

INGRID

INCLUSIÓN PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES EN HOSPITALES



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

INGRID

INCLUSIÓN PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES EN HOSPITALES



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Washington D.C. 2018

Se publica también en inglés con el título
Disability inclusion in hospital disaster risk management
ISBN: 978-92-7512052-1

Inclusión para la gestión del riesgo de desastres en hospitales
ISBN: 978-92-75-32052-5

© Organización Panamericana de la Salud 2018

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están disponibles en su sitio web en (www.paho.org). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web (www.paho.org/permissions).

Forma de cita propuesta. Organización Panamericana de la Salud. Inclusión para la gestión del riesgo de desastres en hospitales. Washington, D.C.: OPS; 2018.

Catalogación en la Fuente: Puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.



Índice de CONTENIDOS

Prefacio	V
Agradecimientos	VII
Acrónimos	IX
Glosario de términos	X
Introducción	1
Capítulo 1: Objetivos, límites y metodología	3
Objetivos	3
Objetivos específicos	3
Límites	3
Metodología para el diseño de INGRID-H	4
Capítulo 2: Inclusión para la Gestión del Riesgo de Desastres	5
Principios claves de la Inclusión para la Gestión del Riesgo de Desastres	6
Accesibilidad universal	6
Igualdad y no discriminación	9
Diversidad étnica y cultural	9
Participación	9
Enfoque de género	9
La inclusión empieza por reconocer su denominación	10
Marco operacional para la inclusión de las personas con discapacidad en la gestión del riesgo de desastres en salud	10
Tipos de discapacidad	12

Capítulo 3:

Inclusión para la Gestión del Riesgo de Desastres en Hospitales INGRID-H 13

Preparación para la respuesta hospitalaria ante emergencias y desastres
con énfasis en las personas con discapacidad..... 13

Ciclo metodológico de INGRID-H 14

Actividades previas de preparación para la aplicación de la metodología INGRID-H 19

Acercamiento y presentación de la metodología INGRID-H 19

Conformación del equipo de tarea de INGRID-H 19

Programa de capacitación..... 21

Evaluación a través del Índice de Inclusión para la Gestión del Riesgo
de Desastres en Hospitales (INGRID-H) 22

Evaluación documental..... 22

Evaluación de la instalación 22

Resultados a obtener con la implementación de INGRID-H 23

Escenario A, de autonomía y capacidad de respuesta..... 25

Escenario B, de autonomía, pero con baja capacidad de respuesta..... 25

Escenario C, de capacidad de respuesta, pero baja autonomía 25

Escenario D, de baja autonomía y baja capacidad de respuesta..... 25

Informe de resultados de INGRID-H 26

Elaboración del Plan de acción básico: 27

Referencias Bibliográficas 28

Anexos 31

Anexo 1: Componentes básicos sugeridos para la inclusión
de las personas con discapacidad en el plan de emergencia hospitalario 31

Anexo 2: Sugerencias para llevar a cabo simulaciones y simulacros inclusivos 33

La simulación 33

El simulacro..... 34

Anexo 3: Visibilidad de las personas con discapacidad 37

PREFACIO

INGRID-H—Inclusión para la Gestión del Riesgo de Desastres en Hospitales—es una metodología de “evaluación - acción” para mejorar el nivel de inclusión de las personas con discapacidad en la gestión del riesgo de desastres en salud, particularmente en la preparación y respuesta de los hospitales frente a emergencias y desastres.

Este recurso técnico se desarrolla en tres capítulos. El primero menciona los objetivos de INGRID-H, los límites del estudio y la metodología utilizada para su estimación. El capítulo 2 corresponde a una necesaria conceptualización de la Inclusión para la Gestión del Riesgo de Desastres (INGRID), sus principios y su marco operativo. Finalmente, el capítulo 3 se centra en el ciclo metodológico para la aplicación de INGRID-H, lo que permite desarrollar paso a paso un proceso sustentado en tres fases:

La primera es la **evaluación**, en la cual se establece una línea de base sobre el nivel actual de inclusión de las personas con discapacidad en la preparación para la respuesta ante emergencias y desastres del hospital y da paso a la creación de un plan de acción para la mejora continua en la inclusión para la gestión del riesgo de desastres.

La segunda fase es la **implementación**, la cual se subdivide en tres instancias:

- a) Las acciones por la visibilidad y la participación, mediante las cuales se busca mejorar a corto plazo (30 días) la visibilidad y la representación de las personas con discapacidad en el hospital.
- b) Las acciones por la autonomía, mediante las cuales se busca mejorar a mediano y largo plazo las condiciones que permitan que las personas con discapacidad se desenvuelvan con autonomía en el hospital.
- c) Las acciones por el fortalecimiento de las capacidades de respuesta, mediante las cuales se busca mejorar la preparación para la respuesta, principalmente la actualización de procedimientos del plan hospitalario de respuesta a emergencias y desastres, que incorpore las necesidades específicas de las personas con discapacidad.

La tercera fase es la **verificación**, en la cual se establecen acciones con el objetivo de valorar la variable de discapacidad en el plan hospitalario de respuesta a emergencias y desastres, mediante ejercicios de simulación y simulacros inclusivos.

La implementación de INGRID-H aportará no solo al cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad, sino que también contribuirá a los esfuerzos de los países por tener un sector de la salud más seguro, inclusivo y resiliente.

AGRADECIMIENTOS

El desarrollo de la metodología “Inclusión para la Gestión del Riesgo de Desastres en Hospitales” (INGRID-H) se realizó bajo un proceso de construcción participativa, enfocado en los derechos y necesidades de las personas con discapacidad en situaciones de emergencia y desastre.

La Organización Panamericana de la Salud agradece a todas las personas y organizaciones que participaron en este proceso, y a quienes han intervenido de manera directa en la revisión de la metodología INGRID-H.

Mención especial merecen los profesionales de Chile, Ecuador y México que participaron en la fase de pilotaje y revisión, pertenecientes a los siguientes hospitales

CHILE: Ministerio de Salud de Chile
 Hospital Dra Eloiza Díaz de la Florida,
 Hospital de Peñaflor

ECUADOR: Ministerio de Salud Pública del Ecuador
 Hospital Enrique Garcés
 Hospital General Docente de Ambato
 Hospital Regional de Riobamba
 Hospital de Ibarra
 Hospital del Adulto Mayor
 Hospital Guayaquil

MÉXICO: Instituto Mexicano del Seguro Social*
 Hospital de Especialidades
 Hospital de Oncología
 Hospital de Cardiología
 Hospital de Pediatría

* Centro Médico Nacional siglo XXI. Unidades Médicas de Alta Especialidad

La producción de esta metodología y sus herramientas, así como la implementación de soluciones en la fase de pilotaje, ha sido posible gracias al apoyo financiero del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS por su sigla en inglés).

Autores: Alex Camacho Vásquez, Roddy Camino, Ciro Ugarte, y Juan Carlos Sánchez.

Contribución técnica: Alejandro Santander, Felipe Cruz Vega, Armando Vásquez, Francisco Guevara, Leonardo Hernández, Antony Duttine, Yocelyn Price, César Intriago, Andrea Pacheco, Manuel Minaya, Rafael Castillo, Jean Marc Gabastou, Carlos Kaiser, y Diana Pacheco.

Coordinación técnica: Alex Camacho Vásquez y Roddy Camino.

Coordinación editorial: Alex Camacho Vásquez, Rosario Muñoz y Juan Carlos Sánchez.

Diseño y diagramación: Victor Ariscaín.



ACRÓNIMOS

CDPD: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud

GRID: Gestión del Riesgo Inclusiva de Desastres

INGRID: Inclusión para la Gestión del Riesgo de Desastres

INGRID-H: Inclusión para la Gestión del Riesgo de Desastres en Hospitales

OPS/OMS: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

Glosario de TÉRMINOS

Accesibilidad. Es la combinación de elementos del espacio construido que permiten el acceso, desplazamiento y uso para las personas con discapacidad, así como el acondicionamiento del mobiliario que se adecúe a las necesidades de las personas con distintos tipos y grados de discapacidad (1).

Amenaza. Proceso, fenómeno o actividad humana que puede ocasionar muertes, lesiones u otros efectos en la salud, daños a los bienes, interrupciones sociales y económicas o daños ambientales (2).

Ayudas técnicas. Dispositivos tecnológicos y materiales que permiten habitar, rehabilitar o compensar una o más limitaciones funcionales, motrices, sensoriales o intelectuales de las personas con discapacidad (3).

Autonomía. Condición de las personas con discapacidad para ejercer acciones de manera independiente, sin que el medio físico o el comunicacional se conviertan en agentes de vulnerabilidad durante una emergencia (1).

Capacidad. Combinación de todas las fortalezas, los atributos y los recursos disponibles dentro de una comunidad, sociedad u organización que pueden utilizarse para gestionar y reducir los riesgos de desastres y reforzar la resiliencia (2).

Cadena de accesibilidad. Es el conjunto de elementos que, en el proceso de interacción del usuario con el entorno construido, permiten la realización de las actividades previstas en ese entorno. En otras palabras, se establece que el desplazamiento –entre un punto de origen y uno de destino– debe producirse de forma continua y sin rupturas para todas las personas (4).

Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Determina la clasificación y codificación de la discapacidad como resultado de los impedimentos, limitaciones de actividad y restricciones de participación (5).

Comité hospitalario de emergencias y desastres. es el órgano del establecimiento que se encarga de articular, dirigir, evaluar y coordinar las actividades del hospital antes, durante y después de una emergencia o desastre, procurando la participación de todo el personal. También conocido como comité de gestión del riesgo de emergencias. (6).

Desastre. Disrupción grave del funcionamiento de una comunidad o sociedad, en cualquier escala, debido a amenazas que interaccionan con las condiciones de exposición, vulnerabilidad y capacidad, ocasionando una o más de las siguientes pérdidas e impactos: humanos, materiales, económicos y ambientales (2).

Discapacidad. Deficiencia, limitación de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad, por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down o depresión; y debido a factores personales y ambientales, por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles o un apoyo social limitado (5).

Diseño universal. Concepto mediante el cual se plantea la creación de productos y entornos diseñados de modo que sean utilizables por todas las personas en la mayor medida posible, sin necesidad de que se adapten o especialicen (7).

Gestión del riesgo. El enfoque y la práctica sistemática de gestionar la incertidumbre para minimizar los daños y las pérdidas potenciales (2).

Gestión inclusiva del riesgo. Actividades de gestión que abordan y buscan corregir o reducir el riesgo de desastres existente, considerando a los grupos poblacionales en condición de vulnerabilidad (2).

Gestión del riesgo de desastres. Es la aplicación de políticas y estrategias de reducción del riesgo de desastres con el propósito de prevenir nuevos riesgos de desastres, reducir los riesgos de desastres existentes y gestionar el riesgo residual (2).

Grado de desempeño. Son los resultados que permiten reconocer el dinamismo de las actividades que desempeñan las personas independientemente de sus capacidades (8).

Persona con discapacidad. Toda persona que presenta una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, y que puede ser causada o agravada por el entorno económico o social (5).

Plan hospitalario de respuesta a emergencias y desastres. Plan multiamenaza documentado, examinado sistemáticamente y actualizado de respuesta a emergencias y desastres en el que se define las medidas a adoptarse, antes, durante y después de cualquier tipo de emergencia o desastre al que el establecimiento deba hacer frente (6).

