta de cuatro grandes familias étnicas: los blancos o mestizos que son la mayoría, los pueblos indígenas (lencas, misquitos, tolupanes, chortis, pech, tawahkas), garífunas y criollos de habla inglesa. El departamento con mayor densidad de población es Cortés con 400.3 hab./km<sup>2</sup>., le sigue Francisco Morazán, Olancho, Yoro, Comayagua, Atlántida, Choluteca y El Paraíso.



En el análisis de la vulnerabilidad de la población ante las epidemias, se debe de considerar las condiciones de inequidades sociales que hacen el cotidiano, como el hacinamiento, acceso limitado a servicios básico, falta de saneamiento básico, entre otros,

que propician el surgimiento de nichos ecológicos creando las condiciones favorables para la transmisión de enfermedades que potencialmente pudieran convertirse en epidemias. Los departamentos y municipios fronterizos con países limítrofes (Guatemala, El Salvador y Nicaragua) son altamente complejos por el flujo constante de personas que hacen más vulnerable a las poblaciones de dichos territorios.

De acuerdo al sistema epidemiológico de la Secretaría de Salud, considera como epidemias sostenidas en los últimos 5 años las siguientes enfermedades: dengue, malaria, tuberculosis, chikunguya y zika.

Acorde a lo expresado por OPS/OMS de Honduras el dengue es una enfermedad endémica del continente Americano y Centroamérica, presenta una estacionalidad caracterizada por un incremento de casos. Por su parte el Chikunguya presenta mayor incidencia en San Pedro Sula, Choluteca, Valle y El Paraíso. En relación a la malaria, el país quien presenta mayor carga entre los países de la región, de acuerdo al informe epidemiológico de la SESAL en el 2015 hubo al menos 7,500 casos confirmados.

En el informe a nivel global sobre la situación de la tuberculosis del 2013, Honduras apareció entre los primeros 10 países con incidencia, con una tasa de 44 por cada 100,000 habitantes.

Desde la determinación social de la salud, las epidemias están íntimamente ligadas a las condiciones sociales. “Los procesos de salud-enfermedad son procesos que se gestan en la dimensión social de la vida y tienen sus raíces en los modos de organización de la sociedad y fundamentalmente en los correspondientes patrones de trabajo y consumo de los distintos grupos” (Breilh 1990).

Es decir, que la enfermedad, la muerte o el estar bien o sano, son características que si bien, pueden atribuirse a un individuo como persona, son producto de múltiples determinaciones sociales que se expresan en formas particulares de vivir y enfermar, las cuales se configuran y transforman permanentemente en el proceso general de reproducción social.

## A.2. Hipótesis.

- ✚ **Mortalidad: riesgo elevado.** Dependiendo del tipo de epidemia, la mortalidad puede ser alta en los diferentes grupos de edad.
- ✚ **Morbilidad: riesgo elevado.** En Honduras, la morbilidad por este tipo de enfermedades es elevada, los antecedentes muestran que cada vez que hay una

reactivación de enfermedades tales como arbovirosis, cólera y otras, el número de personas enfermas colapsa la red nacional de hospitales.

#### Qué hacer?

- Establecimiento de la alerta COPECO - SESAL
- Activación de COE - Salud
- Vigilancia epidemiológica constante
- Disponer del CNE como una unidad de "inteligencia" epidemiológica y sanitaria, dando seguimiento y monitoreo sobre todos aquellos Eventos de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) que se registran en el país, apoyando de forma conjunta la coordinación de la respuesta nacional ante epidemias o emergencias sanitarias, con las diversas entidades del orden nacional.
- Activación de los establecimientos de salud donde se atenderá a las personas afectadas
- Coordinación con instituciones del sector o de otros sectores para brindar una respuesta de calidad
- Establecimiento de zona de triage de ser necesario
- Consulta del Plan de Respuesta

## B. Violencia Social

### B.1. Descripción

Existen contextos donde se plantea una serie de amenazas para el acceso humanitario. Estas amenazas dificultan el pleno acceso humanitario y la prestación de servicios imprescindibles para la vida a las poblaciones necesitadas, por lo que deben enfrentarse de manera adecuada.

El acceso humanitario tiene un doble significado. Por un lado, se refiere a la habilidad de los actores humanitarios de llegar a las poblaciones afectadas por una crisis; por otro lado, a la habilidad de estas para acceder a los servicios y a la ayuda humanitaria.

Las instituciones y organizaciones humanitarias tienen responsabilidades en el bienestar de todas las personas afectadas. Sin embargo, también tienen el deber de cuidar a su personal. Para garantizar el acceso en contextos de violencia, las autoridades y los actores humanitarios deben, entre otras cosas, cumplir con los principios humanitarios de imparcialidad y neutralidad para que los actores generadores de violencia observen una clara motivación humanitaria que les predisponga a permitir el acceso.

Aunque la tasa nacional de homicidios ha experimentado una disminución constante en los últimos 3 años. En 2015 Honduras reportó un total de 5.092 homicidios (59 x 100.000

habitantes). En 2016 Honduras según cifras del Observatorio Nacional de la Violencia con 5.150 homicidios, para un promedio de 14 a 15 defunciones por homicidio al día.

Honduras enfrenta fenómenos de violencia perpetrados por grupos armados y pandillas organizadas o narcotraficantes, que resultan, en algunas áreas, en situaciones humanitarias idénticas a conflictos armados: altos niveles de violencia y delincuencia; gran número de lesiones y muertes causadas por armas de fuego de diferentes calibres; extorsiones y secuestros; toque de queda (no oficial); confinamiento, temor a una muerte violenta o ser víctima de un delito; áreas controladas por bandas criminales o maras; reclutamiento forzado, abuso físico y sexual, así como las fronteras invisibles y el acceso limitado a los servicios básicos, entre ellos a salud.

De acuerdo con la tasa de homicidios intencionales, el Consejo Ciudadano para la Seguridad Pública y la Justicia Penal por novena vez en 2017 realiza la clasificación de las primeras 50 ciudades de más de 300 mil habitantes con tasas de homicidio más elevadas del mundo, y al analizar los datos entre 2011 y 2016, varias ciudades de los países del TNCA clasifican en este ranking. San Pedro Sula en Honduras, ocupó por cuatro años consecutivos el primer lugar, en 2015 el segundo puesto y en 2016 descendió al tercer puesto. El Distrito Central, compuesto por Tegucigalpa y Comayagua en el mismo periodo analizado ha oscilado entre el 4° y 6° puesto; San Salvador en El Salvador también quedó referenciado en este ranking y en los últimos tres años ascendió, situándose entre los 13 primeros lugares. Ciudad de Guatemala en Guatemala también entró en el ranking situándose dentro de las primeras 25 ciudades más peligrosas del mundo. (Tabla 1 y Fig. 2).

**Tabla 1. Puesto ocupado por las ciudades de los países del TNCA en el ranking de las 50 ciudades más peligrosas del mundo 2011 - 2016**

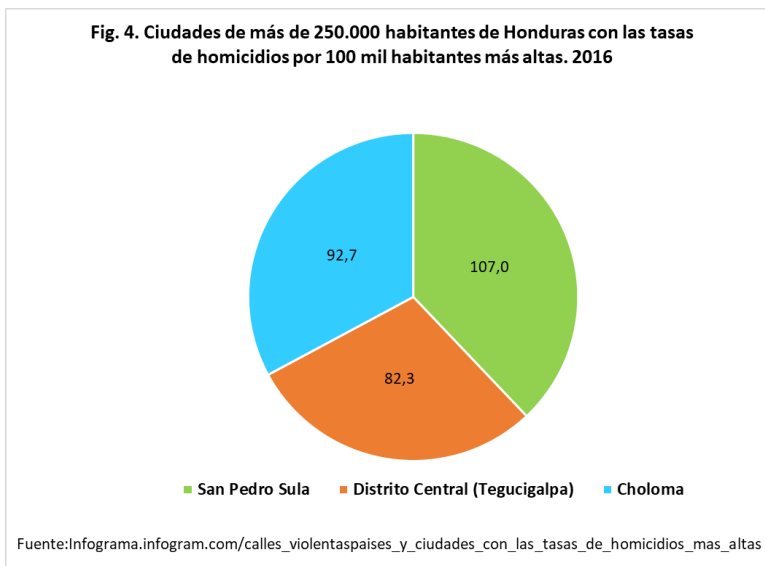
Ciudad TNCA	2011	2012	2013	2014	2015	2016
San Pedro Sula	1	1	1	1	2	3
Distrito Central (Tegucigalpa y Comayagua)	5	4	6	5	6	4
San Salvador	20	44	27	13	3	7
C. Guatemala	12	12	8	25	25	23

Fuente: Consejo Ciudadano para la Seguridad Pública y la Justicia Penal. Estudio sobre las 50 ciudades más peligrosas del mundo 2011-2016. México

En Honduras para el 2016 las ciudades que entraron en el ranking de las 50 ciudades de más de 250.000 habitantes fueron en orden descendente según la tasa de homicidios por 100 mil habitantes San Pedro Sula, Choloma y El Distrito Central, superando ampliamente el umbral de la tasa epidémica de la violencia (Fig. 4)

Honduras en 2016 registró 8,260 muertes por causa externa, reflejando un aumento del 2.8% con relación al año anterior y es el primer año de los últimos tres que no registró descenso en el número de víctimas. Los homicidios se mantuvieron como la principal

manera de muerte por causa externa en el país al acumular 5,150 víctimas que representan el 62.3% del total de casos. El 75.3% de los homicidios ocurridos fueron cometidos con arma de fuego y el 11.1% con arma blanca, lo que acumula un 86.4% de los casos 1.



Al revisar las tasas de homicidio en Honduras, hay ciudades de menos de 250.000 habitantes que presentaron para 2016 cifras muy por encima de la tasa nacional (59,1) e incluso de San Pedro Sula (107), como puede observarse en la tabla 2.

**Tabla 2. Tasa de homicidio por municipios con menos de 250.000 habitantes. Honduras - 2016**

Municipio	Población 2016	Departamento	Tasa x 100 mil hab.
Santa Rita	20.710	Yoro	226,9
Santa Rita	4.020	Santa Barbara	223,9
Dolores	6.777	Copán	147,6
La Venta	6.353	Francisco Morazán	141,7
El Porvenir	23.592	Atlántida	135,6
La Ceiba	207.733	Atlántida	120,8
San Antonio	10.064	Copán	119,2
Las Vegas	25.196	Santa Barbara	109,4
<b>Población País 2016</b>	<b>8.721.014</b>	<b>Tasa Nacional</b>	<b>59,1</b>

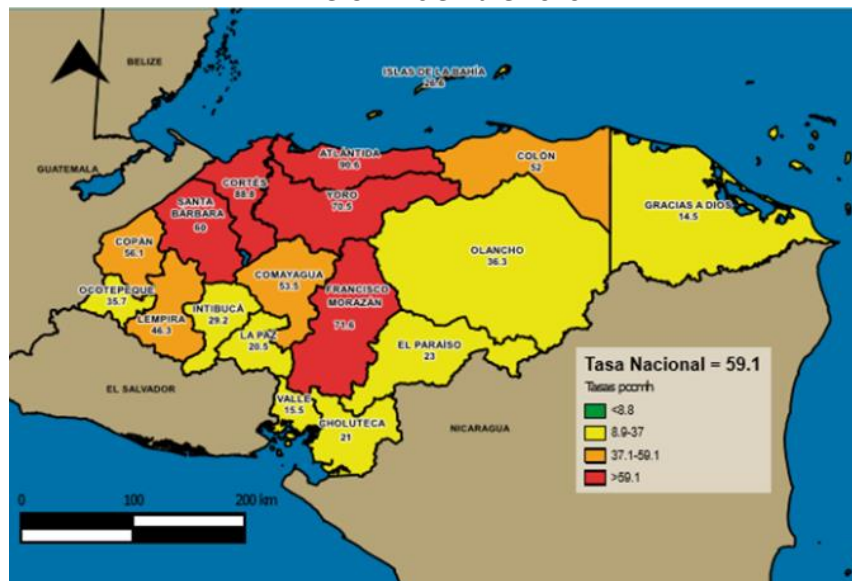
Fuente: Observatorio Nacional de Violencia. UANH

La distribución territorial de los homicidios en Honduras en el año 2016 mostró tres zonas diferenciadas según el nivel de intensidad de la violencia; una primera zona de intensidad alta (color rojo) con tasas de homicidios superior al promedio nacional (59,1 x 100 mil

<sup>1</sup> Observatorio Nacional de la Violencia -UNAH-Honduras.

hab.) se localizaron los departamentos de Atlántida, Cortés, Francisco Morazán, Yoro y Santa Bárbara. La segunda zona de nivel medio alto (color naranja) se ubicaron cuatro departamentos: Copán, Comayagua, Colón y Lempira. La mitad del país está considerada como zona de intensidad media baja donde se encuentran Islas de la Bahía, Gracias a Dios, Olancho, Choluteca, Valle, El Paraíso, La Paz, Intibucá y Ocotepeque. (Mapa No. 1)

**Mapa 1. Honduras. Tasas de homicidios por 100 mil habitantes según departamento. Enero – Diciembre 2016**



Fuente: Dirección General de Medicina Forense / Policía Nacional / Proyecciones INE 2016 (censo 2013) / Monitoreo de Medios / Observatorios Locales y Observatorio Nacional de la Violencia -UNAH-Honduras Fuente cartográfica: SINIT -SEPLAN

La violencia en Honduras tiene un comportamiento epidémico, afectando a la población en general, sin embargo, no se cuenta con estadísticas sistemáticas que permitan un acercamiento a la afectación de los trabajadores de la salud, más allá de las cifras que para Honduras obtiene el Observatorio Nacional de la Violencia de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (ONV-UNAH)<sup>2</sup> mediante el monitoreo de medios impresos y multimedia, identificando en 2016 un total de 3.294 homicidios de los cuales el 59,6% ocurrió en la vía pública, 11,85 en casa de habitación, hotel o similares y 2,6% ocurrieron en el sitio de trabajo, pero no se tiene un mayor nivel de desagregación que permita identificar los establecimientos de salud como sitio de trabajo. En el Salvador según datos de la Policía Nacional Civil y Fundepaz<sup>3</sup> el 84,2% ocurrió en la vía pública, 6,1% en casa y 1,1% en el lugar de trabajo.

