GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

Plan Operacional de Manejo de Emergencias

ESF – 8

Salud Pública y Servicios Médicos

2018-2019

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

Tabla de Contenido

RESUMEN EJECUTIVO i
DOCUMENTO DE PROMULGACIÓN iii
APROBACIÓN E IMPLEMENTACIÓN v
I. Propósito, Alcance, Situación y Supuestos de Planificación 1
A. Propósito 1
B. Alcance 1
C. Situación 2
D. Supuestos de Planificación 30
II. Concepto de Operaciones 32
III. Organización y Asignación de Responsabilidades 34
IV. Dirección, Control y Coordinación 35
V. Recopilación, Análisis y Diseminación de Información 36
VI. Comunicaciones 36
VII. Administración, Finanzas y Logística 37
VIII. Desarrollo y Mantenimiento del Plan 38
IX. Autoridades y Referencias 39
ACRÓNIMOS 41
ANEJOS 43

RESUMEN EJECUTIVO

El Plan Operacional de Manejo de Emergencias del Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR) es el documento guía que detalla las estrategias y acciones de preparación, mitigación, respuesta y recuperación para atender cualquier eventualidad de emergencia o desastre con el potencial de impactar los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental en Puerto Rico. Este plan, que se revisa y actualiza anualmente, atiende los aspectos que garantizan la protección a la vida, así como los elementos relacionados para asegurar que se brinden los servicios de salud necesarios durante una emergencia o desastre, considerando que las circunstancias no serán las cotidianas.

Este documento consta de un Plan Básico que describe la visión general del Programa de Manejo de Emergencias del DSPR y las habilidades para la preparación, respuesta y recuperación ante emergencias o desastres de la agencia. El mismo también incluye Anejos Funcionales que detallan los métodos y procedimientos que el DSPR sigue durante funciones operacionales críticas en situaciones de emergencias o desastres. Además, mediante los Anejos por Peligros Específicos se describen las estrategias de respuesta de emergencias que se aplicarán ante la ocurrencia de cada uno de los peligros considerados. Los Anejos de este plan son documentos para el uso exclusivo del Departamento de Salud de Puerto Rico y las partes concernidas en las operaciones de respuesta a una emergencia o desastre. Los mismos no son de divulgación pública ya que contienen información sensitiva del Departamento y los socios implicados, así como elementos de planificación y coordinación críticos que podrían verse afectados si no son manejados por las autoridades correspondientes.

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

DOCUMENTO DE PROMULGACIÓN

El Plan Operacional de Manejo de Emergencias del Departamento de Salud de Puerto Rico, ha sido preparado y adaptado de acuerdo a las guías establecidas por el Departamento de Seguridad Nacional (DHS, por sus siglas en inglés), el Departamento de Salud Federal (HHS, por sus siglas en inglés), la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés), la Organización Mundial de la Salud (OMS, por sus siglas en español) y en colaboración con el Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres (NMEAD).

El propósito primordial es proteger la vida de los ciudadanos y asegurar que se brinden los servicios de salud necesarios durante una emergencia o desastre. Además, es responsabilidad del Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR) establecer la organización y los procedimientos operacionales para una prestación rápida y efectiva de los componentes del sistema de Salud en Puerto Rico como lo son: Salud Pública, Servicios Médicos y Salud Mental durante situaciones de emergencias y desastres.

Por esta razón, este Plan Operacional de Manejo de Emergencias entra en efecto inmediatamente bajo el amparo y autoridad que me confieren la Ley Núm.81 del 14 de mayo de 1912, según enmendada, Ley 20 del 10 de abril de 2017, así como otras leyes y órdenes ejecutivas del Estado. Solicito la participación de todas las Secretarías Auxiliares, Directores de Programa, Supervisores y Directores Regionales del Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR), a que cumplan fielmente con los deberes y responsabilidades asignados en este Plan. Además, de sostener y mantener completa coordinación entre sí, con las Coaliciones de Servicios de Salud, las organizaciones gubernamentales, comunidad, sector privado, municipios, otras agencias estatales y federales, según lo requiere la Orden Presidencial 5 y 8 (HSPD-5 y HSPD-8).

El Coordinador Interagencial del DSPR, es responsable de mantener este Plan y estará encargado de solicitar los Planes de Acción de cada dependencia representada en el Comité de Emergencia, donde se especifiquen los procedimientos operacionales necesarios para responder a cualquier emergencia o desastre, sin importar causa, capacidad o complejidad, según requerido por el Sistema Nacional de Manejo de Incidentes, (NIMS, por sus siglas en inglés). Además, coordinará y conducirá los adiestramientos y ejercicios necesarios para medir la efectividad del Plan y garantizar el mantenimiento del mismo.