Reconstrucción. Reedificación a mediano o largo plazo y restauración sostenible de infraestructuras vitales, servicios, viviendas, instalaciones, y medios de vida necesarios para el pleno funcionamiento de una comunidad o sociedad afectadas por un desastre, siguiendo los principios del desarrollo sostenible y de “reconstruir mejor”, con el fin de evitar o reducir el riesgo de desastres en el futuro (2).

Recuperación. Restablecimiento o mejora de los medios de vida y la salud, así como de los bienes, sistemas y actividades (económicos, físicos, sociales, culturales y ambientales) de una comunidad o sociedad afectada por un desastre, siguiendo los principios del desarrollo sostenible y de “reconstruir mejor”, con el fin de evitar o reducir el riesgo de desastres en el futuro (2).

Rehabilitación. Restablecimiento de los servicios e instalaciones básicas para el funcionamiento de una comunidad o sociedad afectada por un desastre (2).

Respuesta. Suministro de servicios de emergencia y de asistencia pública durante o inmediatamente después de la ocurrencia de un desastre, con el propósito de salvar vidas, reducir los impactos a la salud, velar por la seguridad pública y satisfacer las necesidades básicas de subsistencia de la población afectada (2).

Riesgo. Es la combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas (2).

Ruta de emergencia accesible. Es el camino de salida, continuo y sin obstrucciones que conduce desde cualquier punto de una edificación hasta la vía pública. Comprende las circulaciones verticales, horizontales y las áreas de resguardo (10).

Señalización. Es aquella información expuesta, ya sea sonora, visual, simbólica o táctil que proporciona orientación e información (11).

Visibilidad. Para efectos de conceptualizar las dimensiones de análisis de la Inclusión en la Gestión del Riesgo de Desastres (INGRID), se define visibilidad como la capacidad de una organización para identificar, reconocer y gestionar las necesidades específicas de las personas con discapacidad.

Vulnerabilidad. Las características y las circunstancias de una comunidad, sistema o bien que los hacen susceptibles a los efectos dañinos de una amenaza (2).



INTRODUCCIÓN

El continente americano es el segundo más afectado por los desastres, después de Asia. Alrededor de un cuarto (21%) de todos los desastres ocurridos en el mundo entre 2008 y 2017 tuvo lugar en la región de las Américas, con 254.334 víctimas, y daños por US\$ 592 mil millones, aproximadamente. Los eventos más comunes fueron de tipo hidrológico y meteorológico, causando el 6% de las muertes y el 79% de los daños en este periodo (12). A más de los fenómenos hidrológicos y meteorológicos, específicamente, los sismos, las erupciones volcánicas, los deslizamientos de tierra, o eventos como incendios, conmociones sociales, entre otros, pueden generar gran afectación a toda la población, a la infraestructura, a los servicios, como los de salud, los cuales son fundamentales para brindar atención durante y después de emergencias y desastres.

El Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015–2030 establece que es urgente y fundamental prever el riesgo de desastres, planificar medidas y reducirlo para proteger a las personas. Además, que las prácticas de reducción de riesgos deben tener un enfoque preventivo más amplio que contemple amenazas múltiples, a saber, multisectoriales, inclusivas y accesibles; y que se centren en acciones como vigilar, evaluar y comprender el riesgo de desastres (13). De la misma forma, se deben adoptar planes integrados que promuevan la inclusión, el uso eficiente de los recursos, la mitigación del cambio climático y la resiliencia ante los desastres (14).

El enfoque inclusivo tiene como fin reducir los riesgos que afectan de manera desproporcionada a las poblaciones en situación de vulnerabilidad, particularmente a las personas con discapacidad, debido a mayores tasas de mortalidad, morbilidad y afectación en situaciones de desastres (15). Tomando en cuenta que, por lo general, las personas con discapacidad están excluidas de la formulación de políticas y planes de gestión del riesgo de desastres (13), su vulnerabilidad se profundiza y se dificulta la respuesta a las víctimas después del desastre. Por todo esto, se debe trabajar por la inclusión de las personas con discapacidad y sus familias en la gestión del riesgo de desastres, y con mayor énfasis en la preparación para la respuesta a emergencias y desastres, más aún en sectores primordiales como el de la salud.

Es fundamental contar con establecimientos de salud cuyos servicios permanezcan accesibles, operativos a su máxima capacidad instalada y dentro de su misma infraestructura, inmediatamente después de una emergencia o desastre (6). Esto implica que el personal de salud debe estar preparado para responder a todo tipo de amenaza, con la premisa de “no dejar a nadie

atrás”, lo que incluye a: trabajadores, pacientes con sus familiares, víctimas de un evento, y toda persona que se encuentre dentro del establecimiento. Además, los establecimientos de salud deben facilitar que las personas con discapacidad se desenvuelvan con autonomía dentro de la infraestructura, para lo cual deben cumplir con normativas de accesibilidad universal y diseño universal.

En este contexto, y en contribución con los esfuerzos que realizan los países en el sector de la salud para dar cumplimiento efectivo al artículo 11 “Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias” de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), en este documento se presenta una metodología para favorecer la inclusión en la gestión del riesgo de desastres en hospitales, prestando atención a las necesidades de las personas con discapacidad (16). A la metodología se la ha denominado Inclusión para la Gestión del Riesgo de Desastres en Hospitales (INGRID-H).



CAPÍTULO 1:

Objetivos, límites y metodología

OBJETIVOS

El objetivo de INGRID-H es mejorar el nivel de preparación para la respuesta hospitalaria ante situaciones de emergencia y desastres provocados por cualquier tipo de amenaza (fenómenos naturales, amenazas biológicas, químicas o radiológicas, conflictos armados y otras amenazas sociales), con énfasis en las personas con discapacidad en los hospitales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Facilitar que las personas con discapacidad reciban información, se movilicen o evacúen de manera independiente, sin que el medio físico o el comunicacional se conviertan en agentes de vulnerabilidad ante posibles desastres (autonomía).
- Promover el fortalecimiento de capacidades del hospital, que permitan apoyar mediante equipamiento, procedimientos y personal capacitado y entrenado, a las personas con discapacidad que no puedan actuar de manera autónoma, durante una emergencia o desastre.
- Favorecer la identificación de puntos críticos y la toma de decisiones mediante un índice que permita ubicar a los establecimientos de salud en un nivel de inclusión, estableciendo acciones de mejora a corto, mediano y largo plazo.

LÍMITES

La metodología INGRID-H está dirigida al personal de salud que trabaja en la gestión del riesgo de desastres, así como al personal de los hospitales públicos y privados a nivel local, subnacional o nacional.

Si bien el diseño de la metodología ha tomado como objetivo reducir los riesgos de desastre para las personas con discapacidad que laboran en el establecimiento de salud, su aplicación facilita que el establecimiento esté preparado para atender a usuarios externos, sean estos pacientes, visitantes u otros.

INGRID-H fue diseñada para su aplicación en hospitales de más de 100 camas, sin que sea una limitante su uso en establecimientos de salud de baja complejidad.

METODOLOGÍA PARA EL DISEÑO DE INGRID-H

El diseño de INGRID-H se basó en métodos cualitativos y cuantitativos, entre los que se incluye:

- Revisión bibliográfica sobre los derechos, las vulnerabilidades y las necesidades específicas de las personas con discapacidad durante emergencias o desastres.
- Talleres con expertos en gestión del riesgo de desastres y discapacidad, para el diseño de las variables de evaluación y la base cualitativa de medición. Entre los expertos estuvieron personas con discapacidad.
- Pruebas piloto en hospitales de Chile, Ecuador y México, a partir de las cuales se completó el proceso de diseño.
- Teoría de conjuntos para la valoración cuantitativa del Índice de Inclusión para la Gestión del Riesgo de Desastres en Hospitales. El índice se construye a partir de varios parámetros de evaluación (ítems), agrupados y categorizados dentro de cinco campos de evaluación: 1) visibilidad de las personas con discapacidad, 2) participación de las personas con discapacidad, 3) accesibilidad universal, 4) capacidades desarrolladas para la respuesta, y 5) plan hospitalario de respuesta a emergencias y desastres.

Cada ítem se evalúa como excluyente, probablemente inclusivo o inclusivo, según lo observado por el evaluador, según los parámetros previamente establecidos de forma cualitativa, otorgándoles un peso específico.

Para que la valoración de un ítem se ubique dentro de uno de los conjuntos de resultados se estableció, en primer lugar, un orden de prioridad de cada parámetro de evaluación. Por ejemplo, en el campo “Visibilidad”, uno de los ítems hace referencia a la disponibilidad de información sobre las personas con discapacidad en la institución. Dentro de este ítem, los parámetros de evaluación incluyeron la disponibilidad de datos como la edad, el género, el tipo de discapacidad, la ubicación física de trabajo, etc., a los cuales se les dio una jerarquización dentro del ítem y del campo de evaluación.

Finalmente, para el cálculo global del índice, cada campo e ítem de evaluación fue sujeto a ponderaciones individuales otorgadas por expertos con el fin de jerarquizar su aporte dentro del valor total.



CAPÍTULO 2:

Inclusión para la gestión del riesgo de desastres

Desde el año 2013, varias denominaciones surgieron para hacer referencia a la inclusión de las personas con discapacidad en la gestión del riesgo de desastres, entre ellas: gestión del riesgo inclusiva de desastres (GRID), gestión inclusiva del riesgo de desastres (GIRD), entre otras. Para efectos del tema en mención en la presente y futuras publicaciones y, con el afán de unificar conceptos, se ha adoptado Inclusión para la Gestión del Riesgo de Desastres (IN-GRID) (2).

La Inclusión para la Gestión del Riesgo de Desastres se traduce en la aplicación de políticas y estrategias de reducción del riesgo de desastres, con el propósito de prevenir nuevos riesgos (gestión prospectiva del riesgo de desastres); mitigar los riesgos de desastres existentes (gestión correctiva del riesgo de desastres); y de gestionar el riesgo residual, que no es posible reducir de manera efectiva, y que incluye actividades de preparación, respuesta y recuperación (gestión compensatoria del riesgo de desastres), considerando las necesidades y la participación de las personas con discapacidad en el mismo nivel de prioridad que toda la población, y en plena concordancia con la CDPD (2) (16).

La Inclusión para la Gestión del Riesgo de Desastres va tomando cada vez más fuerza y la relevancia que amerita dentro de políticas, planes y proyectos de gobiernos, sociedad civil, organismos internacionales, etc. Ya se ha mencionado la importancia de trabajar por la visibilidad y la participación de las personas con discapacidad, por la implementación de la accesibilidad universal, y la eliminación de barreras a la información y la comunicación, por la preparación para la respuesta en momentos de emergencia y desastre con las personas con discapacidad (17) (18).

Todas estas políticas, planes y proyectos son urgentes debido a que las personas con discapacidad pueden ser afectadas de forma desproporcionada en momentos de emergencia en comparación con la población en general, denotando que en muchos de los casos sus necesidades específicas no han sido tomadas en cuenta. Incluso se sabe que, en situaciones de desastres, la tasa de mortalidad entre la población con discapacidad es entre dos y cuatro veces superior a la de la población sin discapacidad (19).

En 2013, una encuesta mundial de las Naciones Unidas sobre discapacidad y desastres evidenció, entre otros, varios aspectos críticos (20):

- Las personas con discapacidad declararon que rara vez se les consulta sobre sus necesidades, es decir, sus necesidades no han sido recogidas.
- La falta de accesibilidad universal limita e impide que las personas con discapacidad puedan comunicarse y recibir información de manera adecuada. Además, esto dificulta los procesos de evacuación.
- Los planes de preparación, respuesta y recuperación no incluyen las necesidades de las personas con discapacidad.