<sup>2</sup> UNAH. Observatorio de la Violencia. Mortalidad y otros. Boletín enero – Diciembre 2016. Edición No. 44, marzo 2017. Tegucigalpa. Pág. 13.

<sup>3</sup> Procesados por el Centro de la Sociedad Civil para el monitoreo y Evaluación de la violencia en El Salvador. Consultado en: <http://fundemospaz.org.sv/informes/1ebawkhvbwpdnug9hgkz3ky5yqhyeheaackegnkaypw/>

La violencia en Honduras afecta a la población en general, sin que los trabajadores de la salud escapen a este fenómeno, de tal manera que la cotidianidad en el enfrentar hechos violentos desdibuja el principio de realidad de la misma, pasando en ocasiones a un estado de normalización de la violencia, minimizando eventos en los que no media la agresión física, lo que contribuye ineludiblemente al aumento de la vulnerabilidad y el riesgo para los trabajadores sanitarios, que según resultados obtenidos en el proyecto Dipecho el 48,5% de trabajadores sanitarios encuestados afirmaron haber sido víctima de violencia en el último año.

En cuanto al tipo de hechos violentos reportados por los trabajadores de la salud de los hospitales priorizados, la amenaza verbal, seguido del robo/hurto y pacientes o familiares violentos son los que se destacan. Respecto al sitio de ocurrencia de los hechos violentos que afectaron a los trabajadores, el mayor porcentaje corresponde al lugar de trabajo en un 67,9% en Honduras, seguido del camino al lugar del trabajo y sus colonias o el transporte de servicio público. Así mismo los establecimientos de salud que además de las actividades clínicas asistenciales también realizan actividades de atención primaria en salud de manera directa en las comunidades resultan altamente afectados por la violencia. El ataque físico, la extorsión y los ataques armados son hechos violentos que también se reportaron en los establecimientos de salud.

De acuerdo al informe de la situación de los derechos humanos en Honduras 2016, del Alto Comisionado de la ONU para esos derechos (OACNUDH), la violencia y la delincuencia están presentes en el país, en el cual son producto de los altos niveles de desigualdad, exclusión social, así como por un conjunto de factores históricos y contextuales.

Algunos de los obstáculos o amenazas al acceso humanitario, en contextos de desastres naturales u otros tipos de desastres, son los siguientes (en algunos casos se puede dar una combinación de factores que restringen el acceso).

- Impedimentos relacionados con el clima, el terreno o falta de infraestructura.
- Desvío de la ayuda o interferencia en la ejecución de actividades.
- Clima de violencia en la zona.
- Ataques a bienes, recursos y al personal humanitario.
- Otros obstáculos y condiciones creadas por actores que generan violencia.
- Restricciones burocráticas al personal y a los insumos humanitarios.

Según el manual de campo de UNDAC (Equipo de Naciones Unidas para evaluación y coordinación en casos de Desastre), el proceso para determinar si el riesgo es aceptable se determina tras contestar a cuatro preguntas.

1. ¿Qué tan importante es la actividad?
2. ¿Los beneficios previstos justifican la aceptación de un alto nivel de riesgo?

3. ¿Se ha hecho lo suficiente para reducir el riesgo a un nivel razonable para el personal?
4. ¿Los riesgos (restantes) identificados son manejables en el contexto correspondiente?

Al responder de forma afirmativa a las últimas tres preguntas, las actividades deben continuar. En el fondo, se trata de poner en la balanza los “riesgos residuales” (los que quedan tras aplicar todas las medidas razonables) y la importancia de la misión o actividad que se lleva a cabo.

El umbral del riesgo aceptable debe establecerse desde un análisis del riesgo, que valore la probabilidad de un evento no deseado y su impacto. En el manual UNDAC se establece una tabla de análisis del riesgo, en el que se combinan los diferentes niveles de probabilidad con los posibles impactos si ocurren.

**Tabla de análisis de riesgo (de seguridad)**

		IMPACTO				
		Insignificante	Menor	Moderado	Severo	Crítico
PROBABILIDAD	Muy probable	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	Inaceptable
	Probable	Bajo	Medio	Alto	Alto	Muy alto
	Moderadamente probable	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Alto
	Improbable	Muy bajo	Muy bajo	Bajo	Medio	Medio
	Muy improbable	Muy bajo	Muy bajo	Muy bajo	Bajo	Bajo

## ES IMPORTANTE NEGOCIAR EL ACCESO HUMANITARIO

Que una organización tenga un buen nivel de aceptación de la comunidad local no garantiza el acceso ni otros problemas relacionados con la violencia. La negociación para el acceso seguro puede ser directa (en el caso del CICR u otros actores) o puede ser mediada por líderes u organizaciones locales. A continuación, algunas sugerencias sobre negociación de acceso humanitario:

- ✚ Identificar un interlocutor o intermediario apropiado para iniciar las negociaciones con grupos delincuenciales (del liderazgo comunitario, de iglesias o de alguna institución que cuente con la credibilidad suficiente).
- ✚ Apoyarse en algunas instituciones nacionales, agencias de Naciones Unidas como OPS/OMS, y otras agencias hermanas humanitarias como UNFPA, CICR, Bomberos, Cruz Verde entre otros, para solucionar problemas y bloqueos a la ayuda.
- ✚ Establecimiento de alianzas público – privadas para la atención de las personas afectadas (IHSS, Sanidad Militar, Red Pública y Privada)

- ✚ Identificar “líneas rojas” para la negociación (por ej., pago directo por acceso, pagar “impuestos” a grupos, transferencia de ayuda a grupos delincuenciales...).
- ✚ Actuar de manera colectiva en respuesta a cualquier amenaza, secuestro o asesinato de miembros del personal (importancia del compartir información).
- ✚ Buscar asesoramiento en materia de seguridad de instituciones, redes o mecanismos nacionales sobre seguridad o protección.
- ✚ Respetar el marco institucional y legal para la realización de la negociación.
- ✚ Identificar y explotar las oportunidades y ventanas temporales de acceso, como el establecimiento negociado de “días de tranquilidad” para tener acceso seguro.
- ✚ Aumentar la comunicación con las autoridades locales, algo importante para la negociación y para monitorear las condiciones cambiantes de seguridad.
- ✚ Debemos recordar que no todas las organizaciones pueden negociar con este tipo de actores debido a sus mandatos institucionales.
- ✚ Aquellas organizaciones que no puedan por sus mandatos hacer negociaciones directas, podrían establecer negociaciones y coordinaciones con otras organizaciones que por su liderazgo y trabajo en las comunidades/barrios pueden para facilitar este acceso,

## C. Emergencias radiológicas

### B.1. Descripción

Una emergencia radiológica transcurre cuando un suceso en una instalación perturba su funcionamiento normal hasta el punto que puede originar un accidente con consecuencias para las instalaciones, trabajadores, la población o el medio ambiente.

Las emergencias radiológicas pueden provocar efectos graves para la salud. Sin embargo, es importante reconocer que también existe otros peligros distintos a la radiación como incendios, explosivos, entre otros, que pueden representar un riesgo mucho mayor para la salud.

Aunque la exposición a la radiación también puede provocar cáncer a largo plazo, es improbable que una emergencia radiológica aumente de manera objetiva la tasa de incidencia de cáncer entre la población y los trabajadores. Por lo tanto, son los efectos graves para la salud (la lesión o daño por la exposición), los que revisten importancia primordial para las primeras actuaciones.



Cada situación de emergencia radiológica será diferente de acuerdo con el lugar, el tipo, la causa, la escala y el efecto. La radiación puede matar o modificar las células vivas, las exposiciones a la radiación de bajo nivel, especialmente cuando se comparan con el nivel de radiación natural de fondo, pueden tener un efecto insignificante o no apreciable para el individuo. Los efectos biológicos de la radiación pueden dividirse en dos grupos principales: efectos tisulares adversos (o agudos) y efectos estocásticos (o tardíos), según el tipo de daño que sufren las células. Los efectos tisulares adversos pueden incluir quemaduras cutáneas, enfermedad por radiación e incluso la muerte y resultan de la pérdida de la capacidad reproductiva de las células constitutivas, lo que provoca lesiones en el tejido. Por otra parte, los efectos estocásticos incluyen cánceres y defectos hereditarios resultantes de la alteración del componente genético de las células.

Las situaciones de emergencia radiológica pueden tener también efectos psicológicos, dado que el temor a un peligro desconocido, invisible y terrible en potencia provoca estrés agudo. Las autoridades locales deben ser conscientes de que dicho estrés y problemas asociados, pueden surgir aun cuando la exposición a la radiación sea baja o insignificante. Estas situaciones pueden presentarse en:

✘ **Fábrica con una fuente radiactiva:**

- a. Daño del equipo que posee fuente radiactiva de baja actividad a causa de inadecuada manipulación del equipo, un evento natural (terremoto) o un incendio, que generen exposición de trabajadores a radiación.
- b. Daño del equipo que posee fuente radiactiva de media actividad a causa de inadecuada manipulación del equipo, un evento natural (terremoto) o un incendio, que generen exposición de trabajadores a radiación.

✘ **Transporte de material radiactivo:**

- a. Accidente de tránsito que involucre un vehículo de transporte de material radiactivo que puede involucrar una fuente sólida o una fuente líquida, en carretera y en poblaciones aledañas.
- b. Hurto o robo del vehículo de transporte de material radiactivo.

✘ **Hospitales privados, hospitales del seguro social y hospitales nacionales:**

- a. Daño a equipo que posee fuente radiactiva a causa de inadecuada manipulación, un evento natural (terremoto) o un incendio, que generen exposición de trabajadores a radiación.
- b. Contaminación de pacientes o trabajadores por inadecuada manipulación de material radiactivo.

✘ **Otros:**

- a. Sabotaje a almacén central de fuentes radiactivas en desuso que genere una posible fuga de radiación.
- b. Caída de partes de satélites que contengan fuente radiactiva.
- c. Histeria colectiva producto de un atentado terrorista con un dispositivo de dispersión radiactiva (bomba sucia).

## B.2 Hipótesis

- ✚ **Mortalidad riesgo bajo:** la persona sufre primero una enfermedad leve, según lo descrito anteriormente y después sufre una grave y queda incapacitado, con vómitos y diarrea grave, con manchas por el cuerpo por hemorragias subcutáneas, hematemesis y hematoquecia. Los síntomas de la enfermedad grave se presentan de dos a seis días posteriores a la exposición a niveles de 300 rads o menos; y de uno a seis días por encima de esa dosis (es posible que una persona se recupere de la enfermedad por radiación leve antes de sufrir los efectos de la grave).

La incapacidad dura de uno a seis días, más un día por cada dos días pasados sin descanso en cama y atención médica. La cantidad de atención médica requerida es la misma que para una persona con una herida grave en dos partes del cuerpo (o dos partes heridas adicionales si además está herido). La enfermedad general, aproximándose a los efectos de la leve, durará de una a seis semanas.

- ✚ **Morbilidad riesgo elevado:** la persona sufre náuseas, vómitos y dolores de cabeza. Comienzan de una a seis horas tras la exposición. La persona ve su fuerza, agilidad e inteligencia reducidas a la mitad, los síntomas duran un día a niveles bajos de exposición, dos días si la exposición es de 600 rads o superior.

Según la intensidad de la radiación y su localización, la persona puede morir en horas o semanas, si no fallece en los meses siguientes, la persona logra recuperarse, sin embargo la expectativa de vida habrá quedado sensiblemente reducida

## D. Materiales peligrosos

### C.1. Descripción

Dada la importancia del empleo de materiales peligrosos para el desarrollo del país, la seguridad química, radiológica y biológica en Honduras está siendo vigilada por varias instituciones de gobierno, las cuales participan en la regulación de diferentes etapas del ciclo de vida de los materiales químicos en particular, para garantizar una adecuada gestión de las sustancias químicas y la disposición final de los desechos peligrosos generados.