Por lo tanto, es política pública del Secretario del Departamento de Salud de Puerto Rico, poner a la disposición los recursos humanos, económicos, técnicos y profesionales de la salud para lograr que nuestro Departamento cuente con un Plan efectivo y funcional para minimizar pérdidas de vida.

Dado en San Juan, Puerto Rico, hoy 29 de Mayo de 2018

Rafael Rodríguez Mercado, MD, FAANS, FACS
Secretario de Salud

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

APROBACIÓN E IMPLEMENTACIÓN

El Plan Operacional de Manejo de Emergencias del Departamento de Salud de Puerto Rico (POE-DSPR), está basado en el *Comprehensive Preparedness Guide* (CPG 101, Version 2.0 de Noviembre de 2010) de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias. Este Plan sustituye los planes anteriores y el mismo incluirá la delegación de autoridad al Coordinador Interagencial de Manejo de Emergencias del DSPR para realizar modificaciones específicas que puedan hacerse al Plan sin la firma del Secretario de Salud.

El POE-DSPR está dividido en un Plan Básico que incluye una visión general del programa de manejo de emergencias y las habilidades para la preparación, respuesta y recuperación ante emergencias o desastres. También contiene Anejos Funcionales que detallan los métodos y procedimientos que el DSPR sigue durante funciones operacionales críticas en operaciones de emergencias. Además, incluye Anejos por Peligros Específicos que describen las estrategias de respuesta de emergencias que serán aplicadas ante cada peligro.

El POE-DSPR provee directrices y herramientas necesarias para establecer una preparación a nivel municipal, regional y estatal con el objetivo de lograr una respuesta adecuada antes, durante y después de una emergencia o desastre que impacte los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental en Puerto Rico. La dirección y el control de este plan estarán dados por el DSPR, a través del Honorable Secretario de Salud. Este documento es compatible con las doctrinas, conceptos, principios, terminología y procesos organizativos requeridos por la Estructura de Respuesta Nacional (NRF, por sus siglas en inglés), Sistema Nacional de Manejo de Incidentes (NIMS, por sus siglas en inglés) y el Sistema de Preparación Nacional (NPS, por sus siglas en inglés).

Rafael Rodríguez Mercado, MD, FAANS, FACS
Secretario de Salud

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

I. Propósito, Alcance, Situación y Supuestos de Planificación

Este plan contempla las estrategias y acciones de preparación, mitigación, respuesta y recuperación para atender cualquier eventualidad con el potencial de impactar los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental en Puerto Rico. La planificación incluida en este documento no implica la totalidad de las acciones requeridas para un incidente de magnitud catastrófica que pueda afectar la isla, utilizando como referencia un impacto y consecuencias similares a las del Huracán María en septiembre de 2017 en Puerto Rico. Ante la ocurrencia de un evento catastrófico se utilizará como guía el *Joint Operational Catastrophic Incident Plan* (JOCIP). Dicho documento fue desarrollado por personal especializado en planificación del gobierno federal, estatal y la empresa privada. La información correspondiente a los aspectos de salud incluida en el JOCIP, que se incluye en los anejos de dicho documento, contó con el insumo de personal del DSPR.

A. Propósito

El propósito de este plan es desarrollar las acciones de planificación y preparación, así como los procedimientos y procesos operacionales de respuesta a ser utilizados por el Departamento de Salud de Puerto Rico en anticipación y/o durante una situación de emergencia o desastre que impacte los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental en la isla. El Plan Operacional de Manejo de Emergencias del DSPR, provee las directrices y herramientas necesarias para establecer una preparación a nivel local, regional y estatal con el objetivo de lograr una respuesta adecuada antes, durante y después de un incidente. Para cumplir con este propósito el documento será discutido con los Gobiernos Locales (municipios), Estatal y Federal; las agencias y departamentos que apoyan las acciones de la Función de Apoyo de Emergencia 8 (ESF 8, por sus siglas en inglés) – Salud Pública y Servicios Médicos; el sector privado y las Organizaciones No Gubernamentales (NGOs, según sus siglas en inglés) que desempeñen un rol en la respuesta a cualquier incidente.