Estos puntos críticos pueden ser abordados, desde algunos principios, que constituyen la base y fundamento de INGRID.

PRINCIPIOS CLAVES DE LA INCLUSIÓN PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES

Si bien es cierto que la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Carta Humanitaria en el proyecto Esfera (21) establecen varios principios generales en este ámbito, es necesario resaltar cinco principios claves y su modo de aplicación en la INGRID. Así, los principios que deben aplicarse en todas las fases de la gestión del riesgo de desastres son los siguientes:



Accesibilidad universal

Es la condición que deben cumplir todos los bienes, entornos, procesos, herramientas, objetos, productos, dispositivos y servicios para que sean comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas, bajo condiciones de seguridad, autonomía y comodidad; y en

el marco del diseño universal, para que sean concebidos o planificados desde el origen, y sean utilizados bien por todas las personas o en su mayor extensión posible (1).

En todas las obras de infraestructura, principalmente en el diseño, planificación, construcción o remodelación de establecimientos de salud, se debe preservar la cadena de accesibilidad, entendida como una condición que permite el desplazamiento entre un punto de origen y uno de destino de forma continua y sin rupturas para todas las personas, en particular para las personas con movilidad reducida. Los elementos que conforman esta cadena de accesibilidad en los hospitales incluyen además los sistemas de alarmas, los elementos físicos de las rutas de evacuación, las salidas de emergencia, y todos los elementos que permitan que las personas con discapacidad puedan llegar a una zona segura.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de Naciones Unidas, en su Artículo 9, insta a los “Estados Parte a adoptar medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público”

La accesibilidad por lo tanto es fundamental para los Estados Miembros pues, al ratificar la Convención, forman parte de la garantía de este derecho. Asimismo, empieza a adquirir mayor fuerza el término y ya no solo se ve enfocado en el ámbito físico, sino también en el acceso a información, comunicación, servicios y tecnología.

“La accesibilidad no se limita a rampas de acceso, ni a personas con discapacidad física; la accesibilidad universal es para todos, y particularmente beneficia a personas con discapacidad, adultos mayores, mujeres embarazadas, familias con niños menores de 5 años y otras personas con movilidad reducida” (22).



Algunos ejemplos de aplicaciones de medidas de accesibilidad son:

- Medio físico: por ejemplo, pisos podo táctiles en vados y rebajes para personas con discapacidad visual, rampas en dos tramos, cintas antideslizantes en bordes de gradas, etcétera.
- Comunicación e información: por ejemplo, interpretación en lengua de señas para personas sordas, señalética de evacuación de fácil comprensión para personas con discapacidad intelectual, cartillas de procedimientos de emergencia en formato braille para personas ciegas, entre otros.
- Tecnologías de información y comunicación: por ejemplo, alarmas vibratorias o visuales para personas sordas, alarmas audibles o mensajes de audio para personas ciegas.

La correcta aplicación de medidas de accesibilidad se logra con un fuerte componente normativo. Algunos países han desarrollado normas o estándares locales de accesibilidad, a partir de normas internacionales, para la implementación de medidas de accesibilidad en hospitales. Cualquiera que sea la normativa de aplicación, se debe tener claro que el objetivo de las medidas de accesibilidad es alcanzar las condiciones de:

- **Seguridad:** El cumplimiento de las normas de accesibilidad evita que el medio logre constituirse en una amenaza para todas las personas (11). El incumplimiento de la norma constituye riesgo para las personas.
- **Autonomía:** El cumplimiento de las normas de accesibilidad permite que una persona pueda desenvolverse de manera independiente en un entorno o situación de vulnerabilidad (Ibíd.). El incumplimiento de la norma constituye un impedimento para que una persona pueda desenvolverse por sí misma.
- **Comodidad:** El cumplimiento de las normas de accesibilidad posibilita que una persona realice sus actividades cotidianas de forma sencilla (Ibíd.). El incumplimiento de la norma impide realizar actividades cotidianas de forma sencilla.





Igualdad y no discriminación

La gestión del riesgo de desastres debe incluir a todas las personas, poniendo especial énfasis en las que se encuentran en grado de mayor vulnerabilidad o de atención prioritaria, como las personas con discapacidad.

Se entenderá a la “discriminación por motivos de discapacidad” como “cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo, e incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la “denegación de ajustes razonables” (IDEM16).

Diversidad étnica y cultural

Las personas con discapacidad en pueblos indígenas y afrodescendientes pueden ser objeto de mayor discriminación en situaciones de desastres debido a diferencias culturales, restricciones de comunicación e información, entre otros; por tanto, es necesario abordar el contexto cultural, el conocimiento tradicional y ancestral de dichos pueblos con el apoyo de líderes locales y expertos en el tema.

Participación

Las personas con discapacidad son más propensas a ser abandonadas durante desastres y evacuaciones de emergencia (20). En este sentido, ellas tienen derecho a participar en la planificación, la elaboración, la ejecución y el seguimiento de los programas de gestión del riesgo de desastres; asimismo, tienen derecho a ser reconocidas y respetadas como ciudadanas y seres humanos que pueden hacer una significativa contribución antes, durante y después de un desastre.

Enfoque de género

Todas las personas con discapacidad, independientemente de su orientación sexual, tienen derecho a las mismas oportunidades en la INGRID. La prevención de la violencia debe ser una de las premisas, particularmente en situaciones de asistencia humanitaria. Debemos tener en cuenta que las mujeres, las adolescentes y niñas con discapacidad pueden ser más susceptibles a violencia sexual, por lo que se debe tomar las medidas de prevención necesarias.

LA INCLUSIÓN EMPIEZA POR RECONOCER SU DENOMINACIÓN

La CDPD de Naciones Unidas, celebrada en el año 2006 durante la 67° Asamblea General, propuso que el término adecuado para referirse a este grupo de la población mundial sea: **“Personas con Discapacidad”**; por tanto, únicamente el uso de este término es considerado apropiado a nivel mundial.

MARCO OPERACIONAL PARA LA INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES EN SALUD

El marco operacional para la inclusión de las personas con discapacidad en la gestión del riesgo de desastres en salud resume las acciones que deben ser realizadas de manera transversal y como parte de las fases de reducción, preparación, respuesta y recuperación.

En las fases de reducción y preparación ante el riesgo de desastres se identifican las acciones que se debe realizar para la inclusión de las personas con discapacidad. En este sentido, hablamos de la creación, ajuste y ejecución de las políticas, leyes, normas y programas, así como del desarrollo de normas y planes de accesibilidad en el entorno urbano y rural, que garanticen el acceso a los servicios de salud.

En la fase de preparación se inicia la implementación de protocolos para la alerta y alarma inclusivos que permanecerán activos antes y durante el desastre. Se elaboran o actualizan los planes de respuesta, ejercicios de simulación y simulacros inclusivos, la evaluación, y el mejoramiento de las intervenciones realizadas.

En la fase de respuesta, durante el desastre, se activa los procedimientos y protocolos que incluyen las particularidades de las personas con discapacidad, ya sea para evacuación, rescate o atención médica, con énfasis en las necesidades individuales. También se incluye la activación de mecanismos de coordinación multisectorial para garantizar el acceso a la salud y a dispositivos de asistencia, servicios básicos, alimentación y alojamiento temporal. Estas acciones deben permanecer activas hasta que las evaluaciones lo determinen.

En la fase de recuperación se considera la recuperación temprana, la rehabilitación y la reconstrucción. Esta fase permite la continuidad de las coordinaciones multisectoriales, establece el reacondicionamiento de la infraestructura mediante la aplicación de la normativa de accesibilidad universal y facilita las actividades de reconstrucción.

El marco operacional hace énfasis en los procesos de identificación (**visibilidad**) y **participación** de las personas con discapacidad durante todas las fases y, por lo tanto, es muy importante que se registren datos tales como la ubicación física habitual, el grado de autonomía e independencia, el nivel de representación, entre otros.

Marco Operacional para la Inclusión de las Personas con Discapacidad en la Gestión del Riesgo de Desastres en Salud

GESTIÓN PROSPECTIVA DEL RIESGO		GESTIÓN CORRECTIVA DEL RIESGO	GESTIÓN COMPENSATORIA DEL RIESGO DE DESASTRES			
ANTES DEL DESASTRE			DURANTE EL DESASTRE	POSDESASTRE		
REDUCCIÓN			PREPARACIÓN	RESPUESTA	RECUPERACIÓN	
					RECUPERACIÓN TEMPRANA	REHABILITACIÓN
Creación, ajuste y ejecución de políticas, leyes, normas, programas y financiamiento que promuevan la inclusión de las personas con discapacidad en todos los sectores y todos los aspectos de la GRID						
Desarrollo de normas y planes de accesibilidad en el entorno urbano y rural que garantice el acceso a servicios de salud, vías de evacuación, zonas seguras, y alojamientos temporales						
Identificación: visibilizar a las personas con discapacidad			¿Quiénes son las personas con discapacidad? ¿Dónde están las personas con discapacidad? ¿Qué necesitan las personas con discapacidad? Gestión de la información sobre discapacidad: Sistema de actualización de la información, y la coordinación con los responsables de gestión de riesgos			
Participación:			Representación de las personas con discapacidad con enfoques de participación basados en la comunidad; las personas con discapacidad, las personas que los ayudan y las organizaciones que las representan deben ser incluidas en los procesos de decisión, incluidas las evaluaciones de riesgo.			
Comunicación			Recursos de comunicación e información accesibles para las personas con discapacidad auditiva, visual e intelectual en caso de desastres			
			Aplicación de procedimientos y protocolos para alerta temprana y alarma que consideren la accesibilidad para personas con discapacidad			
			Evaluación del nivel de preparación ante desastres	Aplicación de procedimientos y protocolos de evaluación, rescate y atención médica con énfasis en las particularidades y necesidades individuales		
			Fortalecimiento de las capacidades institucionales del personal de salud, de las personas con discapacidad y de sus cuidadores.	Activación de mecanismos de coordinación multisectorial para garantizar el acceso a atención de salud y dispositivos de asistencia; agua, saneamiento e higiene; seguridad alimentaria y nutrición y alojamiento temporal	Reacondicionamiento de la infraestructura aplicando la normativa de accesibilidad universal	Reconstruir mejor: seguro, verde y accesible
			Planes de respuesta			
			Desarrollo de los ejercicios de simulación			
			Evaluación y mejoramiento de intervenciones			

Fuente: Camacho, A., 2015

TIPOS DE DISCAPACIDAD

En base a la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) se define a la discapacidad como un término genérico para impedimentos, limitaciones de actividad y restricciones de participación. La discapacidad está definida como el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona (23).



AUDITIVA

Es una deficiencia total o parcial en el sentido del oído, no solo afecta el poder escuchar sino el desarrollo del habla, por ello la persona se comunica por medio de lengua de señas. En algunos casos, tienen la capacidad de leer los labios (24).



FÍSICA/MOTRIZ

Se define como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide la coordinación motora o el control de movimientos de una persona, ya sea por accidente, enfermedad o nacimiento. No puede utilizar ni mover sus extremidades superiores, inferiores, o inclusive todo el cuerpo, por lo cual requiere una ayuda técnica para su movilización como: silla de ruedas, muletas, bastones, prótesis, entre otras (24).