En el territorio nacional, bajo un análisis de potenciales riesgos que se presenten eventos con involucramiento de materiales peligrosos, estos están asociados con actividades industriales de comercialización, transporte, uso y almacenamiento de materiales peligrosos o por el abandono de los mismos.

Los escenarios de eventos potenciales en instalaciones fijas, que pueden representar un riesgo a la población y a los bienes, en general se encuentran en municipios con núcleos de concentraciones poblacionales considerables y con un marcado desarrollo de industrias, tales como el caso particular de San Pedro Sula, Puerto Cortés, otros.

Partiendo del reconocimiento de las clases de peligro establecidos en el “Reglamento para el manejo de desechos peligrosos”, las cuales dependen de las características químicas y físicas de los materiales y contrastando dichos peligros con los tres posibles eventos de emergencias:

- ✚ Por causas tecnológicas (fallas en los procesos normales de trabajo y accidentes en el transporte),
- ✚ Por causas naturales asociadas a sismos, huracanes u otros (rupturas de tuberías, daños en tanques u otra infraestructura), y
- ✚ Por abandono intencional de materiales (en instalaciones u otros sitios),

## C.2. Hipótesis

- ✚ **Mortalidad riesgo moderado:** debido a la exposición directa con el componente, puede registrarse una moderada mortalidad de las personas expuestas directamente a un determinado componente.
- ✚ **Morbilidad riesgo moderado** con tendencia a elevado: se considera el grado de las lesiones y la forma de presentarse, lo que dependerá de cómo éstas han sido producidas, es decir: por ingestión, aspiración, contacto dérmico y otras

### Qué hacer?

- Establecimiento de la alerta COPECO - SESAL
- Activación de COE - Salud
- SESAL en coordinación con bomberos lideran las acciones a realizarse
- Especialmente bomberos ponen a disposición personal, instrumentos, equipos y materiales para atender la emergencia radiológica y por intoxicación por materiales tóxicos
- Activación de los establecimientos de salud donde se atenderá a las personas afectadas
- Establecimiento de zona de triage
- Consulta del Plan de Respuesta

#### 4. Estrategias de Intervención ante una amenaza

Intervención	Acciones
<b>Coordinación COPECO y SESAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Deberán establecer una estrecha coordinación para asegurar una respuesta adecuada y de calidad</li> <li>✚ Propiciar espacios de homologación de instrumentos, así como de capacitación en temas que se identifiquen de importancia</li> <li>✚ COPECO como líder del sector de gestión de riesgo, acompañará a la SESAL en las distintas etapas (preparación, respuesta y mitigación) para el fortalecimiento del COE – Salud</li> <li>✚ Las declaratorias de alertas cuando sean de interés sanitario se realizarán de manera conjunta con COPECO</li> </ul>
<b>Inicio de la Emergencia Primeras 24 a 72 horas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Convocar a las instituciones claves según la emergencia</li> <li>✚ Vigilancia y monitoreo de la situación (recopilación de información)</li> <li>✚ Primeras reuniones para coordinar a nivel nacional o local según sea el área de influencia               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Escenario de trabajo preliminar (Anticiparse a la emergencia)</li> <li>○ Actualización del inventario recursos que incluye medicamentos, materiales de reposición, establecimientos de salud, vehículos, personal de salud, entre otros.</li> </ul> </li> <li>✚ Establecimiento del COE Salud, puede</li> </ul>

	<p>elegirse SESAL o COPECO</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✚ Coordinación con otros sectores de ser necesario</li><li>✚ Activación del sistema de alerta temprana</li></ul>
--	---

Intervención	Acciones
<p><b>Vigilar y controlar oportunamente el control en los puntos donde se identifique la emergencia, con el fin de asegurar la atención y clasificación oportuna de las víctimas en caso de ser una emergencia por fenómenos hidrometeorológicos o geológicos.</b></p> <p><b>Si la emergencia es por causa de una epidemia se deberá identificar y monitorear los casos entre las personas que ingresen al país, procedentes de países donde se ha declarado la presencia de casos confirmados. Se deberá hacer una vigilancia en todos los puestos fronterizos (terrestres, aéreo y marítimos)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Se da a conocer los protocolos de vigilancia, en caso de referirse a una emergencia deberá dar seguimiento en el control del ingreso de persona al país.</li> <li>✚ Es responsabilidad de la Secretaría de Salud, implementar los protocolos de vigilancia</li> <li>✚ Secretaría de Salud deberá apoyarse con otras instituciones del Gobierno Central para complementar sus acciones y dependiendo de la emergencia, tales como: Secretaría de Gobernación, Instituto Nacional de Migración, Dirección Adjuntas de Rentas Aduaneras, Empresa Nacional Portuaria, Gerencia de los Aeropuertos, el Ejército, Policía, SANAA, Instituto de Seguridad Social de Honduras, COPECO, Secretaría de Educación, Sistema Nacional de Emergencias 911,</li> </ul>
<p><b>Organizar la vigilancia comunitaria con el fin de identificar oportunamente los casos de víctimas o población afectada, de manera que se puedan presentar y se les pueda brindar la atención adecuada.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Organizar y capacitar a brigadistas a nivel nacional.</li> <li>✚ Apoyan toda la respuesta las Alcaldías a nivel local con sus estructuras</li> </ul>
<p><b>Fortalecer el diagnóstico de laboratorio para identificar enfermedades que puedan generarse a partir de la emergencia declarada.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ La SESAL adquiere insumos y reactivos para que el Centro Nacional de Diagnóstico de Referencia sea capaz de atender las necesidades derivadas</li> </ul>
<p><b>Desarrollar la vigilancia epidemiológica activa de personas con probable afectaciones en las comunidades con el fin que los equipos de repuesta rápida desarrollen las medidas sanitarias correspondientes y se le brinde atención a las personas afectadas.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Brigadistas a nivel nacional apoyan al personal de salud para que en todos los hogares del país se implementen los cuidados de las personas afectadas y que pueden permanecer en sus casas, con la finalidad d descongestionar los establecimientos de salud.</li> </ul>

Intervención	Acciones
<b>Informar a la población sobre las medidas que se han puesto en marcha para el cuidado de la salud de las familias, así como los mecanismos de atención que el sistema de salud implementará para asegurar la atención oportuna y eficaz.</b>	✚ Plan de medios de comunicación elaborado por la SESAL
<b>Activar el funcionamiento del sistema de atención ambulatoria y de cuidados de hospitalización a los pacientes ameriten una atención oportuna próxima a sus hogares</b>	✚ La SESAL emite instructiva para que la red de servicios de salud del territorio afectado pongan en práctica protocolos de atención y clasificación de la población, utilizando el sistema de triage propuesto en este plan

#### 4.1 Componentes Operacionales del Plan

##### 4.1.1 Comité Interinstitucional de Emergencia y Desastres (CIED).

Este Comité es el responsable de dirigir tanto las actividades de planificación de la respuesta (pre-evento) como de las acciones de respuesta del personal del Sector Salud ante un evento que afecte; además deberá realizar las coordinaciones inter y extra-institucionales tanto en el “antes”, “durante” y “después” de la emergencia.

Se conforma bajo un acta de constitución en el pre-evento, donde se deja establecido un coordinador general, sub-coordinador general, responsables de los equipos de trabajo y los posibles colaboradores, para los cual se elabora un directorio del CIED.

#### Directorio del CIED del Sector Salud

Cargo	Nombre	Teléfono	Dirección	Teléfono-Dirección Alternativa
Coordinador-a General				
Sub-Coordinador-a				
Responsable de servicios de salud				
Responsable de la vigilancia epidemiológica				
Responsable de salud mental				
Responsable de albergues temporales y su control higiénico-sanitario				
Responsable de EDAN-Salud				
Responsable de apoyo logístico y administrativo				

Cargo	Nombre	Teléfono	Dirección	Teléfono- Dirección Alternativa
Responsable del abastecimiento técnico de materiales				
Responsable de equipos de respuesta rápida (primeros auxilios)				
Responsable de Comunicación				

#### 4.1.2 Funciones de los integrantes del CIED.

Para la operativización del comité se pueden crear los siguientes equipos operativos:

##### ✓ **Función del Coordinador-a General:**

- Deberá coordinar la elaboración del Plan de Respuesta, actualizarlo cada año, fomentar las capacitaciones y divulgación del Plan de Respuesta a todas las instituciones y organizaciones miembros del sector, incluyendo al personal de salud de la Secretaría de Salud.
- Declarar el estado de alerta en que se encuentra las dependencias, dirigir las acciones al momento de una emergencia, coordinar los equipos operativos, supervisar el cumplimiento de todas las tareas a realizarse, convocar a reuniones de evaluación en forma periódica, coordinar con otros comité de emergencias las acciones de respuesta ante el evento, informar el avance de la ejecución del plan a las autoridades de salud, divulgar a la comunidad de todas las acciones de salud que se realizan, evaluar las acciones realizadas, corregir los errores encontrados, elaborar el informe de las actividades realizadas ante el evento, identificar las fortalezas y debilidades de su personal, establecer un plan de superación y educación continua, realizar un acto de reconocimientos y estímulos al personal que trabajo en la emergencia.
- El coordinador será el responsable de la Unidad de Vigilancia de la Salud y se acompañará y asesorará de personal especialista en dependencia de la emergencia ocurrida.

##### ✓ **Función del Sud-Coordinador-a General:**

Acompañar y apoyar en todas las funciones del coordinador y ejecutar cada una de éstas en su ausencia, esta persona deberá estar activa desde el inicio de la emergencia y de esta forma apoyar en el seguimiento y toma de decisiones o división de tareas en la medida que la emergencia crezca.

##### ✓ **Responsable de servicios de salud.**

Es el encargado de coordinar la atención médica en cada Establecimiento de Salud en situaciones de emergencias; continuar los programas y dirigir las brigadas operativas



del sistema de salud que se incorporan a las labores de promoción de la salud, de vigilancia epidemiológica y de atención médica sanitaria de respuesta.

La labor médica asistencial es posible que se tenga que desarrollar desde distintos niveles de actuación.

✓ **Responsable de la vigilancia epidemiológica.**

Es el encargado de coordinar la vigilancia epidemiológica en los Establecimientos de Salud en situaciones de emergencias, en los distintos niveles de atención, albergues y sitios de almacenamiento de suministros; ejecuta el control sanitario del agua para consumo humano y las residuales, control del manejo de la basura y las letrinas en coordinación con el SANAA o con las municipalidades.

✓ **Responsable de salud mental.**

En esta propuesta se prevé la atención psico-social de las personas afectadas por traumas psicológicos (pérdidas de seres queridos, pérdida de bienes materiales etc.). También debe atenderse al personal rescatista a como al mismo personal de salud que están expuestos a agotamientos prolongados, escenarios crudos y traumáticos emocionalmente. Debe diseñarse un plan de atención psicosocial basado en aspectos básicos (primeros auxilios psicológicos) y en la factibilidad de aplicarse haciendo uso de personal local, incluso no profesionales de la psicología o la psiquiatría, pero debidamente capacitados y ejercitados en el manejo del tema.

✓ **Responsable sanitario en albergues temporales.**

Organizar y capacitar al personal que integra los equipos que atenderán el contexto en el que se organizan los albergues temporales, es decir, la atención a las personas (con énfasis en las edades vulnerables, embarazadas y crónicos), condiciones higiénico sanitarias y epidemiológicas. La planificación debe cubrir todos los aspectos de organización, dirección, logística y coordinación sectorial/comunitaria.

✓ **Responsable de EDAN – Salud.**

El equipo EDAN-Salud realiza el trabajo de campo de la evaluación de los daños dejados por el evento, una vez que haya condiciones de seguridad para su movilización y desempeño en las localidades afectadas. Si bien COPECO activa sus equipos evaluadores para cubrir los distintos sectores afectados, el de salud hace énfasis en los daños a la situación de salud de la población, al entorno del medio ambiente, a las condiciones higiénico sanitarias y a la situación de la red de servicios de salud local. Para ello, el equipo EDAN – Salud debe estar idóneamente estructurado, con personas conocedoras del área afectada, capacitadas en las metodologías de recolección de datos y en el uso pertinente de los formatos definidos SESAL para tal fin (ver anexos). Una buena recolección de datos, en tiempos pertinentes, con un adecuado análisis de los

mismos, permitirá la eficiencia en la toma de decisiones (nivel COE de salud) en el proceso de la respuesta a la emergencia.

✓ **Responsable de apoyo logístico y administrativo.**

Es la persona que realiza las coordinaciones pertinentes para lograr el apoyo logístico que se necesita para la atención en salud de la población afectada por el evento y define los procedimientos para administrar los recursos humanos, los medios de transporte y los suministros en general para garantizar la respuesta desde los distintos sitios de actuación. Además comparte el trabajo con el Responsable del abastecimiento técnico de los insumos médicos necesarios.