B. Alcance

El Secretario de Salud y/o su representante autorizado será la persona responsable de activar este Plan ante la ocurrencia de una emergencia o desastre que impacte los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental afectando la salud de los individuos en Puerto Rico. Una vez se determine la activación de este plan el mismo aplica al DSPR, incluyendo todo su personal y dependencias a Nivel Central, así como a través de las siete (7) Regiones de Salud en las que se encuentra organizado. También aplica a los siguientes: las agencias y departamentos que apoyan las acciones del ESF 8 – Salud Pública y Servicios Médicos; todas las facilidades de salud de la isla (tanto públicas como privadas); socios del sector privado; y, voluntarios que colaboren en conjunto ante cualquier eventualidad de emergencia o desastre que se suscite en Puerto Rico. De la misma manera, las estipulaciones aquí establecidas aplican al público general en cualquier territorio de la jurisdicción de Puerto Rico. Esto incluye: la isla municipio de Vieques; la isla municipio de Culebra; las islas de Mona y Monito; y todas las demás islas, islotes y cayos donde la Constitución de Puerto Rico tiene poder jurídico.

Este plan no contempla incidentes cuyas consecuencias sean de carácter catastrófico. Para incidentes de esa magnitud la FEMA y el Negociado de

Manejo de Emergencias y Administración de Desastres de Puerto Rico (NMEAD) han desarrollado el *Joint Operational Catastrophic Incident Plan* (JOCIP). Dicho documento describe los procedimientos y conceptos operacionales bajo circunstancias catastróficas.

C. Situación

Los peligros que podrían afectar los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental en Puerto Rico tiene el potencial de generar consecuencias catastróficas impactando por consiguiente la salud de los individuos. Estos peligros, que pueden ser de origen natural o generados por el ser humano, fueron determinados a través del *Análisis de Amenazas, Vulnerabilidad y Riesgos de los Sistemas de Salud Pública, Servicios Médicos y Salud Mental de Puerto Rico: 2012-2013*. Este análisis, que se desarrolla cada cinco años, fue realizado por el Centro de Preparación en Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico. El mismo determinó los siguientes:

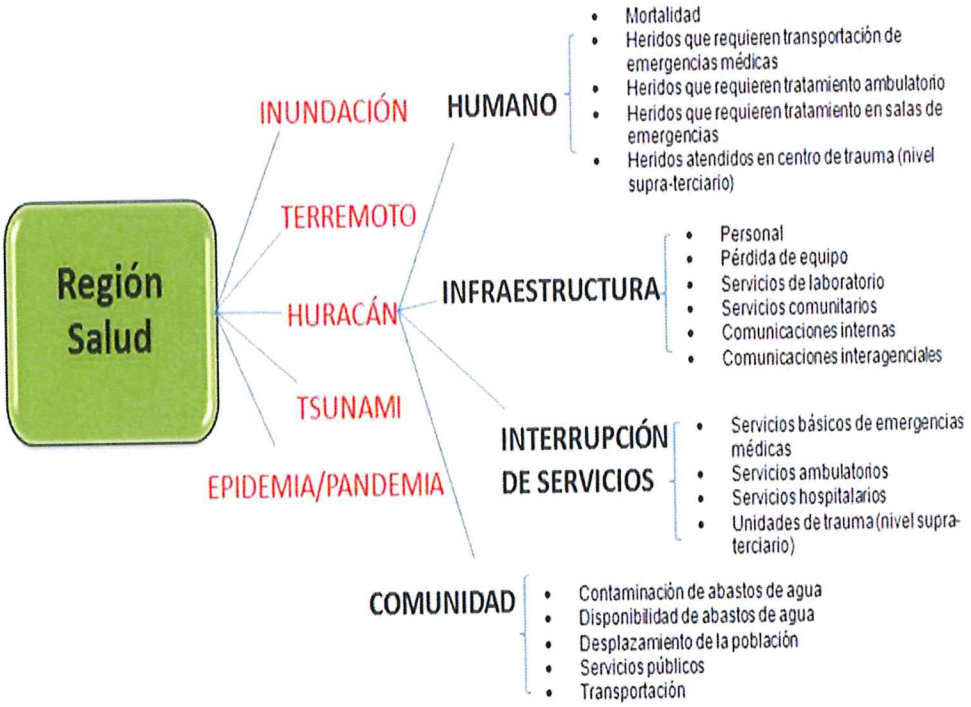
- las amenazas, vulnerabilidad y riesgos potenciales que enfrentan cada uno de los sistemas mencionados;
- la relación de riesgo y el impacto de las amenazas en poblaciones vulnerables de Puerto Rico;
- la posible interrupción en los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental; y,
- el impacto de las amenazas en la infraestructura de los sistemas antes mencionados.