INTELLECTUAL

Es una deficiencia en el funcionamiento intelectual, que presenta limitaciones sustanciales en la ejecución de algunas habilidades de la vida diaria; cuando presenta un grado severo, la persona depende de la ayuda y cuidado permanente de otra persona (24).



PSICOSOCIAL

Es la limitación de las personas que padecen disfunciones temporales o permanentes de la mente para realizar una o más actividades cotidianas o para ejercer sus derechos humanos. Se refiere a personas que presentan secuelas de una enfermedad mental, que se caracteriza por trastornos previsiblemente permanentes en el comportamiento adaptativo que afectan el estado de bienestar en la forma de pensar, en los sentimientos, en las emociones, en el humor o estados de ánimo, en la conducta, interfiriendo la habilidad de una persona para desarrollarse en los ámbitos familiar, social, educacional y laboral (24).



VISUAL

Es la pérdida parcial o total del sentido de la vista (agudeza visual). La persona con esta discapacidad presenta tres dificultades vitales: la movilidad, la orientación y la comunicación (24).



MÚLTIPLE

Es la presencia de dos o más tipos de discapacidad: física, sensorial, intelectual y/o psicosocial, lo que genera limitaciones funcionales en varios sistemas del organismo humano (24).



CAPÍTULO 3:

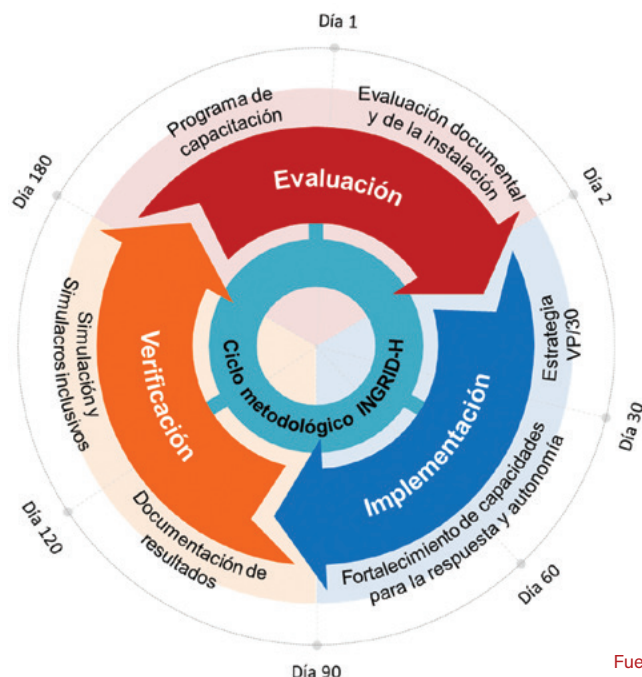
Inclusión para la Gestión del Riesgo de Desastres en Hospitales (INGRID-H)

PREPARACIÓN PARA LA RESPUESTA HOSPITALARIA ANTE EMERGENCIAS Y DESASTRES CON ÉNFASIS EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La preparación para la respuesta hospitalaria ante emergencias y desastres con énfasis en las personas con discapacidad se centra en los conocimientos y capacidades que desarrollan los hospitales para prever, responder y recuperarse de forma efectiva de los impactos de desastres probables, inminentes o presentes. Las actividades de preparación en un hospital no deberían ser específicas o diferentes para las personas con discapacidad; éstas tienen que estar consideradas de forma transversal y efectiva en el planeamiento hospitalario para desastres.

INGRID-H es una metodología de “evaluación - acción” para mejorar el nivel de preparación para la respuesta hospitalaria en situaciones de emergencia y desastres causados por cualquier tipo de amenaza con énfasis en personas con discapacidades. La implementación de la metodología se logra a través de un ciclo metodológico.

CICLO METODOLÓGICO DE INGRID-H

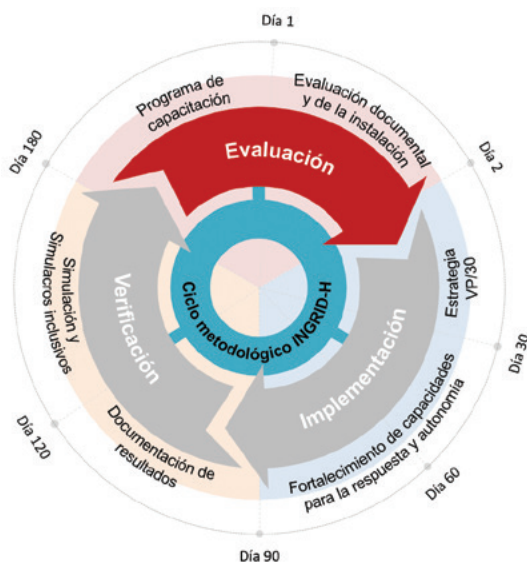


Fuente: OPS/OMS, 2018

INGRID-H se fundamenta en los principios de INGRID y en el marco operacional para la inclusión de las personas con discapacidad en la gestión del riesgo de desastres en salud.

El ciclo metodológico de INGRID-H brinda un panorama de las actividades que deben completarse en un periodo estimado de tiempo y consta de tres fases:

- a) **Evaluación.** Se realiza a través de un índice que permite establecer una línea de base sobre la preparación para la respuesta a emergencias y desastres en el hospital. Para ello, la metodología incluye un programa de capacitación, que se otorga a los establecimientos de salud que serán evaluados. Una vez socializada la metodología INGRID-H, se procede a la obtención del índice INGRID-H; este se expresa en porcentajes y está compuesto por cinco componentes que se detallan a continuación:



1. **Visibilidad de las personas con discapacidad.** Este componente busca establecer si las personas con discapacidad están registradas en la base de datos del personal de la institución, al igual que sus lugares de trabajo y diversos datos como los que se observan a continuación:

Visibilidad de las personas con discapacidad

¿La institución cuenta con un listado del personal que identifica a las personas con discapacidad?

☐ SI
☐ NO

Seleccione los datos de las personas con discapacidad con los que se cuenta en el listado del personal:

Edad ☐
Género ☐
Tipo de discapacidad ☐
Grado de desempeño ☐
Ubicación física habitual ☐
Necesidades específicas en caso de emergencia ☐

Seleccione la opción que indique el formato en el que se tiene el listado del personal:

Formato físico ☐
Formato digital ☐
Formato físico y digital ☐

¿Se realizan actualizaciones periódicas sobre el listado de identificación del personal?

☐ SI
☐ NO

Seleccione las opciones que mejor se ajusten a la situación en el hospital sobre el plan de respuesta de emergencias y desastres:

El plan de respuesta incluye la información de las personas con discapacidad ☐
El plan de respuesta incluye acciones para abarcar las necesidades específicas de las personas con discapacidad ☐
Existe un proceso para actualizar de manera periódica el plan de respuesta con la información y las necesidades del personal ☐

CONTINUAR

2. **Participación de las personas con discapacidad.** Este componente permite detectar si las personas con discapacidad tienen una representación en el Comité Hospitalario de Emergencias, y si son consultadas sobre cualquier actividad relativa a la gestión del riesgo de desastres, como se observa:

Participación de las personas con discapacidad

¿Las personas con discapacidad son consultadas y participan en la gestión del riesgo de desastres en el hospital?

¿Existe al menos un representante de las personas con discapacidad en el comité hospitalario?

☐ SI
☐ NO

¿Se consulta a las personas con discapacidad sobre actividades relativas a la gestión del riesgo de desastres?

☐ SI
☐ NO

CONTINUAR

3. Accesibilidad universal. Este componente busca determinar si la infraestructura hospitalaria, el medio físico y otros dispositivos para la gestión del riesgo cumplen con los criterios de accesibilidad universal, como condición indispensable para favorecer la autonomía de las personas con discapacidad dentro del hospital.

Para la evaluación de la accesibilidad universal es necesario realizar un recorrido por el hospital, verificando la cantidad de elementos de análisis existentes y sus características, en apego a los parámetros definidos por INGRID-H o la normativa local (9).

Los parámetros de accesibilidad evaluados se indican a continuación:

Accesibilidad universal. Los parámetros de evaluación han sido tomados de normativas internacionales y estudios previos de accesibilidad. Se recomienda revisar la normativa local antes de realizar la evaluación.

¿Las alarmas de evacuación del establecimiento son accesibles para personas con discapacidad?. Seleccione las opciones que mejor se ajusten a la situación del hospital:

Más del 80% de los dispositivos de alarma son visibles por color e iluminación

Al menos el 50% de los dispositivos de alarma son visibles por color e iluminación

Menos del 50% de los dispositivos de alarma son visibles por color e iluminación

☐
☐
☐

Más del 80% de los dispositivos de alarma son audibles

Al menos el 50% de los dispositivos de alarma son audibles

Menos del 50% de los dispositivos de alarma son audibles

☐
☐
☐

¿La señalética de las rutas de evacuación es accesible para personas con discapacidad?

La señalética se encuentra a una altura visible en caso de aglomeración (Se recomienda una altura mínima de 2,10m o la definida en la normativa local)

☐

La señalética es visible incluso en caso de que no haya luz eléctrica

☐

La señalética está ubicada en toda la ruta de evacuación

☐

¿Los recursos de comunicación e información son accesibles para personas con discapacidad?

Son accesibles en formatos táctiles o audibles para personas con discapacidad visual

☐

Son accesibles con fácil lectura para personas con discapacidad intelectual

☐

Son accesibles en formatos gráficos o en lengua de señas para personas con discapacidad auditiva

☐

¿Las rutas de evacuación son accesibles para personas con discapacidad?. Seleccione las opciones que mejor se ajusten a la situación del hospital:

Más del 80% de las rutas de evacuación se conectan con escaleras para evacuación a una distancia corta. Se recomienda tomar como referencia una distancia no mayor a 25m

☐
☐
☐

Al menos un 50% de las rutas de evacuación se conectan con escaleras para evacuación a una distancia corta. Se recomienda tomar como referencia una distancia no mayor a 25m

☐

Menos del 50% de las rutas de evacuación se conectan con escaleras para evacuación a una distancia corta. Se recomienda tomar como referencia una distancia no mayor a 25m

☐

Más del 80% de las rutas de evacuación están libres de obstáculos en todo su recorrido (se recomienda un paso libre mínimo de 150cm)

Al menos un 50% de las rutas de evacuación están libres de obstáculos en todo su recorrido (se recomienda un paso libre mínimo de 150cm)

Menos del 50% de las rutas de evacuación están libres de obstáculos en todo su recorrido (se recomienda un paso libre mínimo de 150cm)

☐
☐
☐

Más del 80% de las rutas de evacuación cuentan con superficies antideslizantes, firmes y duros

Al menos el 50% de las rutas de evacuación cuentan con superficies antideslizantes, firmes y duros

Menos del 50% de las rutas de evacuación cuentan con superficies antideslizantes, firmes y duros

☐
☐
☐

CONTINUAR

4. **Capacidades desarrolladas para la respuesta a desastres.** Este campo busca establecer si el personal que interviene en la respuesta está capacitado y entrenado en la Inclusión para la Gestión del Riesgo de Desastres, y si el establecimiento de salud cuenta con los dispositivos para el apoyo durante una emergencia.