✓ **Responsable de comunicación de riesgo:**

Tiene entre sus funciones:

- Coordinar y articular acciones con los comunicadores de las instituciones que forman el COE - Salud, COPECO y la Presidencia de la República.
- Elaborar el plan de implementación de la estrategia de comunicación en situaciones de riesgo por emergencias sanitarias.
- Socializar la Estrategia de Comunicación de Riesgos para su apropiación e implementación en la SESAL, con los Equipos Técnicos de las Regiones Sanitarias a nivel nacional, involucrando a otros sectores.
- Brindar apoyo y monitoreo en los diferentes niveles en la implementación del proceso.
- Se conformará un Equipo Técnico de Integración de Comunicación en Situaciones de Riesgos (nivel central): estará coordinada por la Unidad de Comunicación Social y será conformado por un representante delegado de las siguientes áreas:
  - Unidad de Comunicación Institucional
  - Unidad de vigilancia de la Salud
  - Departamento de Servicios del Primer Nivel de Atención
  - Departamento de Servicios del Segundo Nivel de Atención
  - Dirección General de Redes Integradas y Servicios de Salud
- El Equipo Técnico de Integración de Comunicación en Situaciones de Riesgos (nivel regional): estará coordinada por la Unidad de Comunicación Social de las Regiones Sanitarias y los delegados de las mismas áreas del nivel nacional.

✓ **Responsable de Laboratorio y Banco de Sangre:**

En dependencia del tipo de emergencia y su magnitud laboratorio y banco de sangre deberán contar con los insumos necesarios para dar la respuesta solicitada, así como identificados o establecidas alianzas con instituciones privadas donde puedan complementar los esfuerzos, caracterización de posibles proveedores para suplirlo en caso de agotamiento en sus propios inventarios.

#### 4.1.3 Equipos de Respuesta Rápida (ERR):

Se diseñan, organizan, equipan, asignan funciones y planes de intervención que deberán cumplir en el territorio afectado, según lo planificado y especificado en el Plan. Se configuran bajo ciertas especificidades de desempeño, movilización y equipamiento de acuerdo al contexto sanitario de la emergencia o desastre. En su enfoque multidisciplinario, intervienen en procesos asistenciales, control de brotes, restablecimiento del funcionamiento de servicios de salud inhabilitados, evaluaciones de campo, elaboración de informes EDAN-Salud, etc. Es oportuno mencionar que estos equipos son multidisciplinarios y conformados por técnicos de diversas instituciones, dependiendo de la emergencia que esté en curso.

#### 4.1.4 Técnicos Médicos en Emergencias (EMT).

Por lo general se estructuran para acompañar las acciones de búsqueda, rescate y escombreo de víctimas que realizan en la zona de desastre las instituciones de primera respuesta incorporadas en el Centro de Operación y Emergencia Nacional (COEN) tales como Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Cuerpo de Bomberos, Cruz Roja, Cruz Verde, Comités de Emergencias Municipales y el Sistema Nacional de Emergencias.

Éstos brindan la primera atención médica a las personas lesionadas en los sectores más afectados, decide el traslado al establecimiento de Salud de mayor nivel de resolución de los pacientes que lo ameriten, conforme un esquema de atención de víctimas masivas para ese nivel de atención, previamente establecido por SESAL en sus protocolos y ejercitado apropiadamente (simulaciones/simulacros) por el personal de salud y otros miembros de diversas instituciones, adicional se deberá tomar en consideración los estándares propuestos por OMS y que fortalecerán a los procedimientos establecidos por la Secretaría, basándose en el sistema triage que desarrolla la priorización de la atención médica, brinda el soporte vital a las víctimas y la referencia de éstas; aquí se establecen las siguientes acciones:

✓ **Atención psicosocial.**

La planificación adecuada de este componente permitirá con recursos humanos locales, previamente capacitados, brindar acciones de evaluación rápida de los pacientes afectados en su esfera emocional y priorizar la atención básica a nivel de albergues y Establecimiento de Salud.

✓ **Control sanitario de los sectores de la población.**

Vigila el sistema de eliminación de excretas, de basura y aguas residuales en Establecimientos de Salud, albergues y en el entorno de la población en general. El manejo oportuno de factores de riesgo epidemiológicos protegerá a la población en general, de la ocurrencia de brotes epidémicos.

✓ **Control de agua y alimentos.**

El manejo del agua es una responsabilidad compartida con las instituciones o instancias locales que habitualmente administran el servicio del suministro de agua para consumo humano. La SESAL debe garantizar las coordinaciones y la implementación de las medidas anti-epidémicas e higiénico - sanitarias en torno al manejo del agua necesaria, tanto en cantidad como en calidad, desde sus formas y sitios de distribución y de almacenamiento (albergues, domicilios). Por ello se hace necesario planificar las actividades de prevención y educación comunitarias.

En cuanto a los alimentos, sea cual fuere la fuente autorizada para la canalización de alimentos, es parte relevante en este plan, las acciones de vigilancia de toda la cadena de los alimentos, tanto en transportación, conservación como en la distribución de éstos.

✓ **Protección a grupos vulnerables.**

El COE Salud en coordinación con otras instituciones deberán establecer protocolos de convivencia y seguridad para garantizar una adecuada atención de salud, priorizando la protección a grupos vulnerables como niñas, niños, adolescentes, mujeres, personas con discapacidad y personas de tercera edad.

## 5. Atención de Víctimas en Masa Organización del Sistema Triage

En este capítulo se abordan los siguientes aspectos:

- Los **conocimientos** básicos sobre el manejo de multitud de víctimas debido a una situación de desastre, en el contexto territorial, institucional y sectorial de la respuesta del Establecimiento de Salud de primer nivel de atención.
- La **asistencia** médica y sanitaria de emergencia en situaciones de desastres desde el Establecimiento de Salud, el Equipo de Médicos Técnicos en Emergencias (EMT) y los Equipos de Respuesta Rápida (ERR) ante brotes y desastres.

### 5.1 Atención General:

Las personas afectadas se agrupan en tres grandes grupos de acuerdo a la magnitud de las condiciones de salud

- ✓ **Paciente Ambulatorio:** Personas que sufrieron algunos cortes, crisis hipertensivas, golpes, dolores, entre otros síntomas o afectaciones.

- ✓ Pacientes intermedios: Personas que sufrieron fracturas simples, cuadros febriles de varios días, dolores agudos, afecciones respiratorias, diarreas agudas, etc.
- ✓ Pacientes graves: Personas que sufrieron fracturas múltiples, expuestas o lesiones de órganos internos, intoxicaciones, accidentes cardiovasculares, quemaduras de 2do o 3er grado, etc.

La mayor demanda de atención médica se presenta en las primeras 72 horas posteriores al evento, por lo que este es un período crucial para el que debe prepararse el Establecimiento de Salud con la elaboración de su Plan de Respuesta, la capacitación del personal, las coordinaciones sectoriales y la ejercitación del Plan, a través de ejercicios de simulación

## 5.2 Asistencia pre-hospitalaria.

Tras una situación de emergencia o de desastre, la primera asistencia que recibe la población afectada es proveniente de la auto asistencia, es decir las víctimas tratan de salvarse por sí mismas; luego continúa la asistencia mutua que es la brindada por el familiar, el vecino u otra persona presente en el momento y posteriormente intervienen los servicios de socorros (911, Cruz Roja, Cruz Verde, Bomberos, Seguridad Pública, otros).

En la medida en que intervengan las instituciones de primera respuesta, se efectuará el primer TRIAGE el cual dependerá de la capacidad técnica y de la experiencia de los recursos humanos de las instancias locales. Debe realizarse en la medida de lo posible en la misma zona de impacto pero considerándose firmemente los factores que representen peligro para el que brinda la atención o para la misma víctima, ejemplo: zonas de derrumbamiento inminente, incendio, explosión, etc. A continuación se presenta un esquema para el arreglo de un área para TRIAGE pre-hospitalario.

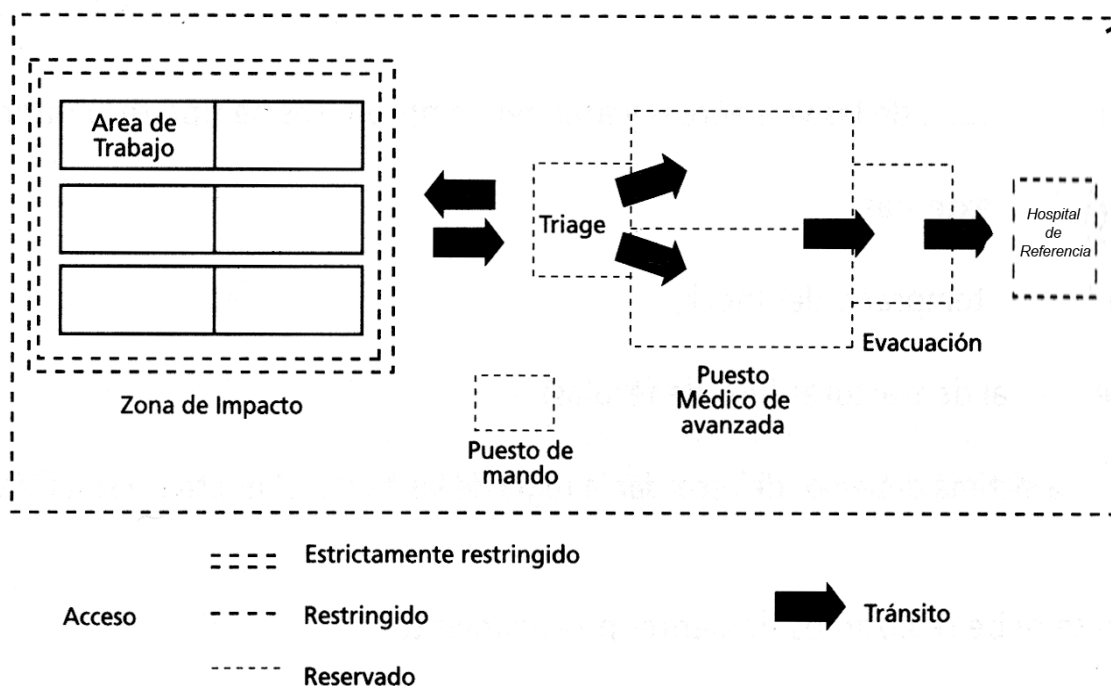
### 5.2.1 Esquema del área de TRIAGE del nivel de atención pre-hospitalaria.

Después de ser rescatadas las víctimas por rescatistas de las Instituciones competentes, éstas pueden ser recepcionadas, clasificadas y estabilizadas por equipos de personal de salud (acciones de un Médico de Avanzada – 1º Nivel de TRIAGE Institucional) para posteriormente ser referidas hacia un nivel de mayor resolución (Establecimiento de Salud) donde se realizaría un segundo nivel de TRIAGE Institucional de Salud; no obstante, muchas veces este segundo nivel de TRIAGE lo haría un centro hospitalario, es decir, cuando en la zona de impacto el socorrista o el médico toma la decisión de evacuar a la o las víctimas a un centro hospitalario cercano a dicha zona.

En este primer escenario de la zona de emergencia y/o desastre, cercano a la zona de impacto donde operan las instituciones de primera respuesta (búsqueda, rescate y escombreo de víctimas) es donde se espera que en los establecimientos de salud se tengan una previsión específica para apoyar estos procesos de atención a víctimas rescatadas aún con vida.

Pasa entonces a ser parte del esquema institucional de la respuesta médico sanitaria y epidemiológica, la organización de los Técnicos Médico en Emergencias (EMT) y los Equipos de Respuesta Rápida (ERR), con los cuales se atenderán desde la propia zona de impacto, las necesidades médico asistenciales y de control de brotes.

Para un eventual diseño gráfico de zona de atención pre-hospitalaria, se describen las siguientes consideraciones a valorar, adaptar e implementar localmente:



Desde el punto de vista de la participación de la SESAL, se proyecta el manejo sanitario de la respuesta de emergencia, con apoyo de las estructuras operativas descritas anteriormente.

En este nivel operacional se entrecruzan los esfuerzos del nivel de TRIAGE (pre-hospitalario, dado por instituciones de socorros) con el inicio del nivel de TRIAGE Institucional de Salud.

Dadas las circunstancias, las Brigadas de Salud pudieran estar desarrollando su labor médica desde una infraestructura improvisada, habilitada o en condiciones campales. Su permanencia en tales condiciones estaría determinada por la duración del proceso de rescate y mientras se considere la viabilidad de encontrar víctimas aún con vida, por lo cual, su preparación psicológica a como su aprovisionamiento de logísticas, deben permitir el cumplimiento de tal finalidad.

El personal asistencial lo mejor preparado posible, estará en condiciones críticas de espacio y logísticas, y desarrollarán su labor aplicando conceptos del TRIAGE para contribuir a la sobrevivencia de las víctimas, es decir, trabajarán bajo un sistema operativo de atención de urgencias médicas, que aplica la **Regla de las 3 E: Etiquetaje** (o diagnóstico rápido pero seguro), Estabilización de Signos de Vida y Evacuación, hacia la siguiente Unidad de Salud con mayor nivel de resolución.