El análisis desarrollado fue realizado con el *Hazard Risk Assessment Instrument* (HRAI) diseñado por el Centro de Salud Pública y Desastres de la Universidad de Los Ángeles en California. Esta herramienta permite realizar un análisis de riesgo para cada amenaza, considerando la probabilidad de que ésta ocurra y la vulnerabilidad del sistema en su capacidad para responder a la severidad de las consecuencias. Para el análisis de las diversas amenazas se utilizó el manual del HRAI que está diseñado para ser utilizado por las agencias locales y estatales de salud pública como guía para llevar a cabo una determinación de riesgos para la comunidad. El diseño de esta herramienta permite un acercamiento estándar al avalúo de riesgo de amenazas, adaptado al impacto de éstas en la salud pública. El HRAI le permite a las agencias de salud pública determinar la probabilidad de amenazas para un área geográfica en específico y la magnitud de su impacto de acuerdo a los recursos locales existentes utilizando un periodo de tiempo para el que establecen el ciclo de vida de las amenazas. Asimismo, permite establecer prioridades en términos de las opciones de respuesta y mitigación. Además, facilita el avalúo de amenazas, el análisis de vulnerabilidad y recursos, y las proyecciones respecto al posible impacto de cada amenaza.

1. Resumen del análisis de peligros

En el proceso de selección de las amenazas se identificaron aquellas que presentarían efectos de gran magnitud, que pudieran ocurrir con mayor frecuencia o que estuvieran cercanas a cumplir su ciclo de ocurrencia. Al mismo tiempo, se consideraron las condiciones geográficas, meteorológicas

y demográficas de la región del Departamento de Salud siendo analizada. Además, se tomaron en consideración las zonas circundantes cuyos efectos pudieran impactar a la región. Las amenazas identificadas fueron: ciclón tropical, inundaciones, terremotos, tsunami, y epidemia/pandemia. Además, se presentan peligros a los que estamos expuestos en Puerto Rico.



2. Evaluación de Capacidades

Puerto Rico es un territorio no incorporado a EE.UU. formado por una isla principal y una serie de islotes e islas más pequeñas, dos de las cuales, Vieques y Culebra, están habitadas y ubicadas en el Caribe. La isla principal se ubica en las coordenadas 18° 29′0″ Norte, y 66° 8′0″ Oeste, mide aproximadamente 3,514 millas cuadradas y se divide en 78 municipios. Según el Censo del 2010, Puerto Rico tiene una población de 3,725,789 personas con una mediana de edad de 36.9 años y un 47.9% de población masculina.

A través del *Análisis de Amenazas, Vulnerabilidad y Riesgos de los Sistemas de Salud Pública, Servicios Médicos y Salud Mental de Puerto Rico: 2012-2013* se determinaron los recursos disponibles en la isla para la respuesta a las emergencias o desastres. En las tablas a continuación se presenta el perfil para Puerto Rico, así como los recursos disponibles por región de salud en relación a los municipios que comprende cada región.

PERFIL GENERAL DE PUERTO RICO

Regiones del Departamento de Salud: Aguadilla/Mayagüez, Arecibo, Bayamón, Caguas, Fajardo, Metro y Ponce.

	Población: habitantes	3,725,789
Información Socio-Demográfica	Ingreso per cápita: dólares	$8,938
	Nivel de pobreza	47.8%
	Niños menores de 5 años	224,756 (6%)
	Personas de 65 años o más	541,998 (15%)
	Mediana de edad	37 años
	Mujeres jefas de familia	311,397
	Cobertura de seguro médico*	3,400,544 (93%)
	Cobertura de seguro médico público	2,073,628 (61%)
	Población no institucionalizada con discapacidad*	767,747 (21%)
Manejo de Mortalidad en Masa	Refugios	427
	Capacidad	57,880
	Morgues	43
	Capacidad	181
	Funerarias	288
	Transportistas	112
	Cementerios	199
Servicios Médicos	Hospitales**	68
	Camas hospital	
	Camas autorizadas	13,556
	Camas en uso	10,738
	Salas de operaciones	152
	Cuartos de aislamiento	427
	Centros de Salud Familiar	79
	Centros de Salud Primaria	43
	Hospitales Psiquiátricos***	14
	Centros de Salud Mental	89

	Farmacias	1,032
	Laboratorios	912
	Ambulancias	539
	Médicos primarios	6,212
	Facilidades de salud de cuidado prolongado	760
Personas a riesgo por alguna amenaza	Personas expuestas a riesgo de deslizamiento*	333,562 (9%)
	Personas expuestas a riesgo de inundación*	1,594,476 (43%)
	Personas expuestas a riesgo de tsunami	232,500 (6%)

*Sumatoria de personas por categorías: no son mutuamente excluyentes.
**61 hospitales brindan servicios médicos
***4 de ellos ofrecen servicios duales de salud (salud mental y servicios médicos.