Capacidades desarrolladas para la respuesta a desastres

El personal asignado para actuar en la respuesta a emergencias y desastres: Ha sido capacitado y entrenado en comunicación y trato adecuado con personas con discapacidad ☐ Ha sido entrenado en medidas de evacuación con personas con discapacidad ☐ Ha sido entrenado en los últimos dos años para intervenir en emergencias con personas con discapacidad ☐	El establecimiento cuenta con: Dispositivos de apoyo para evacuación de emergencia en todos los pisos ☐ Dispositivos de apoyo para evacuación de emergencia al menos en los pisos donde se registra que trabaja una persona con discapacidad ☐ El hospital no cuenta con dispositivos para evacuación de emergencias ☐
---	---

CONTINUAR

5. **Plan hospitalario de respuesta a emergencias y desastres.** Este componente ayuda a detectar si las necesidades de las personas con discapacidad están incluidas en el plan hospitalario de respuesta a emergencias y desastres, y si éste es actualizado, socializado y probado periódicamente como se indica a continuación:

Plan hospitalario de desastres

El plan hospitalario de respuesta ante emergencias y desastres: Tiene procedimientos actualizados para evacuación con personas con discapacidad ☐ Detalla roles y responsabilidades de los primeros respondientes ☐ Se actualiza al menos cada dos años ☐	Los procedimientos para evacuación del plan hospitalario de respuesta ante emergencias y desastres: Incluyen las necesidades específicas de las personas con discapacidad ☐ Son socializados con todo el personal ☐ Son probados al menos una vez al año (simulacros) ☐
---	---

El plan hospitalario de respuesta ante emergencias y desastres:

Cuenta con formularios para el levantamiento de información sobre atención de víctimas post evento que incluyen la variable de discapacidad. ☐

Sus formularios, en cualquier formato, se encuentran fácilmente disponibles para los equipos de respuesta. ☐

No cuenta con formularios que incluyen la variable de discapacidad. ☐

GUARDAR Y ELABORAR INFORME

Los cinco campos de evaluación, en diferente medida, influyen en favorecer la autonomía de las personas con discapacidad y la capacidad de respuesta a desastres.

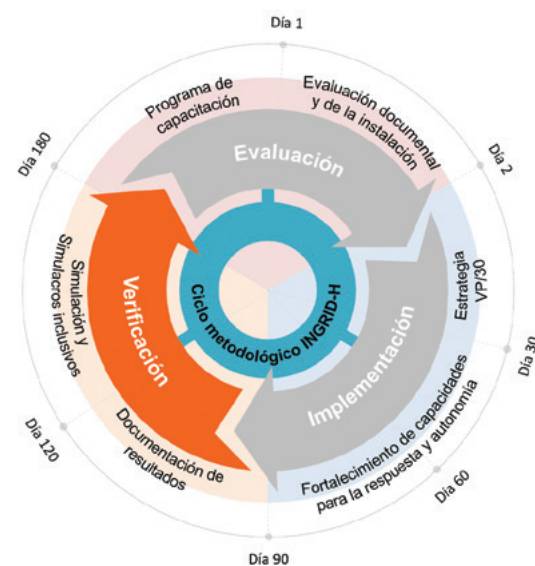
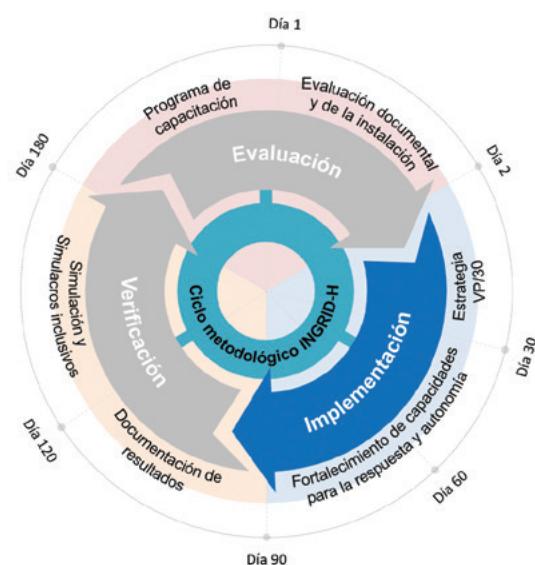
b) La implementación, que se subdivide en:

- 1) Las acciones por la visibilidad y la participación – 30 (VP/30), por medio de las cuales se busca mejorar en el corto plazo, es decir, en los siguientes 30 días de evaluado el INGRID-H, la visibilidad de las personas con discapacidad y su representación en el Comité Hospitalario de Desastres.

La ficha en el Anexo 3 puede ser utilizada como referencia para levantar la información y visibilizar a las personas con discapacidad; las cuales pueden ser convocadas según la normativa y procedimientos institucionales para el levantamiento de datos. Esta acción puede realizarse mediante encuestas, entrevistas en el puesto de trabajo, o mediante la técnica que se considere adecuada.

- 2) Las acciones por la autonomía, mediante las cuales se busca mejorar a mediano y largo plazo las condiciones que permitan que las personas con discapacidad se desenvuelvan con autonomía en el hospital. Por ejemplo, esto se puede lograr con la mejora de accesibilidad universal, de la participación o simulaciones.
- 3) Las acciones por el fortalecimiento de capacidades de respuesta, mediante las cuales se busca mejorar el funcionamiento, la capacitación y el entrenamiento para respuesta con personas con discapacidad.

- c) **Verificación.** Donde se integra las acciones implementadas al documento del Plan de Respuesta del Hospital, para elaborar y ejecutar ejercicios de simulación y simulacros inclusivos valorando la variable de discapacidad.



ACTIVIDADES PREVIAS DE PREPARACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA INGRID-H

Acercamiento y presentación de la metodología INGRID-H

Actividad coordinada por los facilitadores, que consiste en establecer comunicación con las autoridades del establecimiento de salud, para presentar los objetivos, la relevancia y los beneficios que puede otorgar la metodología a su organización. Esta reunión podrá realizarse de forma presencial o virtual.



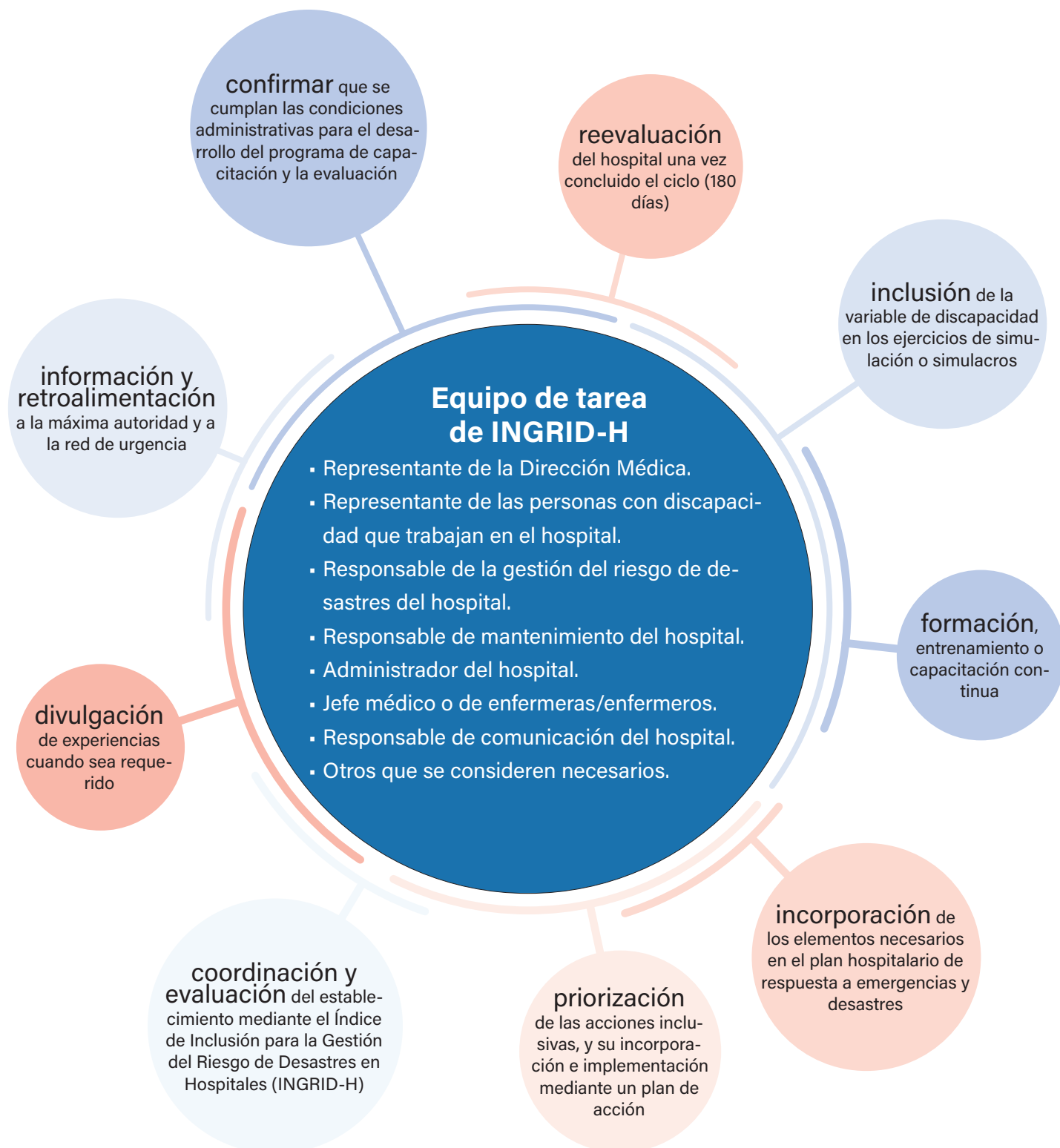
Conformación del equipo de tarea de INGRID-H

El Comité Hospitalario para Emergencias y Desastres, o su equivalente en el país, debe asumir las responsabilidades de la aplicación de la INGRID-H; para ello, se considera la conformación de un equipo de tarea que se encargue directamente de las acciones.

Esta actividad se debe realizar con al menos dos semanas previas a la implementación de la metodología. De forma conjunta, los facilitadores y el equipo de tarea planificarán las actividades, con base en la agenda propuesta, y gestionarán los recursos necesarios.

Se definirá fecha y hora de la evaluación y se realizarán los arreglos institucionales correspondientes (convocatorias, permisos, registros fotográficos, entre otros) y se prepararán los documentos y formas necesarias para la evaluación.

Se sugiere que la formación del equipo tome en cuenta a personas que al menos tengan un año de antigüedad en la institución, de tal manera que conozcan la infraestructura y la organización del hospital; se justificaría la excepción de este requisito en el caso de una persona con discapacidad. De este modo, el equipo estaría integrado por:



El tamaño del equipo dependerá del nivel de complejidad de la institución. Una vez conformado el equipo de tarea de INGRID-H, se escogerá a una persona que lidere o encabece el desarrollo de las actividades.

Es recomendable que esta persona sea ratificada o designada por la máxima autoridad del hospital y que tenga capacidad/potestad de tomar decisiones respecto al fortalecimiento de los preparativos.

Programa de capacitación

La persona que lidera el equipo de tarea convocará a las sesiones de capacitación previa, donde se revisará la metodología INGRID-H:

- se capacitará al equipo en las herramientas y los aspectos relativos a INGRID-H;
- se realizará en conjunto la planificación para el desarrollo de las actividades de evaluación del INGRID-H.
- se tendrá disponibles los planos de la edificación, la lista o base de datos del personal del hospital y el plan hospitalario de desastres.