#### 5.2.2 Esquema de funcionamiento de la red de atención primaria en situaciones de desastres.

Para el funcionamiento de todo Establecimiento de Salud, será tomando en consideración algunas características determinantes: tipo de evento, magnitud de daños, intensidad con la que afecta a una población y el tamaño de las capacidades instaladas del Sector Salud local.

##### 5.2.2.1 Establecimiento de Salud:

Usualmente los Establecimientos de Salud cuentan con medios muy limitados en cuanto a infraestructura, recursos humanos en cantidad y nivel de especialización y de recursos materiales.

Su funcionamiento puede visualizarse a como la Unidad de los Técnicos de Emergencias Médicas (EMT) y por ende fungir como la primera etapa del proceso del TRIAGE institucional (recepción, clasificación, tratamiento y evacuación de las víctimas).

El funcionamiento de este nivel guarda estricta dependencia del establecimiento de salud respectivo, por lo que en la medida en que el fenómeno sea de aparición fortuita, deberá de operar con los recursos de salud con los que cotidianamente cuenta. Sin embargo, en la medida de lo predecible que sea el fenómeno, un Establecimiento de Salud deberá ser reforzado con personal de salud, equipos y

logística provenientes del establecimiento de salud más cercano, incrementando su capacidad de resolución.

Sus funciones en la asistencia de situaciones de emergencia, desastres o brotes, se describen a continuación:

- La asistencia debe realizarse bajo el criterio de atención de las urgencias médicas (TRIAGE): Etiquetaje, Estabilización, Evacuación de las víctimas.
- En el Establecimiento de Salud se debe garantizar la permeabilidad de las vías aéreas y atender compromisos de tipo respiratorios.
- Control de hemorragia externa.
- Profilaxis y tratamiento temprano del shock,
- Inmovilización temporal de fracturas (uso de férulas).
- En caso de brotes continuará con el manejo de casos y tratamiento preventivo especificados por la SESAL

¿Cómo debe ser apoyado el Establecimiento de Salud para una adecuada funcionalidad?

Para una adecuada funcionalidad del establecimiento de salud, éste debe ser apoyado por Brigadistas de Salud, o Promotores de Salud, Parteras, previamente seleccionados y capacitados para situaciones de emergencias, desastres o brotes, debido a la importancia de la participación comunitaria en las acciones de salud y a los escasos recursos existentes en este tipo de instalación.

Recomendaciones para el diseño (esquema) del funcionamiento de una Unidad de Salud en situaciones de emergencias, desastres o brotes epidémicos.

✓ **Puesto de distribución.**

Esta área debe estar fuera del puesto pero muy cerca del mismo; un voluntario con liderazgo debe orientar y dirigir a las víctimas hacia la sección donde recibirá la asistencia.

✓ **Área de intercambio de camillas.**

Aquí trabaja personal voluntario, que contribuye con la utilización de las camillas disponibles, con el objetivo de no retrasar las tareas de las brigadas de socorro y evitar la movilización innecesaria de las víctimas.

✓ **Área de clasificación.**



En caso de contar el puesto de salud con médico, este deberá cumplir con la regla de las tres EEE, de lo contrario sería efectuado por el personal de salud que se encuentre en el establecimiento y cuente con la mayor experiencia.

✓ **Área de curaciones.**

Usualmente será atendida por personal de enfermería y un voluntario de salud, dando respuesta a los lesionados con heridas menores y evitando el traslado para no saturar el nivel superior de atención.

✓ **Área de evacuación.**

Se atenderá alternativamente por todo el personal de salud que brinda la labor asistencial. Debe tratar de contribuir a organizar los traslados de víctimas en condiciones que no compliquen más su situación de vida, pues el objetivo fundamental de esta etapa (evacuación) es brindarle oportunidad a la víctima salvar su vida, de manera que se debe procurar que vayan personas apoyando a las víctimas durante el proceso de traslado.

En esta etapa se deberá siempre evacuar a la víctima al nivel inmediato superior, y no realizar evacuación retrógrada, en decir, retornar al nivel de donde se partió, pues además de contribuir a deteriorar la sobrevivencia, podrá ocasionar acumulación con otras víctimas que esperan ser atendidas o evacuadas, solo en caso excepcional, el médico tomará la decisión de orientar la evacuación hacia el nivel hospitalario más cercano.

✓ **Área de aislamiento**

En condiciones de afectación por fenómenos naturales o antrópicos, esta área podría destinarse para depositar personas fallecidas. Podría ser atendido por personal voluntario. De ser este el caso, debe iniciarse un proceso de identificación de cuerpos para facilitar el posterior reconocimiento de los mismos por parte de familiares o conocidos.

En condiciones epidémicas, un área alternativa de aislamiento podría ser atendida por personal previamente organizado, capacitado y dotado de equipo de protección personal para el cuidado de las víctimas afectadas por un agente infeccioso.

En todo el esquema de atención de la Unidad de Salud debe existir un adecuado señalamiento de las distintas secciones y seguridad para impedir el ingreso a personas curiosas.

✓ **Laboratorio.**

Se concentra a todo el personal técnico de laboratorio que labora para un establecimiento de salud, pudiendo reforzarlo con estudiantes de la carrera de bioanálisis clínico que vivan en el municipio, realizando los exámenes básicos de sangre y solicitando la donación de sangre a los familiares de las víctimas.

✓ **Área de evacuación.**

Se ubica personal voluntario con supervisión de un auxiliar de enfermería o técnico de emergencia para el traslado de pacientes a zonas de seguridad o a las Unidades Hospitalarias más cercanas.

5.2.2.2 Seguridad y control del tráfico de pacientes.

El personal de seguridad del Centro de Salud, juega un papel muy importante al permitir el paso únicamente de los pacientes y máximo un acompañante, considerando que la situación es fuera de lo normal deberá extremarse los aspectos de seguridad, este personal deberá garantizar la libre circulación de las ambulancias al servicio de emergencias.

## 6. Manejo de Cadáveres.

De acuerdo al artículo a lo establecido en el Modelo Nacional de Salud “la gestión de riesgo será una responsabilidad del conjunto familia – comunidad – equipo de la salud, en cualquiera de los niveles de atención, que tendrán como propósito anticiparse a las necesidades, mitigar o controlar las condiciones de amenazas y orientar la definición de prioridades “ corresponde al Sector Salud, en coordinación con el Medicina Forense, Instituciones de Seguridad Pública, y Alcaldía, dictar las normas y hacer las recomendaciones para el transporte, reconocimiento, entrega de víctimas a familiares, incineraciones y sepulturas que se consideren necesarias. Además, liderar el manejo del supuesto riesgo epidemiológico de los cuerpos, el proceso de identificación y la ayuda médica a los familiares de las víctimas.

La mayoría de las personas que resultan muertas en los desastres no padecen enfermedades transmisibles, por lo tanto no provocarán un problema urgente de Salud Pública. Teóricamente la proximidad de los cadáveres a las fuentes de agua puede causar la contaminación por bacilos coliformes y con el tiempo la proliferación de moscas sinantrópicas, pero es muy dudoso que representen un riesgo mayor.

El procedimiento de eliminación de los cadáveres más satisfactorio es el entierro, aunque puede ser difícil llevarlo a cabo en un terreno que ha estado con lodo, este trabajo debe quedar relegado a un segundo momento frente a las necesidades de los vivos.

Existen ciertas normas que cumplir con el manejo técnico de los cadáveres, a continuación mencionamos algunos requisitos que cumplir:

#### *6.1 Ficha para identificación de cadáveres:*

Caracterización individual de la víctima (datos en la tetralogía de la identificación):

- Edad, sexo, raza, y estatura.
- Cicatrices, manchas, lunares y tatuajes.
- Color de piel, cabello; uso de barba, bigotes.
- Datos sobre traumatología, malformaciones y prótesis ortopédicas, Cicatrices quirúrgicas, desmembraciones quirúrgicas previas, registro dentales.

#### *6.2 Área de depósito de cadáveres:*

- Continuar proceso de identificación.
- Procurar sea en área refrigerada o fresca.
- Guardar orden de colocación de cuerpos que ayude a la identificación por su clasificación.
- Clasificación por grupos: sexo, color de piel, edad u otras formas fenotípicas.
- Se recomienda tener además de un área de depósito, una de exposición de cuerpos.

#### *6.3 Presentación de los cuerpos para su reconocimiento:*

- Diligencia previa de conversación y preparación psicológica para comprobar su conocimiento real de la víctima.
- Hacerla siempre en forma individual y no en grupos de personas.
- Usar un local adecuado (privacidad, Luz).
- Colocar de forma limpia y adecuada el cuerpo, cubriendo zonas afectadas (exposición de vísceras) que puedan tener influencia emocional negativa.
- No despojar al cuerpo del vestuario ni de prendas que contribuyan en el reconocimiento.
- Mostrar zonas corporales específicas de interés para el reconocimiento.

#### *6.4 Condiciones de seguridad mínimas para desarrollar el manejo de cadáveres:*

- Equipo de protección personal
- Instrumental
- Medios de conservación
- Local (luz, agua, drenaje adecuado)
- Medios de Transporte adecuado.
- Roles de turno
- Logística para el personal.

## 7. Coordinación y Comunicación Sectorial

### 7.1 Sistema de Alerta y Activación del Plan de Respuesta.

El Sistema de Alerta que predomina en el país, según la Ley del Sistema Nacional de Gestión de Riesgos (SINAGER), es conducido por COPECO; el mismo debe ser acatado por las instituciones y sectores que son parte de un territorio, cuya autoridad de gobierno competente asume su declaratoria. Cuando esta declaratoria oficial no se da aún, de manera institucional puede ser aplicado este sistema de alerta para disponer a los Establecimientos de Salud de cara a la atención de un evento específico,

De acuerdo a lo establecido en la Ley en su Sección Única “Emergencias Especiales Epidemiológicas, Ambientales, Agropecuarias y Forestales”, en su artículo 45 De las Emergencias Epidemiológicas y Ambientales en la cual se mandata a que la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud será la encargada de declarar las emergencias epidemiológicas y las medidas de control y prevención del sector salud.

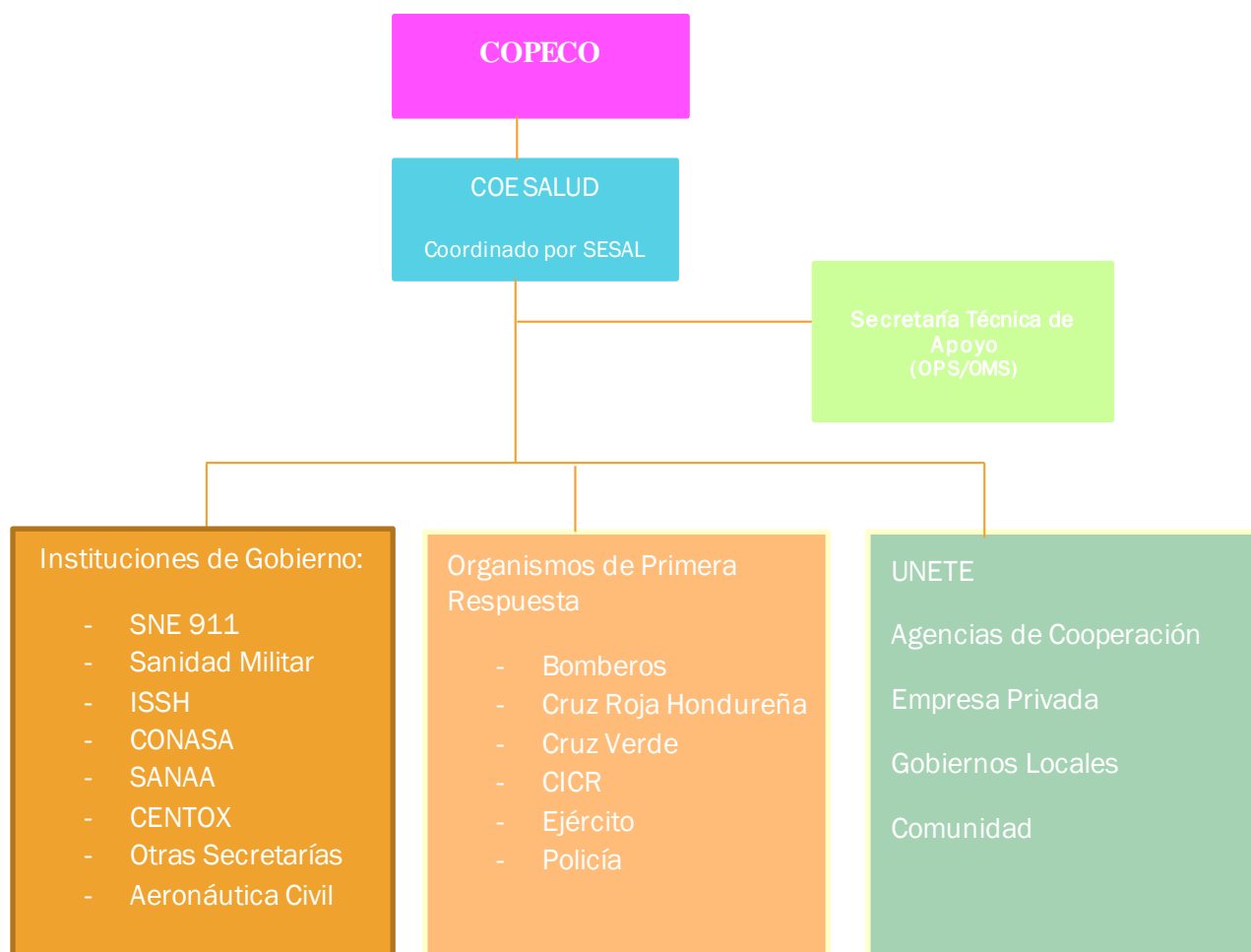
Las alertas son una situación declarada para tomar decisiones específicas, debidas a la probable, cercana u ocurrencia de un evento. Esta alerta debe ser inmediata, clara, coherente, accesible y oficial; sus significados deben ser del completo conocimiento y dominio de todo el personal de salud y sus colaboradores directos.



Es importante señalar que la Secretaría de Salud mantendrá coordinación y comunicación constante con COPECO, y las decisiones se tomarán en conjunto.

No se debe olvidar que una vez que el COE Salud declare que sus capacidades institucionales han sobrepasado sus límites, COPECO activará sus protocolos para el llamamiento de ayuda humanitaria a través del Centro de Coordinación de Asistencia Humanitaria Internacional (CCAHI), en el cual la Organización Panamericana de la Salud (OPS) siendo la secretaría técnica de apoyo para el COE Salud, dispondrá de sus mecanismos de ayuda y coordinación con otros organismos de Naciones Unidas para la organización de la asistencia requerida.

### Organigrama del COE Salud



#### *7.1.1 Activación de la Alerta:*

Procedimiento para activación de una alerta sanitaria o por fenómenos naturales la Secretaría de Salud sigue los siguientes pasos:

Una vez que se recibe la declaratoria oficial en el despacho ministerial.

- a. El o la titular de la Secretaría de Salud o su delegado, comunicará por escrito la alerta a los directores para que éstos a su vez comuniquen a sus subalternos a nivel nacional.
- b. En la misma comunicación se girarán las instrucciones necesarias que el personal debe seguir.
- c. Cada director, o jefe de departamento o unidad se asegurará que todo el personal respectivo este enterado tanto de la declaratoria, como las instrucciones emanadas por el o la titular.

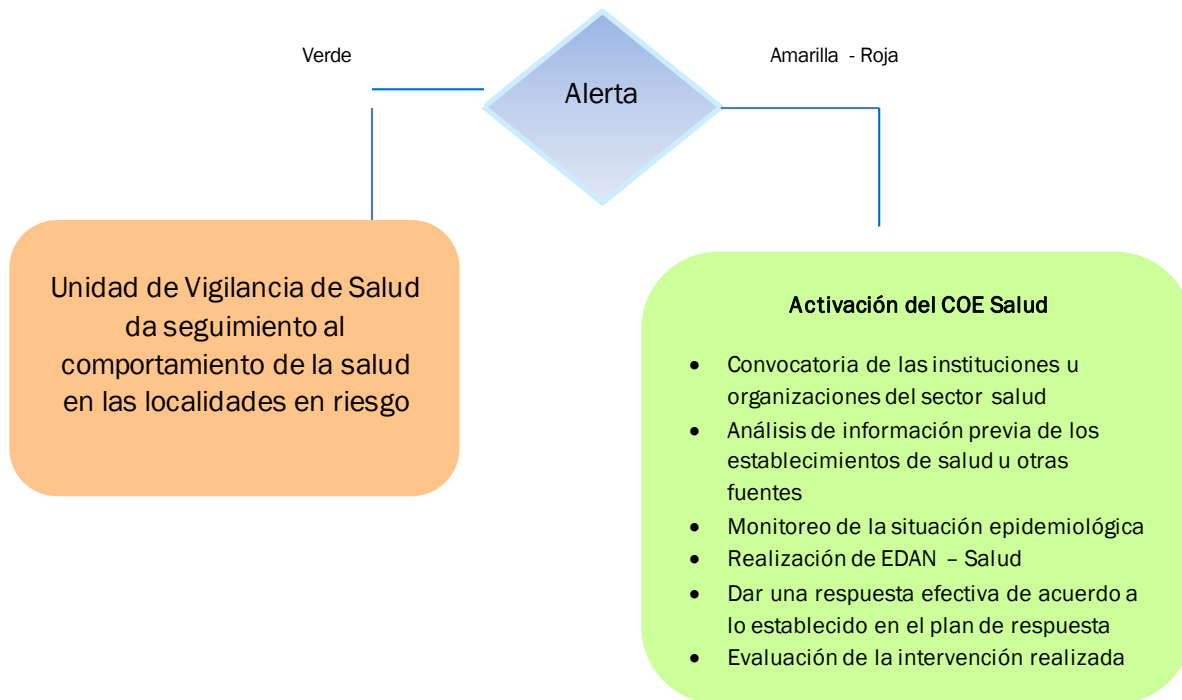
- d. Cada director, jefe de departamento o de unidad, retroalimentará al despacho acerca de la información transmitida y sobre los preparativos o acciones que se hacen para responder a una eventual situación. Al mismo tiempo de los centros de operaciones que estuvieren activados.
- e. En caso de un evento adverso progresivo, a partir de la declaratoria de alerta amarilla la Área de Gestión de Riesgos en Salud en Situaciones de Emergencia y Desastres (AGR) de la SESAL establecerá acciones de monitoreo con el objeto de mantener informado a los titulares de la Secretaría acerca de la evolución del evento y su pronóstico.
- f. Si el evento evolucionara, la AGR informará a la responsable de la Unidad de Vigilancia de la Salud, quien enviará un reporte directo al Despacho de Salud y éste decidirá sobre la pertinencia de activar el presente plan y el Centro de Operaciones de Emergencia (COE) de salud.
- g. Si se tratara de un evento súbito, se dará inmediatamente instrucciones de activar el presente plan y el COE de salud en distintos niveles según corresponda.
- h. Para ambas situaciones, se procederá a activar las funciones de apoyo y áreas de intervención de acuerdo con las necesidades del evento.

#### Estado de Emergencia

El estado de emergencia nacional puede ser consecuencia de la evolución de un evento progresivo o de naturaleza súbita. En cualquiera de los casos anteriores, se procederá como sigue:

- ✚ El o la titular de la SESAL convocará a los jefes de unidades, para integrar el gabinete de crisis y determinar las acciones que se deben seguir de acuerdo a la información generada por el COEN salud.
- ✚ Se realizará una evaluación rápida de la situación para determinar las acciones que deben seguirse.
- ✚ El COE salud se mantendrá activado de manera permanente, de acuerdo a la organización definida en este plan y mientras no se reciba orden de desactivación.
- ✚ Si el evento es súbito, se procederá a dar las instrucciones necesarias para activar los COE e iniciar los procedimientos de control de operaciones.
- ✚ Se procederá a activar las funciones de apoyo y áreas de intervención definidas en este plan.

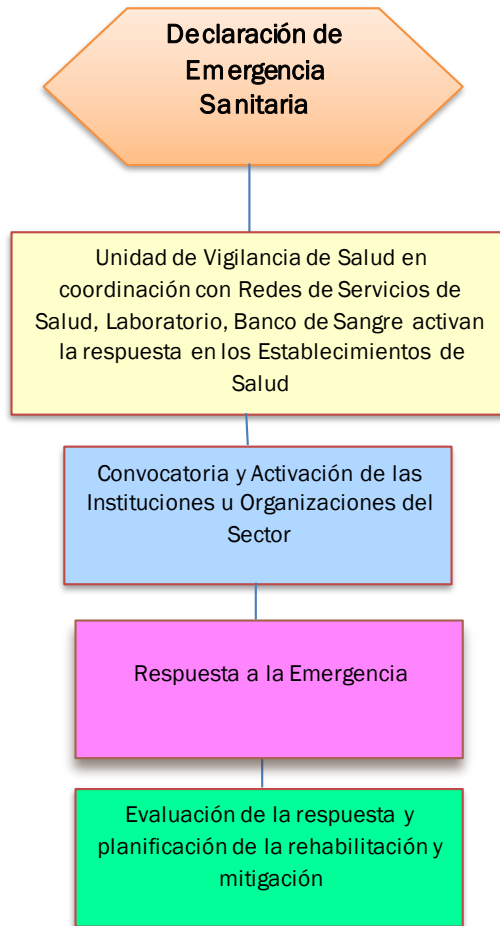
Cuando la alerta sea declarada por COPECO, la se debe tomar en consideración el siguiente esquema:



Al igual que en caso de una situación de brote epidémico la alerta será decretada por la Secretaría de Estado de Salud en su nivel superior, pudiéndose observar, las declaratorias de “Alerta Sanitaria” o bien la de “Emergencia Sanitaria”.

Existen situaciones que demandan la atención en salud y conllevan a una alerta; Ejemplo de éstas, están:

- ☛ Situaciones de alta accidentalidad vial con saldos masivos de víctimas.
  - Intoxicación por materiales peligrosos o exposición de radiaciones
  - Situaciones de efervescencia y concentración masiva de personas (marchas sociales, eventos deportivos, otros, discotecas, etc.).
  - Presencia de enfermos con patologías desconocidas en la población en forma abrupta e inesperada.
  - Eventos ambientales atribuibles al cambio climático, con generación de factores de riesgos en forma drástica.



### 7.1.2 Organización por niveles

Está orientada a ejecutar directamente la estrategia de apoyo a la respuesta sanitaria de acuerdo lo dispuesto en el presente plan.

#### **Integración:**

Está constituida por funciones de apoyo integradas de los programas regulares y otras funciones necesarias, para dar respuesta a las necesidades de la emergencia o desastres. Estas funciones de apoyo están integradas por las dependencias de la SESAL de acuerdo con lo siguiente:



Función de apoyo	Responsables
<b>1. Atención médica</b>	Dirección General de Redes Integradas y Servicios de Salud. Departamento de servicios del Primer Nivel de Atención. Departamento de servicios del Segundo nivel de Atención.
<b>2. Salud mental</b>	Cruz Roja Hondureña con su experiencia en Apoyo Psicosocial, puede liderar esta área con la integración de otras instituciones u organizaciones
<b>3. Vigilancia epidemiológica</b>	Unidad de Vigilancia de la Salud.
<b>4. Logística</b>	Unidad de Operaciones.
<b>5. Evaluación de la funcionalidad de los establecimientos</b>	Unidad de Desarrollo de Infraestructura Sanitaria.
<b>6. Tecnología de información y comunicaciones</b>	Unidad de Comunicación Social (UCS)
<b>7. Información pública (Comunicación de Riesgo)</b>	Unidad de Comunicaciones Institucional (UCI)
<b>8. Asistencia a damnificados institucionales</b>	Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos

Con el fin de hacer más eficiente la respuesta a las necesidades derivadas del evento, las funciones anteriores, las dependencias responsables podrán integrar equipos de asesoría técnica para fortalecer las capacidades regionales y proporcionar apoyo a las áreas de intervención del nivel local.

## 7.2 Previsiones esenciales de un plan de respuesta

### 7.2.1 Plan de aviso de todo el personal.

Debe incorporarse en los planes de cada Establecimiento de Salud, el diseño de un plan de aviso acorde a la realidad local en cuanto a la situación de residencia del personal y a las posibilidades de uso de medios de comunicación. Debe ser lo más funcional posible para garantizar el llamado del personal de salud u otros actores sociales claves, aún en condiciones especiales (Ej.: de noche, fin de

semana o feriados prolongados). El plan de aviso puede apoyarse en la tenencia de un directorio telefónico actualizado de todo el personal de los Establecimientos de Salud, Dirección General de Vigilancia de Salud, Instituciones u Organizaciones (sus direcciones, teléfonos convencionales, celulares y correos electrónicos si los tuvieran) y de otras instancias que se consideren relevantes.

La activación de un Plan de Aviso estará ordenada por la persona a cargo y tendrán como referencia al Sistema de Alerta Nacional de COPECO (dado por los colores indicativos verde, amarillo, rojo). Ej.: En Alerta Verde, se localiza al personal que esta fuera del establecimiento de salud, se informa de la situación y se les mantiene en condición localizable, entre otras acciones; en Alerta Amarilla, se convoca al personal de salud con carácter obligatorio, suspendiéndose permisos o vacaciones, entre otras acciones; en Alerta Roja, donde ya hay impacto del fenómeno sobre la población, el Sector de Salud iniciará la respuesta con el personal convocado, los recursos logísticos preparados y las coordinaciones para el apoyo hechas.