EVALUACIÓN A TRAVÉS DEL ÍNDICE DE INCLUSIÓN PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES EN HOSPITALES

Evaluación documental

Esta actividad consiste en la revisión de los documentos relacionados con la Inclusión para la Gestión del Riesgo de Desastres en Hospitales mediante la búsqueda dirigida de los aspectos considerados en el índice INGRID-H, principalmente:

- si se tiene un censo con información desagregada de las personas con discapacidad que laboran en el establecimiento;
- que las actas del Comité Hospitalario en Emergencias y sus minutas de sesión contengan información sobre la representación de las personas con discapacidad y su participación en la toma de decisiones;
- si existe evidencia documental de las acciones de sensibilización, capacitación y entrenamiento del personal en gestión del riesgo de desastres con enfoque en las personas con discapacidad;
- si el Plan Hospitalario de Respuesta en Emergencias y Desastres contiene información referente a las acciones de evacuación para las personas con discapacidad.

Evaluación de la instalación

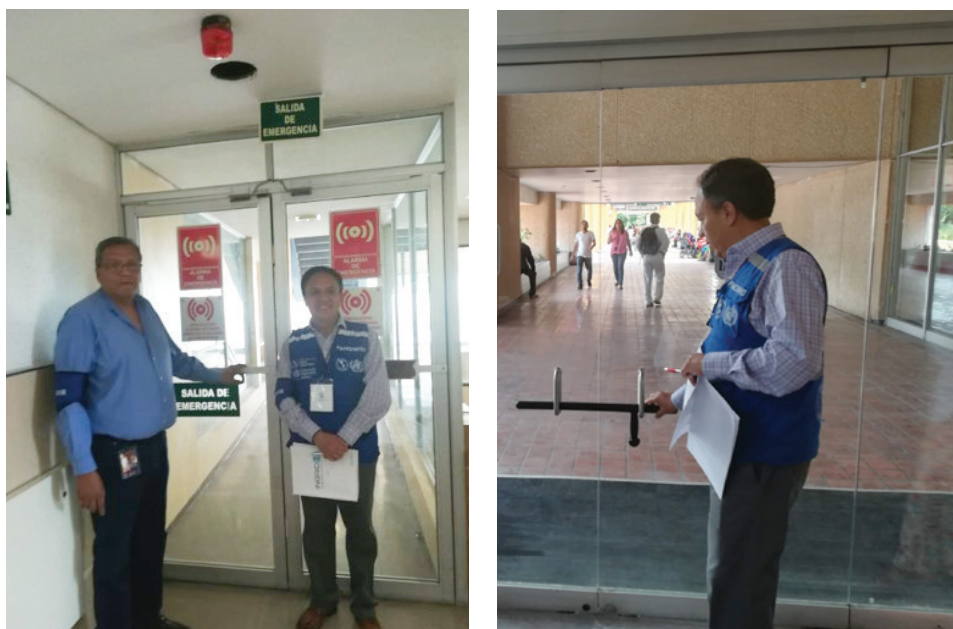
Mediante una inspección visual de la instalación, se registran las acciones inclusivas que se han implementado para mejorar la accesibilidad de las personas con discapacidad en el establecimiento, para la respuesta en emergencias y desastres.



Iniciando el recorrido en las áreas donde se ubican las personas con discapacidad que laboran en el hospital e identificando las rutas de evacuación en todo su trayecto, se debe revisar los elementos considerados en el índice INGRID-H:

- la condición de las alarmas, si son audibles o visibles, la accesibilidad de la señalética y de los recursos de comunicación e información a lo largo de las rutas de evacuación;
- el acceso a las rutas de evacuación desde las escaleras o salidas de emergencia, que estén libres de obstáculos y que sus superficies sean duras y antideslizantes;
- que el establecimiento tenga dispositivos de apoyo para la evacuación de las personas con discapacidad en todos los pisos.

En general, evalúa el estado que guarda la cadena de accesibilidad, para permitir el arribo de las personas con discapacidad, desde su punto de origen, hasta la zona segura o de menor riesgo.



Resultados a obtener con la implementación de INGRID-H

Los resultados a obtener con la evaluación de INGRID-H permiten ubicar al hospital en tres posibles niveles de inclusión para la gestión del riesgo de desastres en hospitales: inclusivo, probablemente inclusivo y excluyente.

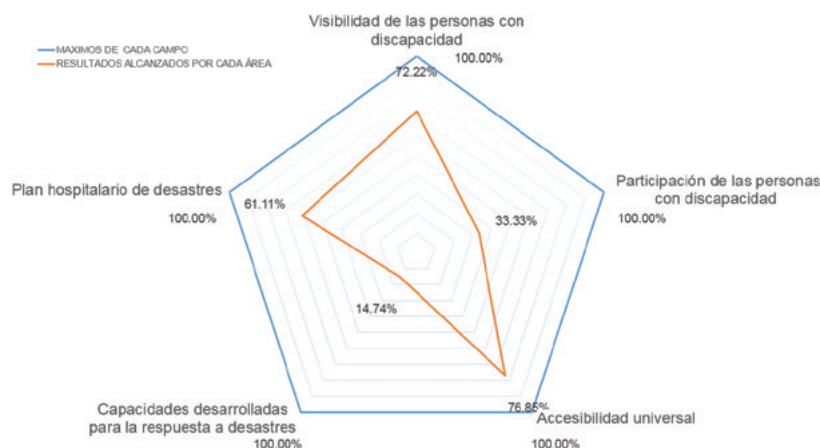
Niveles de inclusión para la gestión del riesgo

EXCLUYENTE (MENOR) < 44,9%	PROBABLEMENTE INCLUSIVO (IGUAL; O MAYOR >= 44,9% (MENOR) <72,5%	INCLUSIVO (MAYOR) >=72,5%
	54.22%	

Fuente: OPS/OMS, 2018

El índice también permite ubicar de manera individualizada, en uno de los tres niveles de inclusión, a cada uno de los cinco componentes de evaluación, como podemos ver en el siguiente ejemplo.

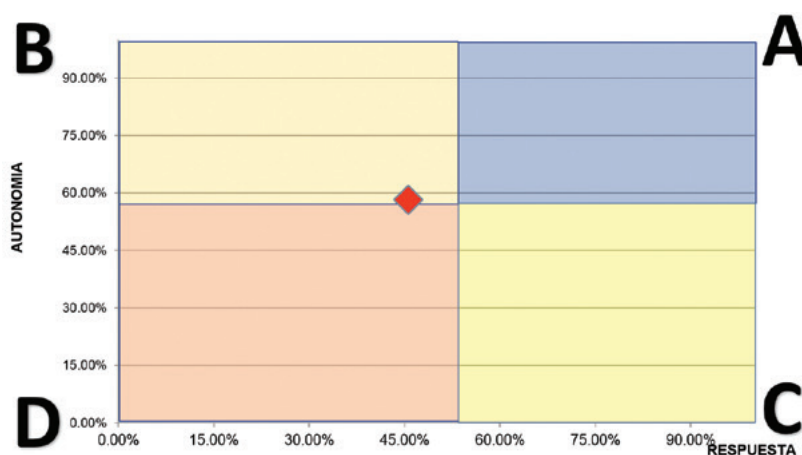
Niveles de Inclusión para la Gestión del Riesgo de Desastres en Hospitales por componente de evaluación



Fuente: OPS/OMS, 2018

Finalmente, el índice permite ubicar al hospital en cuatro posibles escenarios de GRID (Gestión del Riesgo Inclusiva de Desastres). La definición de escenarios se basa en dos variables; la primera, la capacidad de autonomía y, la segunda, la capacidad de respuesta.

Escenarios de inclusión para la gestión del riesgo de desastres por campo de evaluación



Fuente: OPS/OMS, 2018

Escenario A, de autonomía y capacidad de respuesta

Si los resultados obtenidos con INGRID-H en la institución se ubican en el cuadrante A, se estima que las personas con discapacidad pueden informarse, movilizarse o evacuar en momentos de emergencia, ya sea con autonomía o con la ayuda del personal asignado para este fin.

Aunque el hospital se encuentre en este cuadrante, es necesario recalcar que la actualización de datos y procesos, así como la organización de acciones (simulaciones y simulacros), debe ser constante.

Escenario B, de autonomía, aunque con baja capacidad de respuesta

Si los resultados obtenidos con INGRID-H en la institución se ubican en el cuadrante B, se cree que existe un riesgo latente para personas con discapacidad por la falta de capacidad de respuesta. Esto quiere decir que, si bien el hospital favorece la autonomía de las personas con discapacidad, ésto no elimina el riesgo en aquellos casos en que la persona no pueda actuar con autonomía. En el plan de acción se recomienda dar prioridad a acciones que aumenten la capacidad de respuesta, como la capacitación al personal para evacuación con personas con discapacidad.

Escenario C, de capacidad de respuesta, aunque con baja autonomía

Si los resultados obtenidos con INGRID-H en la institución se ubican en el cuadrante C, se cree que existe un riesgo latente para personas con discapacidad por la falta de autonomía. Esto quiere decir que, si bien el hospital cuenta con recursos como personal capacitado y entrenado para dar respuesta, éstos pueden resultar insuficientes para atender a todas las personas que requieran apoyo en momentos de emergencia. Se recomienda dar prioridad a acciones para mejorar la accesibilidad universal, la visibilidad y la participación de las personas con discapacidad.

Escenario D, de baja autonomía y baja capacidad de respuesta.

Si los resultados obtenidos con INGRID-H en la institución se ubican en el cuadrante D, se estima que las personas con discapacidad son altamente vulnerables dentro de la institución en situaciones de emergencia. Se debe llevar a cabo acciones urgentes para mejorar la autonomía y la capacidad de respuesta.

INFORME DE RESULTADOS DE INGRID-H

Después de la evaluación del IN-GRID-H se crea un informe con los resultados obtenidos. Además, se genera un plan de acción básico con algunas estrategias sugeridas para la mejora continua.

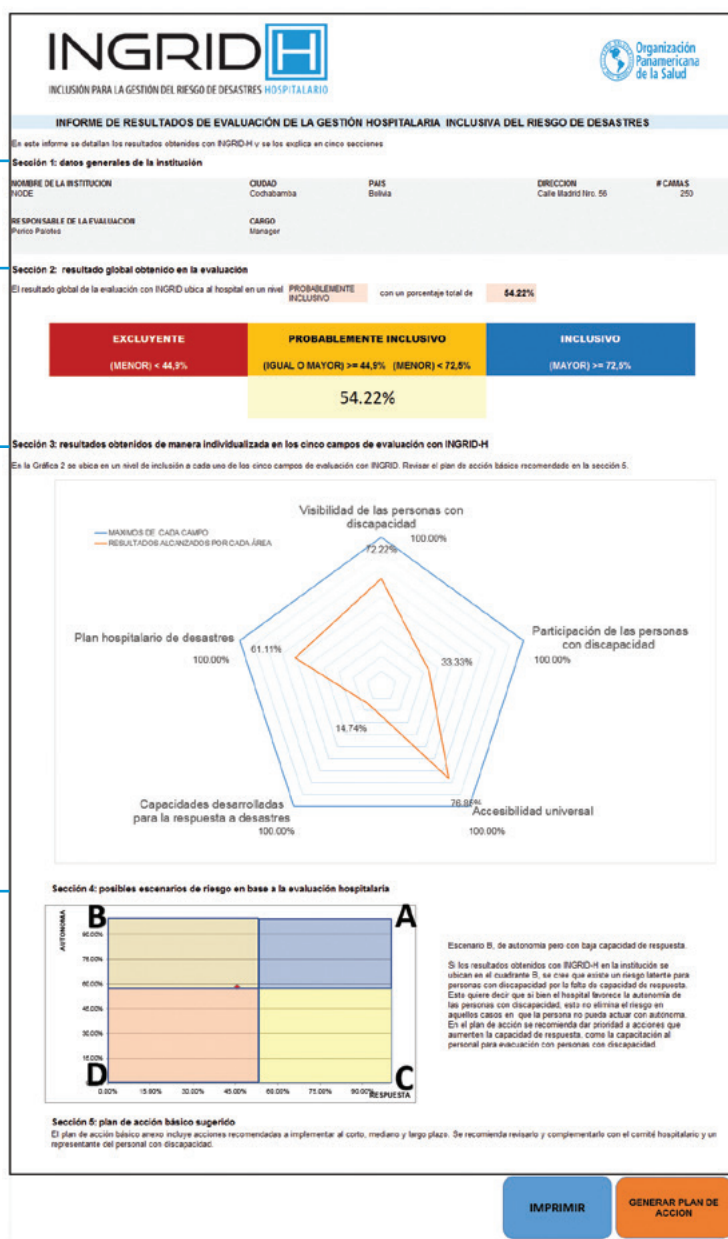
El informe del Índice INGRID-H incluye las siguientes secciones:

Sección 1: Datos generales de la institución.