#### 7.2.2 *Organización de los actores del Sector Salud en situaciones de emergencias*

Es importante que cada actor que forma parte del Sector Salud, tanto la lo interno como externo, deben estar claramente identificados a cada responsable con su suplente. De tal forma que no se detenga la activación y disposición de todas las personas involucradas para dar la respuesta.

#### 7.2.3 *Coordinaciones para las referencias de víctimas graves.*

Debe de existir previamente la coordinación de un sistema de referencia y contra-referencia de víctimas, que tome en cuenta el apoyo de Establecimientos de Salud cercanos, la Red de Servicios de Salud, y de otros actores del sector salud (apoyo de personal, vehículos sanitarios), apoyo de la Comunidad con vehículos habilitables para transporte sanitario, un plan de aviso hacia la Establecimiento de Salud de mayor nivel de resolución (Hospital departamental) hacia la cual se trasladarán los pacientes; entre otras.

#### 7.2.4 *Sistemas o medios de comunicaciones.*

El establecimiento de salud debe mantener comunicación fluida con la Dirección de la Red de Salud y Vigilancia Epidemiológica, para brindar informes oportunos y veraces de la emergencia en la se encuentran.

#### 7.2.5 *Previsión administrativa.*

Garantizar el abastecimiento de las necesidades logísticas de acuerdo a la planificación de la respuesta sanitaria prevista en este plan: atención desde los distintos niveles de atención de salud, atención en albergues, atención en los Técnicos Médicos de Emergencia (zonas de impacto), funciones de los Equipos de Respuesta Rápida (con enfoque predominante de manejo de brotes y atención de desastres), acciones de lucha anti-epidémica en la comunidad, etc., por cuanto cada uno de ellos diferirán en la utilización de recursos humanos y los suministros (insumos médicos y no médicos, alimentos del personal, agua, viáticos, vehículos, combustibles, personal de refuerzo, etc.). Cada acción de la respuesta sanitaria debe estar bien detallada con su correspondiente análisis administrativo.

#### 7.3 *Equipos para actuar en emergencias internas de los Establecimientos de Salud.*

Para eventos internos deben estar conformados los Equipos de Respuesta con personal idóneo y continuamente capacitado en sus respectivas acciones a cumplir, las cuales se explican a continuación:

- ✓ Equipo contra incendio.
  - Aplica y dirige el plan de emergencia contra incendio (elaborado en el antes del evento).
  - Mantiene informado al AGR y Redes sobre las acciones que realiza y los requerimientos para la ejecución de sus tareas.
  - Coordina con las unidades de bomberos los trabajos a ejecutar.
  - Evalúa las acciones realizadas.
  
- ✓ Equipo de búsqueda y rescate.
  - Rescata a personas atrapadas/lesionadas.
  - Brinda primeros auxilios.
  - Evalúa a las personas para su traslado si fuera necesario.
  - Traslada a personas a zonas de seguridad o puestos de primeros auxilios.

- ✓ Equipo de primeros auxilios.
  - Realiza el TRIAGE entre las personas afectadas.
  - Brinda primeros auxilios.
  - Mantiene el soporte vital en el traslado hacia el centro hospitalario tomado como referencia.
  
- ✓ Equipo de seguridad en los Establecimientos de Salud.
  - Mantiene el perímetro de protección y seguridad en el Establecimiento de Salud mientras se está dando la emergencia interna.
  
- ✓ Equipo de atención psicosocial.
  - Brinda atención a las personas con alteración nerviosa o que hayan sufrido algún daño directo o indirecto importante (Ej.: pérdida de seres queridos durante la emergencia).
  
- ✓ Equipo de evaluación de daños (EDAN-Salud) del Establecimiento de Salud.
  - Debe estar conformado por personal que realiza labores de mantenimiento y administrativas.
  - Realiza las acciones de EDAN y llena los formatos respectivos (ver en anexos) inmediatamente después de la emergencia interna.
  
- ✓ Equipo de reparaciones rápidas.
  - Debe estar conformado por personal que realiza labores de mantenimiento y administrativos.
  - Inicia trabajos de reparación una vez terminada la emergencia para mantener el funcionamiento de las áreas críticas del Establecimiento de Salud, si es posible.

#### *7.4 Elementos de Apoyo en la Implementación del Plan.*

En los procesos de respuesta a emergencias, desastres y brotes, hay otras herramientas operativas que coadyuvan a la implementación de los PESL, las cuales se describen a continuación para que sean retomadas y planificadas de acuerdo a la visión de cada Unidad de Salud.

##### *7.4.1 Centro de Operaciones de Emergencia en Salud (COE-Salud).*

El Centro de Operaciones de Emergencia (COE) desde el punto de vista del quehacer del Sector Salud, es una instancia institucional que funciona como un mecanismo de coordinación, conducción y decisión que integra durante su proceso

toda la posible información recabada por el EDAN-Salud, sobre los efectos que está ejerciendo la emergencia, el desastres o el brote en la salud Pública.

Este proceso convierte los análisis en acciones de respuesta ordenada y efectiva.

En este nivel participan instancias técnicas institucionales que comparten su información con instancias administrativas y políticas, tanto de la institución de salud como de otras instancias participantes en la toma de decisiones sanitarias, o bien, de este nivel se nutre la contribución del enlace de la SESAL en el COEN, o en el COE Salud que de igual manera recopila, procesa y analizan datos, convirtiéndolos en información útil para la toma de decisiones estratégicas.

El COE-Salud debe contar con el apoyo de una Sala de Situación en Salud, la cual se refiere a un espacio físico y/o virtual, donde se recibe, se sistematiza, procesa y representa en forma gráfica la información de lo que ocurre en la emergencia; por tanto, su organización y funcionamiento en cada Establecimiento de Salud permite desarrollar el proceso de análisis de la situación de salud teniendo al alcance información diversa, actualizada y oportuna, con apoyo de un soporte técnico y logístico para su desarrollo.

El término Sala de Situación supone también un carácter dinámico, flexible y de trabajo en equipo de cara al proceso de análisis de información sobre algunos determinantes de la salud áreas específicas y sus sectores de acuerdo al modelo nacional de salud.

Es la instancia donde se ubica el puesto de mando de las autoridades de salud tanto a nivel nacional como local, en este se encuentra el personal técnico necesario para dirigir las acciones de respuesta según el evento que se enfrente, además se cuenta con el equipamiento y los medios necesarios para cumplir con las misiones.

En sus instalaciones se encuentra una Sala de Situaciones donde se discuten y se buscan las respuestas a todas las problemáticas que genere el desastre, aquí participa los miembros del CIED en conjunto con las autoridades del área afectada para atender las indicaciones y consultas de la atención en salud que demanda la población.

#### 7.4.2 *Sitios alternos para la Evacuación de la Unidad de Salud.*

Según las eventualidades a las que se está expuesto, emergencias, desastres o situaciones de brotes, estos sitios se designan con anticipación en el pre-evento y deben reunir los siguientes criterios:

- ✓ Instalaciones locales grandes tales como bodegas, gimnasios, colegios, otros.
- ✓ Terreno amplio donde se puedan poner toldos y dividir las áreas.
- ✓ De fácil acceso a las vías principales de evacuación.
- ✓ Que no sea propenso a inundación ni a ningún otro factor de riesgo

#### 7.4.3 *Equipo técnico de integración en comunicación en situaciones de riesgo de la SESAL,*

Ante eventos sanitarios ocasionados por brotes epidémicos le corresponde a la SESAL a través de su sala situacional y el Centro de Operaciones de Emergencias (COE-Salud) la preparación y respuesta a la contingencia, que debe incluir las acciones estratégicas de comunicación de riesgo. En este sentido se hace necesaria la conformación de un equipo multidisciplinario denominado “Equipo Técnico de Integración” con la participación de áreas claves de la SESAL.

**El propósito de este equipo es** propiciar el desarrollo e implementación de los protocolos de comunicación de riesgos establecidos en esta estrategia, de los planes operativos interinstitucional y multisectorial para los posibles escenarios de riesgo, la coordinación de acciones con socios, aliados y actores claves en el nivel interinstitucional y multisectorial.

Cuando un evento de salud, debido a su magnitud sobrepase las capacidades de respuesta de la SESAL, ésta podrá coordinar y articular acciones con otros actores estratégicos de forma interinstitucional e intersectorial a nivel nacional o regional.

#### 7.4.4 *Las coordinaciones de la comunicación internas y externas ante emergencias sanitarias*

La salud pública es una responsabilidad compartida, por lo que durante emergencias sanitarias la articulación de la comunicación es esencial tanto a lo interno de la SESAL como con socios y aliados externos.

##### ✓ **Coordinación interna**

La coordinación de los procesos de información y comunicación se deben realizar en todas las estructuras internas de la institución, desde el nivel central hasta el nivel

regional, departamental y municipal. Su propósito es poder sincronizar y adecuar la información sobre los procedimientos, actividades y tareas que se demanden ante emergencias sanitarias o desastre.

Comunicarse a nivel interno con los trabajadores de la SESAL es fundamental. La eficacia de la respuesta a un evento adverso está relacionada con los niveles de información que fluyan a lo interno de la institución. Sin embargo, su éxito está condicionado a la planificación previa de los mecanismos de información y comunicación interna y su uso real ante emergencias sanitarias.

✓ **Los mecanismos de coordinación para la coordinación de la comunicación interna son:**

- Boletines, circulares, memorándum internos
- Reuniones por áreas de trabajo o asambleas internas
- Página Web/intranet/whatsapp/correos internos
- Resoluciones, normativas, protocolos, lineamientos internos de la SESAL
- La coordinación interna y los mecanismos de comunicación deben fluir en ambos sentidos, siendo la retroalimentación de parte de las instancias locales, hacia las autoridades nacionales, elementos necesarios para ajustar decisiones o acciones concretas como parte de la respuesta comunicacional.

✓ **Coordinación interinstitucional y con socios y aliados**

Esta es una de las acciones más importantes que debe ser planificada para la respuesta a situaciones de emergencia, inclusive de debe identificar una base de datos de actores externos clave en función del tipo de eventos que se puedan presentar de acuerdo a la función institucional que realicen.

✓ **Entre socios y aliados se encuentran:**

- COPECO, instancia conformada por todos los sectores y organismos de respuesta ante desastres.
- La Academia y otros centros de investigación
- Instituciones del Estado
- Instituciones de salud pública: Instituto Hondureño de Seguridad Social, empresas previsionales de salud, empresas privadas de salud, Ong's vinculadas a salud.
- Periodistas de medios de comunicación
- Líderes comunitarios
- Otros

En ese sentido, identificar a socios y aliados en todos los niveles de la gestión, es decir, a lo interno de la SESAL, a nivel interinstitucional y otros sectores más allá de la esfera gubernamental, será la primera de las decisiones más acertadas durante los

procesos de planificación para la implementación de los planes operativos específicos. La segunda será establecer los mecanismos de coordinación.

La buena coordinación entre los socios y aliados permitirá a la SESAL aprovechar su credibilidad y sus redes, para llegar a todos los públicos metas. A pesar de ello es posible que los socios no transmitan exactamente la misma información, la clave será lograr que los mensajes no sean contradictorios o confusos.

**Pasos para la coordinación con socios y aliados son:**

- Actualización del directorio nacional y regional de aliados estratégicos
- Identificar los mecanismos para distribuir la guía de contenidos técnicos clave para los procesos de comunicación de la SESAL
- Capacitación conjuntas con el respaldo del equipo técnico en cada región sanitaria del país.
- El canal de comunicación interinstitucional será a través de la oficina encargada de las comunicaciones de Presidencia de la República
- El canal de comunicación multisectorial será COPECO
- Establecer procedimientos para la concentración de recursos (económicos) y esfuerzos (logísticos y humanos) en una dirección común.

**8. Hoja de Ruta**

Etapa	Acciones Pendiente	Plazos		Recursos	Responsables
		Inicio	Fin		
Preparación	Socialización del Plan de respuesta a lo interno y externo				Unidad de Vigilancia Sanitaria - SESAL
	Coordinación/establecimiento de alianzas con instituciones del sector y con otros sectores				SESAL - OPS
	Homologación de instrumentos				COPECO - SESAL
	Organización y fortalecimiento de las estructuras propuestas, por ejemplo EMT, ERR, etc				SESAL - COPECO
	Capacitación a personal de salud e instituciones				
	Elaboración de protocolos o normativas específicas, por ejemplo: manejo de cadáveres, manejo de pacientes con intoxicación de sustancias químicas, reglamento sanitario internacional, etc				SESAL -OPS



Etapa	Acciones Pendiente	Plazos		Recursos	Responsables
		Inicio	Fin		
	Elaboración de planes de emergencias en establecimientos de salud (iniciar por los más importantes o de referencia)				SESAL
	Establecimiento de Alianzas Públicos - Privados bajo el concepto de Responsabilidad Social Empresarial				COPECO - SESAL
	Inventario de establecimientos de salud público - privado (capacidades físicas y de talento humano)				SESAL
	Simulacros - Simulaciones				COPECO - SESAL
	Actualización del Plan				COPECO
Mitigación/ Post emergencia	Evaluación de las intervenciones realizadas después de la emergencia				COPECO - SESAL
	Elaborar proyectos de mitigación para restablecimiento de atención a la población				SESAL
	Actualización de inventarios				

# ANEXOS

## Anexo 1. Referencia Bibliográfica

- i. Desastres, Riesgo y Desarrollo en Honduras, Delineando los Vínculos entre el Desarrollo Humano y la Construcción de Riesgos en Honduras Autores: Ginés Suárez Walter J. Sánchez Enero 2012
- ii. Guía para la elaboración del Plan de Respuesta Municipal con Enfoque Multi-amenaza, Dirección de Capacitación y Respuesta Co-Dirección SINAPRED. Nicaragua, abril 2016
- iii. Ley del Sistema Nacional de Gestión de Riesgos (SINAGER) Honduras.
- iv. Lineamientos Regionales para Elaboración de Planes de Respuesta con Enfoque Multiamenazas, Comisión Técnica de Gestión de Riesgos del Sector de Salud, COMISCA, Septiembre 2016
- v. Manual de Organización y Funciones de Unidad de Vigilancia de la Salud, Dr. Bredy Lara, 2014
- vi. Modelo Nacional de Salud, Tegucigalpa, Secretaría de Salud, Honduras, Mayo 2013
- vii. Plan Estratégico 2013 – 2018, Reducción del Riesgo y Respuesta a los desastre, Organización Panamericana de la Salud
- viii. Plan Nacional de Gestión Integral de Riesgo (PNGIRH, 2014 – 2019), Honduras
- ix. Plan Operativo Anual 2016 de Comisión Permanente de Contingencias (COPECO)
- x. Gestión integral de Riesgo a Desastres, Plan de Respuesta a Emergencias, Dra. Angela Milagros Linares Salas y Dr. Alfonso Orlando Rodríguez – Reina. 1ra. Edición. 2016. Derechos Reservados de autor N°. 0145673. Publicado en editorial el Árbol. Lima, Perú.

## **Referencias de sitios Web**

<http://dipecholac.net/docs/files/887-informe-gird-honduras-version-preliminar-web.pdf>

<http://www.ersaps.hn/documentos/interes/Indicadores%202011.pdf>

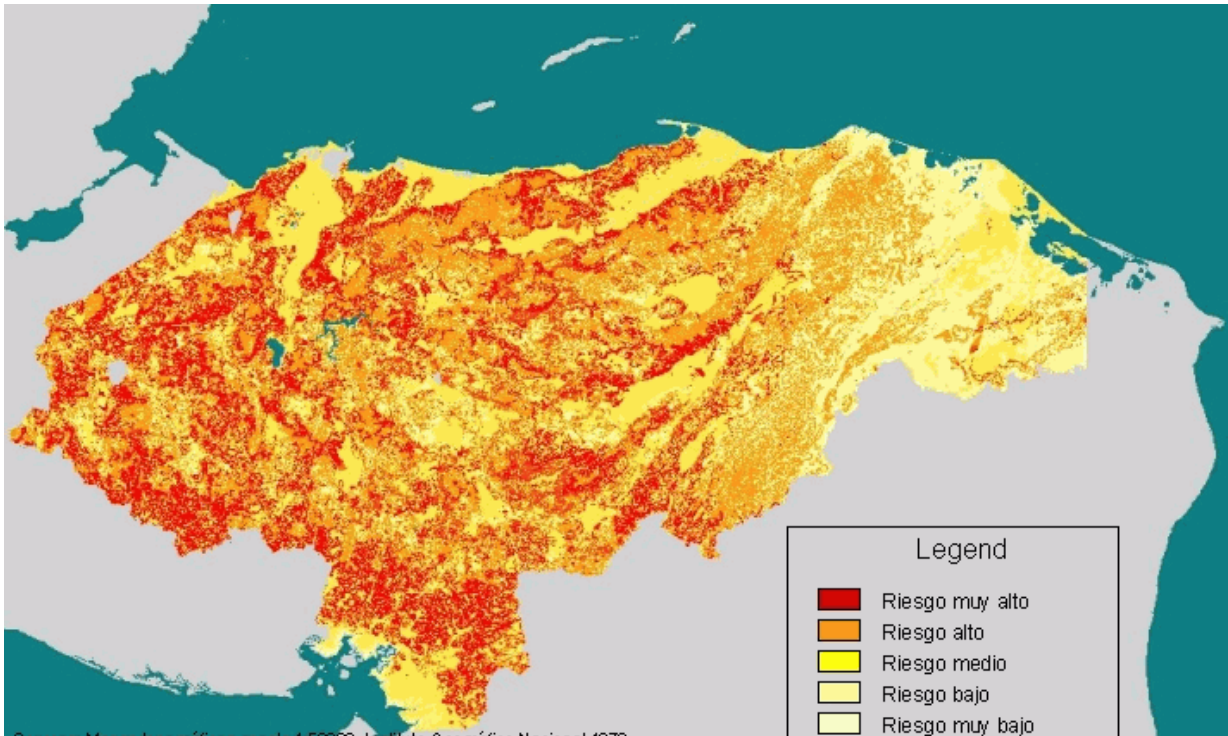
[https://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n\\_territorial\\_de\\_Honduras](https://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n_territorial_de_Honduras)

[http://www.ine.gob.hn/index.php?option=com\\_content&view=article&id=91](http://www.ine.gob.hn/index.php?option=com_content&view=article&id=91)

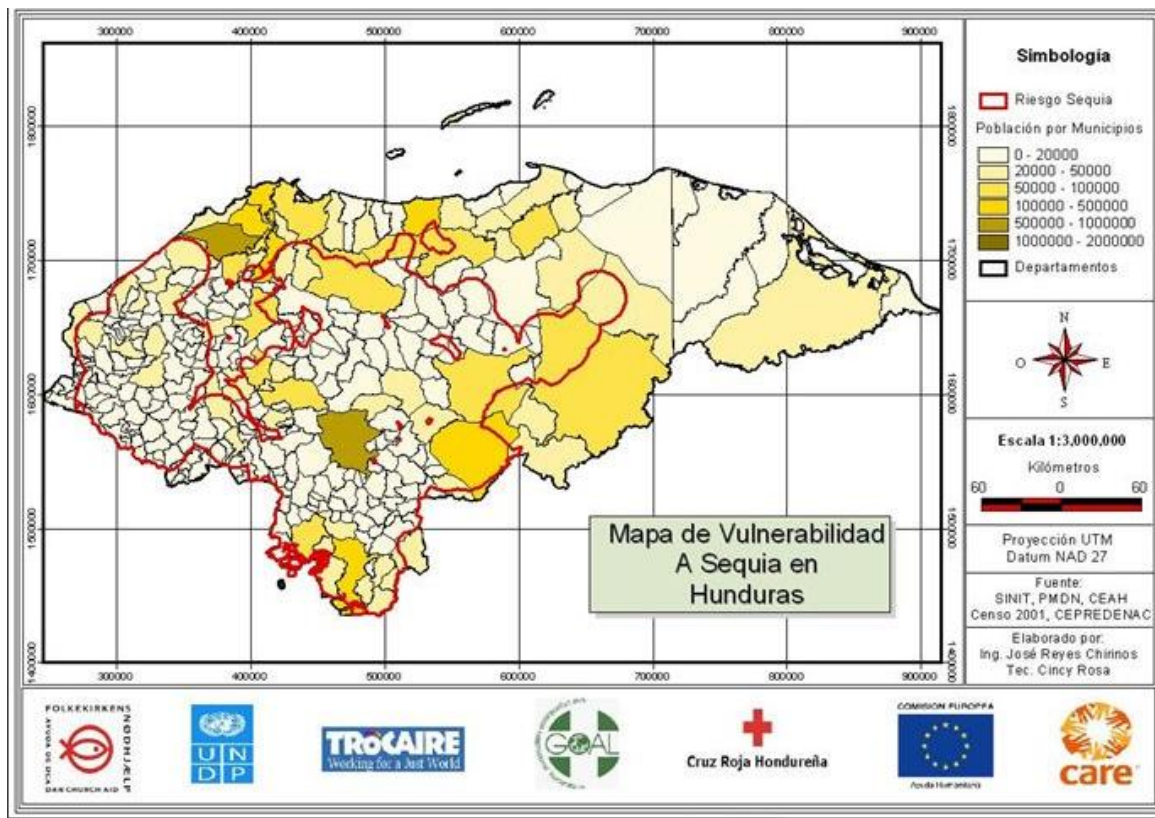
<http://www.laprensa.hn/honduras/886431-410/once-municipios-de-occidente-son-vulnerables-a-desastres-naturales>

[http://www.paho.org/salud-en-las-americanas2017/?page\\_t\\_es=informes%20de%20pais/honduras&lang=es](http://www.paho.org/salud-en-las-americanas2017/?page_t_es=informes%20de%20pais/honduras&lang=es)

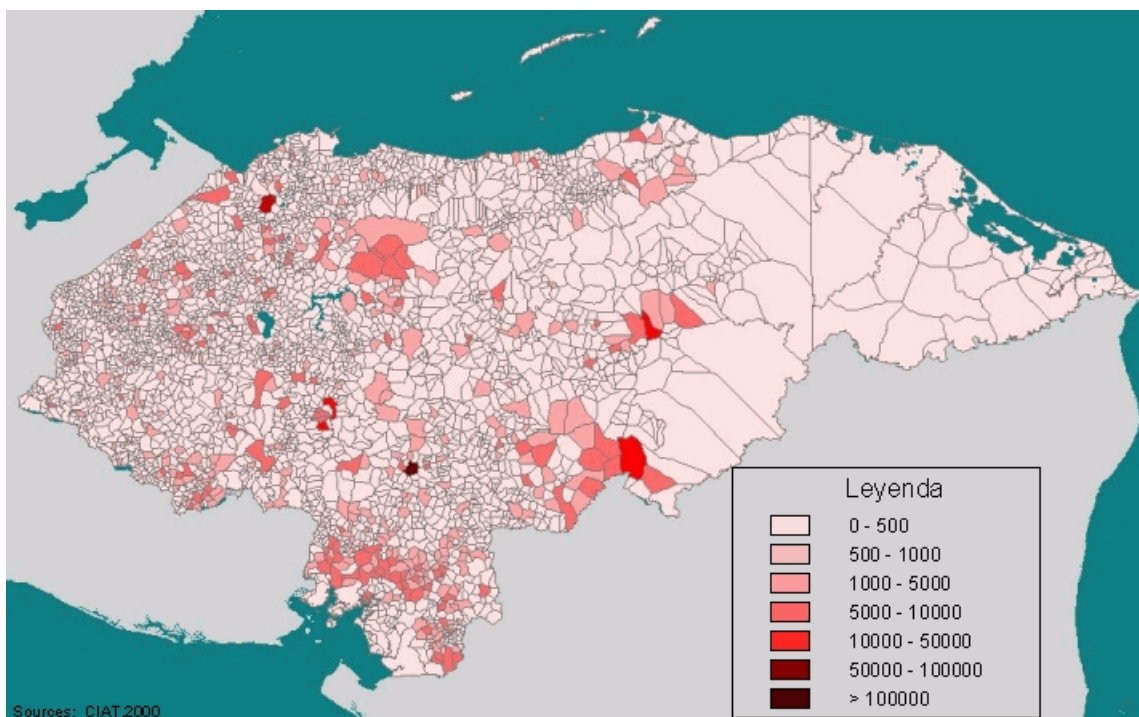
**Anexo 2:** Mapa de Vulnerabilidad por Derrumbe de Honduras, tomado de la Universidad Nacional de Honduras



**Anexo 3: Mapa de Vulnerabilidad a Sequía, tomado de Programa DIPECHO**



**Anexo 4:** Mapa Población en Riesgo de Inundación por Aldeas. Vulnerabilidad Social, tomado de la biblioteca nacional de medicina, Universidad Nacional de Honduras



**Anexo 5:** Equipamiento básico del Establecimiento de Salud para la atención de víctimas.

#### Lista del Equipamiento Básico

- ✚ Equipo básico para diagnóstico (estetoscopio, tensiómetro, termómetro etc.)
- ✚ Material de reposición periódica (apósitos, vendas simples, compresas, guantes, etc.)
- ✚ Soluciones antisépticas.
- ✚ Analgésicos (orales y parenterales).
- ✚ Antibióticos.
- ✚ Soluciones endovenosas (Ringer, Hartman, SSN 0.9%)
- ✚ Agua estéril.
- ✚ Equipo de sutura con material que permita este procedimiento.
- ✚ Material de curaciones.
- ✚ Equipo de iluminación eléctrica, portátiles de baterías, velas, cerillos etc.).
- ✚ Camillas.
- ✚ Férulas.
- ✚ Combustible.
- ✚ Raciones frías para el personal.
- ✚ Agua para consumo humano y para limpieza.
- ✚ Vehículos para la transportación de pacientes.
- ✚ Equipos de comunicación.
- ✚ Planta eléctrica.