Sección 2: Resultado global obtenido en la evaluación, donde se observa el porcentaje obtenido y la clasificación del hospital en inclusivo, probablemente inclusivo o excluyente.

Sección 3: Un informe gráfico con los resultados obtenidos de manera individualizada en los cinco aspectos de evaluación con INGRID-H. Permite ubicar el nivel de inclusión por cada aspecto evaluado.

Sección 4: Una tabla de coordenadas donde se grafica los aspectos relacionados con la autonomía de las personas con discapacidad contra la capacidad de respuesta hospitalaria. Establece cuatro posibles escenarios.



ELABORACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN BÁSICO:

Se integra por recomendaciones basadas en la evaluación hospitalaria. No excluye la elaboración de recomendaciones amplias que puedan emitir los facilitadores y el equipo de tarea. El plan de acción y el informe de resultados debe entregarse a la máxima autoridad del hospital para iniciar las gestiones dirigidas a la implementación de mejoras.

La estrategia VP/30 y el fortalecimiento de capacidades para la respuesta y autonomía deben quedar plasmadas en el documento.

		PLAN DE ACCIÓN BÁSICO		
		CORTO PLAZO (30 días a partir de la evaluación)	MEDIANO PLAZO (90 días a partir de la evaluación)	LARGO PLAZO (más de 90 días a partir de la evaluación)
Visibilización de las personas con discapacidad	¿La institución cuenta con un listado del personal que identifica a las personas con discapacidad?			
	Seleccione los datos de las personas con discapacidad con los que se cuenta en el listado del personal.			
	Seleccione la opción que indique el formato en el que se tiene el listado del personal.			
	¿Se realizan actualizaciones periódicas sobre el listado de...			

COLOCAR LAS 3 PAGS DE SUGERENCIAS
AGREGAR MAS PAGS

de las personas con discapacidad	consultadas y participan en la gestión del riesgo de desastres en el hospital?		Establezca un método para consulta a todo el personal con discapacidad sobre sus necesidades y las acciones que creen necesarias para la gestión del riesgo de desastres. Incorpore la información recogida en el plan de respuesta hospitalario.	
	Las alarmas de evacuación del establecimiento son accesibles para personas con discapacidad. Seleccione las opciones que mejor se apeguen a la situación del hospital.		Gestione la adquisición e instalación de señalética inclusiva en toda la ruta de evacuación. Se recomienda que al menos exista señalética en cruces de circulaciones, cambios de dirección, entradas y salidas, para lo cual se debe revisar los planos arquitectónicos del hospital.	
	¿La señalética de			

Referencias

BIBLIOGRÁFICAS

1. Gobierno de España. Real Decreto Legislativo 1/2013 Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (LIONDAU). [Internet]. Madrid; publicado 3 de diciembre de 2013. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2013/12/03/pdfs/BOE-A-2013-12632.pdf>.
2. Terminología sobre Reducción del Riesgo de Desastres. [Internet]. 1st ed. Ginebra: Estrategia Internacional de Reducción de Riesgo de Desastres; 2017 [citado 27 septiembre 2017]. Disponible en: http://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologySpanish.pdf.
3. Organización Mundial de la Salud. Discapacidades [Internet]. 2017 [citado 27 septiembre 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/disabilities/es>.
4. Servicio Ecuatoriano de Normalización. NTE INEN 2849-1. Accesibilidad Universal y Diseño para todos. Parte 1: Criterios DALCO para facilitar la accesibilidad al entorno. [Internet]. 2015. Disponible en: http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/03/norma_inen_2849_1_criterios_DALCO.pdf.
5. World Health Organization WHO. Disability and Health. [Internet]. 2018 [citado 8 septiembre 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>.
6. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de Salud. Índice de Seguridad Hospitalaria. Washington D.C. 2018.
7. Fundación ONCE. Accesibilidad Universal y Diseño para Todos. Arquitectura y Urbanismo. Fundación Arquitectura COAM. [Internet]. 2011. Disponible en: https://www.fundaciononce.es/sites/default/files/docs/Accesibilidad%20universal%20y%20diseno%20para%20todos_1.pdf.
8. Díaz, M. Los niveles de desempeño en un proceso de evaluación. Boletín N°16-06. UNESCO. [Internet]. 2015 [citado 7 septiembre 2018] Disponible en: <http://www.unesco.org/new/es/santiago/press-room/newsletters/newsletter-laboratory-for-assessment-of-the-quality-of-education-llece/n16/06>.

9. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Guía de atención a Personas con Discapacidad ante Emergencias y Desastres, Inclusión de personas con discapacidad en el Desarrollo local. USAID-Gestión. Ecuador, Quito; 2014.
10. Kaiser C, Vásquez A. Manual de gestión inclusiva de emergencias: derechos humanos de personas con discapacidad durante emergencias [Internet]. 1st ed. Santiago: OPS OMS; 2013. Disponible en: <http://www.cridlac.org/digitalizacion/pdf/spa/doc19667/doc19667-contenido.pdf>.11.
11. Secretaría Técnica para la Gestión Inclusiva en Discapacidades del Ecuador (SETEDIS) Accesibilidad Universal en el Ecuador. Guía para la Elaboración de Planes de Accesibilidad Universal 2014-2015. Quito; 2014. p. 35.
12. The Emergency Events Database (EM-DAT) - Université Catholique de Louvain (UCL) - CRED, D. [Internet]. Guha-Sapir; 2018. Disponible en: www.emdat.be.
13. Marco de Sendai para la Reducción de Riesgo de Desastres 2015 – 2030 [Internet]. Naciones Unidas. 2015 [citado 7 septiembre 2018]. Disponible en: https://www.unisdr.org/files/43291_spanishsendaiframeworkfordisasterri.pdf.
14. Organización de las Naciones Unidas. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. 2016 [citado 7 septiembre de 2018]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/10/S1700334_es.pdf.
15. Organización Mundial de la Salud. Nota de orientación sobre la discapacidad y el manejo del riesgo de desastres para la salud [Internet]; Ginebra. Suiza: OMS; 2014 [consultado el 7 de mayo del 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/127846/1/9789243506241_spa.pdf.
16. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. [Internet] 30 de marzo 2007. Disponible en: <https://goo.gl/tkBjVj>.
17. Arnold M, McClain-Nhlapo C, Raja D, Piccio L. Five actions for disability-inclusive disaster risk management [Internet Blog]. 2018 [citado 12 octubre 2018]. Disponible en: <http://blogs.worldbank.org/sustainablecities/five-actions-disability-inclusive-disaster-risk-management>.
18. Conferencia de los Estados Partes en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Octavo período de sesiones. Documento CRPD/CSP/2015/4. Cómo hacer frente a la vulnerabilidad y la exclusión de las personas con discapacidad: la situación de las mujeres y las niñas, el derecho de los niños a la educación, los desastres y las crisis humanitarias. [Internet]. Junio 2015. Disponible en: <http://undocs.org/es/CRPD/CSP/2015/4>.

19. Fujii, K. The Great East Japan Earthquake and Disabled Persons -Background to Their High Mortality Rate. [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.dinf.ne.jp/doc/english/twg/escap_121031/fujii.html.
20. Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres. Nota de Prensa. Primera encuesta mundial de las Naciones Unidas sobre discapacidad y desastres. [Internet]. 2013. Disponible en : <https://reliefweb.int/report/world/encuesta-mundial-onu-explica-por-qu%C3%A9-mueren-tantas-personas-con-discapacidad-en-los>.
21. El Proyecto Esfera, carta humanitaria. [Internet]. 2018. Disponible en: www.sphereproject.org/sphere/es/.
22. Zero Project Report 2018. Accessibility. Essl Foundation: Viena; 2018. Disponible en: www.zeroproject.org.
23. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. [Internet]. 2001. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf?sequence=1.
24. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Lineamientos para el proceso de calificación, recalificación y acreditación de la discapacidad en Ecuador. MSP. Quito, Ecuador; 2018.
25. Organización Mundial de la Salud. Manual de ejercicios de simulación. [Internet]. Geneva. 2017. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254741/WHO-WHE-CPI-2017.10-eng.pdf?sequence=1>.

ANEXOS

Anexo 1:

Componentes básicos sugeridos para la inclusión de las personas con discapacidad en el plan de emergencia hospitalario

Componente	Descripción en el plan	Elementos a considerar dentro del plan en relación a las personas con discapacidad
Información general	Los datos generales informativos del hospital que permiten tener una idea clara de la complejidad y servicios que ofrece.	Los servicios que se presta a las personas con discapacidad, por ejemplo, los servicios de rehabilitación.
Situación frente a desastres y emergencias	Hace referencia al contexto actual y al análisis histórico de los eventos adversos producidos en la comunidad y en el hospital.	De ser el caso, destacar los problemas que se han presentado con las personas con discapacidad en eventos adversos ocurridos históricamente. Por ejemplo, tragedias sucedidas en procesos de evacuación.
Inventario de recursos – encuesta hospitalaria	Describe los recursos del hospital para enfrentar la emergencia en un desastre. Esta descripción de los recursos se logra con la elaboración de una encuesta hospitalaria.	Describir si el hospital cuenta con aptitudes para la atención de personas con discapacidad, por ejemplo: si están asignadas personas para el apoyo para la evacuación de personas con discapacidad; si hay personas entrenadas en lengua de señas; si hay sillas de ruedas para evacuación por gradas. Igualmente, si hay zonas seguras para personas con discapacidad, por ejemplo, espacios adecuados para sillas de ruedas, botones de emergencia, etc.
Teoría y misión	Describe el impacto del evento adverso sobre la unidad de salud. La misión constituye el conjunto de acciones fundamentales que se deberá realizar durante la ocurrencia de estas eventualidades	Considerar en la elaboración de la hipótesis a las personas con discapacidad según el servicio donde trabajan en el hospital o en los servicios de salud donde se encontrarán personas con discapacidad, como usuarios del hospital. Incluir en la misión del hospital la atención a personas con discapacidad

Componente	Descripción en el plan	Elementos a considerar dentro del plan en relación a las personas con discapacidad
Organización de la respuesta	Se refiere a la estructura con la que cuenta el hospital para dar cumplimiento a las acciones de respuesta previstas.	Considerar a las personas con discapacidad en la estructura del plan. Por ejemplo, las personas con discapacidad que manejan lengua de señas son muy importantes para comunicarse con otras personas con la misma discapacidad.
Procedimientos operativos	Acciones que el Comité de Operaciones de Emergencia, las jefaturas de servicios, los equipos asistenciales y de apoyo, las brigadas operativas, los funcionarios en general, los usuarios y los visitantes deben realizar durante una situación de emergencia.	Las personas con discapacidad que son trabajadores del hospital deben estar consideradas en las brigadas de respuesta del hospital. Las personas con discapacidad deben estar consideradas como grupos prioritarios de atención.
Coordinación interinstitucional	Se precisa contar con el apoyo de las instituciones de la comunidad con las cuales se deberá coordinar para optimizar la respuesta frente a emergencias y desastres.	Las instituciones de socorro, por ejemplo, bomberos, policía, Cruz Roja, deben estar informadas del plan de emergencia del hospital donde se ha considerado a las personas con discapacidad, su lugar de trabajo en el hospital, las necesidades para una evacuación, las necesidades de ayudas técnicas, medicinas, etc. Considerar también el apoyo que pueden brindar instituciones públicas o privadas que trabajan con personas con discapacidad y que tienen profesionales que, en el momento de una emergencia, pueden apoyar en la respuesta.
Red de referencia y contrarreferencia	Se especifica los hospitales y otros establecimientos asistenciales de salud con los que se mantendrá referencias o contrarreferencias de pacientes.	Determinar en el plan a qué instituciones hospitalarias o unidades de salud serán evacuadas las personas con discapacidad que sufren lesiones durante el evento adverso en el hospital.
Fin de la emergencia	Se precisa saber en qué situación y por qué medio la máxima autoridad hospitalaria debe dar por terminada la respuesta ante el desastre.	Se debe describir en el plan el mecanismo a utilizar para informar a las personas con discapacidad el fin de la emergencia. La persona responsable de la persona con discapacidad debería conocer y facilitar esta información a la persona con discapacidad.

Anexo 2:

Sugerencias para llevar a cabo simulaciones y simulacros inclusivos ⁽²⁵⁾

Tras la actualización del plan hospitalario de desastres se sugiere que en los siguientes 180 días a la evaluación del INGRID-H se realice una simulación o un simulacro que tenga como uno de sus objetivos ponderar la variable de discapacidad. Es importante definir claramente el objetivo de los ejercicios de simulación o simulacros, tomando en cuenta que con su operación se busca implementar acciones correctivas y de mejoramiento.

La simulación

La simulación es un ejercicio de escritorio, en el que los participantes toman decisiones sobre un caso supuesto. En el proceso de planificación de la simulación se debe considerar la inclusión de las personas con discapacidad que pueden participar en la toma de decisiones o reconocer sus necesidades al llevar a cabo el ejercicio. En el guión a utilizarse se puede considerar: los efectos sobre las personas, la infraestructura, los servicios del hospital; y debe incluirse a las personas con discapacidad, por ejemplo: pacientes que llegan al hospital con lesiones por el evento y que tienen alguna discapacidad. De igual manera, se debe considerar las instalaciones del hospital (colapsadas totalmente o con daños graves, moderados y leves; número y tipo de daño; consecuencias; entre otras), donde generalmente se encuentran personas con discapacidad. Por ejemplo, el servicio de rehabilitación física, el área de consulta externa de los servicios de oftalmología, otorrinolaringología, terapia física, etc.

En los instrumentos de evaluación del ejercicio debe incluirse los ítems de calificación en relación con la satisfacción de las necesidades de las personas con discapacidad, es decir, si éstas fueron cubiertas.

Acciones que pueden ser integradas en el desarrollo de una simulación:

En el escenario de la simulación

Describir las características y la información específica de la región o localidad en donde se desarrollan los eventos simulados, incluyendo datos de personas con discapacidad.

Si el escenario se limita al hospital se puede considerar a las personas con discapacidad como afectados o como activos participantes de la respuesta.

Roles de los participantes

Se recomienda que dentro de los roles (director del hospital, miembros del COEH, directores de servicios, etc.) que se asignan en el evento se considere la participación de personas con diferentes tipos de discapacidad.

Instrumentos de evaluación del ejercicio

Se debe incluir ítems de calificación con relación a si se cubrieron o no las necesidades de las personas con discapacidad.

En el desarrollo de la situación

En la descripción de la situación que evoluciona según el evento –en relación con los efectos sobre las personas, infraestructura y servicios del hospital– incluir a personas con discapacidad, por ejemplo: pacientes que llegan al hospital con lesiones causadas por el evento y que tienen alguna discapacidad. Igualmente, las instalaciones del hospital (con colapso total o con daños graves, moderados y leves; número y tipo de daño; consecuencias; entre otras) donde generalmente se encuentran personas con discapacidad, tanto funcionarios del hospital, como las que acuden a los servicios de rehabilitación física, el área de consulta externa de los servicios de oftalmología, otorrinolaringología, terapia física, etc.

El simulacro

El simulacro es un ejercicio práctico, por medio del cual se evalúa procedimientos, acciones, destrezas, tiempos, coordinación y manejo general de un evento actuado. En el guión general del simulacro, el escenario es un espacio físico real con condiciones para el ejercicio. En este escenario se debe considerar elementos de personas con discapacidad; por ejemplo, si existen o no sillas de ruedas, muletas, etc.

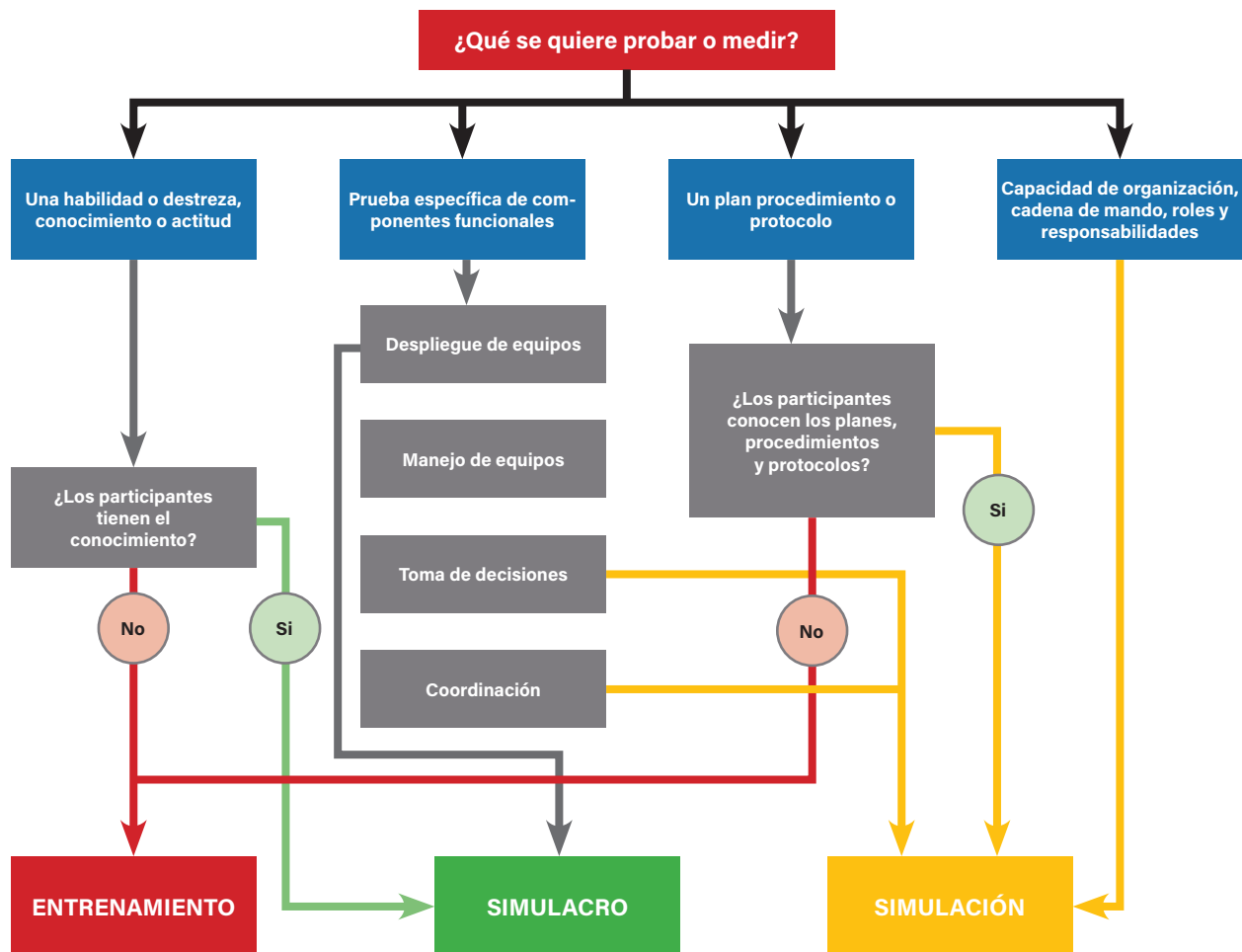
En el desarrollo de la situación, generalmente se incluye acciones de participantes al momento de la alarma; por tanto, se debería incluir a personas con discapacidad que requieren apoyo para cumplir ciertas acciones esperadas. Los heridos (graves, moderados y leves) son también parte del simulacro; en este caso, también debemos incluir a personas con discapacidad.

Condiciones de seguridad. Se debe tomar muy en cuenta las condiciones de seguridad du-

rante el ejercicio, debe existir un grupo de observadores y un grupo de primeros auxilios; por ejemplo, para la evacuación por escaleras de personas con sillas de ruedas, dado el peligro de una caída en estas zonas. Además, las personas con discapacidad deben estar completamente informadas de sus acciones dentro del plan de emergencia del hospital, de la ejecución del simulacro, de las acciones que se espera que cumplan durante el ejercicio, del apoyo que recibirán durante el ejercicio por parte de las personas responsables del hospital, y de los mecanismos de alerta y alarma utilizados para informar el inicio y el fin del ejercicio.

Se presenta el siguiente esquema para facilitar la elección del tipo de ejercicio más idóneo:

Árbol de decisiones para la selección del tipo de ejercicio.



Adaptado de: Organización Mundial de la Salud. WHO Simulation Exercise Manual. Ginebra: OMS; 2017.

El diagrama de árbol de decisiones parte de la pregunta ¿qué se quiere probar o medir? A esta pregunta le corresponden cuatro tipos de cuestionamientos con sus respectivos procedimientos como se indica en el esquema.

Si la respuesta es una habilidad o destreza, conocimiento o actitud, debemos preguntar si los participantes tienen el conocimiento. En caso de responder negativamente se tendrá que realizar un entrenamiento; si la respuesta es positiva, se realizará un simulacro.

Si la respuesta es una prueba específica de componentes funcionales, se deberá conocer si existe un despliegue y manejo de equipos, un espacio de toma de decisiones y una coordinación. Los dos primeros se comprueban a partir de la ejecución de un simulacro y los dos segundos a partir de una simulación.

Si la respuesta es un plan, procedimiento o protocolo, debemos cuestionarnos si los participantes conocen los mismos. En caso de responder negativamente, se deberá realizar un entrenamiento; si la respuesta es positiva se procederá con una simulación.

Finalmente, si la respuesta es la capacidad de organización, cadena de mando, roles y responsabilidades, se procederá con una simulación.

Anexo 3:

Formulario sugerido para la identificación de las personas con discapacidad

[illegible]



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