Fuente: *ANÁLISIS DE AMENAZAS, VULNERABILIDAD Y RIESGOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD PÚBLICA, SERVICIOS MÉDICOS Y SALUD MENTAL DE PUERTO RICO: 2012-2013*

REGIÓN AGUADILLA-MAYAGÜEZ

Ubicación geográfica

La Región de Aguadilla-Mayagüez está ubicada en la parte norte de la isla de Puerto Rico (ver *Mapa RMa1.1*). Dicha región está compuesta por los municipios de Aguada, Aguadilla, Añasco, Cabo Rojo, Hormigueros, Isabela, Lajas, Las Marías, Maricao, Mayagüez, Moca, Rincón, Sabana Grande, San Germán y San Sebastián. Los 15 municipios que componen la Región de Mayagüez ocupan un área total de 671 millas cuadradas y se ubican, aproximadamente, a unas 71 millas del municipio de San Juan.

Mapa RAgMa1.1: Ubicación de la Región de Aguadilla-Mayagüez

DS Región Mayagüez
Municipios Región Mayagüez

Elaboración CPSP-UPR, 2013

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO REGIÓN AGUADILLA - MAYAGUEZ

Municipios: Aguada, Aguadilla, Añasco, Cabo Rojo, Hormigueros, Isabela, Lajas, Las Marías, Maricao, Mayagüez, Moca, Rincón, Sabana Grande, San Germán y San Sebastián.

Información Socio-Demográfica	Población: habitantes	535,488
	Ingreso per cápita: dólares	$7,931
	Nivel de pobreza	52.8%
	Niños menores de 5 años	30,791 (5.8%)
	Personas de 65 años o más	85,324 (15.9%)
	Mediana de edad	38 años
	Mujeres jefas de familia	40,675
	Cobertura de seguro médico	
	Personas sin cobertura	35,071 (6.6%)
	Población no institucionalizada con discapacidad**	110,032 (20.7%)
Manejo de Mortalidad en Masa	Refugios	41
	Capacidad	6,897
	Morgues	8
	Capacidad	32
	Funerarias	55
	Transportistas	22
	Cementerios	33
Servicios Médicos	Hospitales	10
	Camas hospital	
	Camas autorizadas	1,609
	Camas en uso	1,197
	Salas de operaciones	22
	Cuartos de aislamiento	58
	Centros de Salud Familiar	11
	Centros de Salud Primaria	5
	Hospitales Psiquiátricos	1
	Centros de Salud Mental	13
	Farmacias	171
	Laboratorios	166
	Ambulancias	96
	Médicos primarios	845

	Facilidades de salud de cuidado prolongado	119
Personas a riesgo por alguna amenaza	Personas expuestas a riesgo de deslizamiento	71,084 (13.3%)
	Personas expuestas a riesgo de inundación***	204,890 (38.3%)
	Personas expuestas a riesgo de tsunami	31,259 (5.8%)

**Sumatoria de personas por categorías de discapacidades: no son mutuamente excluyentes.
***Sumatoria de personas por categorías de riesgo a inundaciones: no son mutuamente excluyentes.

Fuente: ANÁLISIS DE AMENAZAS, VULNERABILIDAD Y RIESGOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD PÚBLICA, SERVICIOS MÉDICOS Y SALUD MENTAL DE PUERTO RICO: 2012-2013

Tasas de poblaciones vulnerables por condiciones de salud dependientes de estructura para recibir servicios en los municipios de la Región de Mayagüez

Municipios	Tasa de incidencia de diálisis (2011) (por cada 10,000)	Tasa ajustada por edad de incidencia de cáncer (2006-2010) (por cada 100,000)
Aguada	5	228.0
Aguadilla	6	272
Añasco	4	264
Cabo Rojo	3	271
Hormigueros	2	305
Isabela	2	244
Lajas	4	271
Las Marías	1 (por cada 1,000)	266
Maricao	1 (por cada 1,000)	246
Mayagüez	4	289
Moca	4	229
Rincón	8	263
Sabana Grande	9	290
San Germán	7	273
San Sebastián	4	236
Total	4	264

Fuente: Registro Central de Cáncer de Puerto Rico; Consejo Renal de Puerto Rico

REGIÓN ARECIBO

Ubicación geográfica

La Región de Arecibo está ubicada en la parte norte de la isla de Puerto Rico (ver *Mapa RA1.1*). Dicha región está compuesta por los municipios de Arecibo, Barceloneta, Camuy, Ciales, Florida, Hatillo, Lares, Manatí, Morovis, Quebradillas, Utuado y Vega Baja. Los 12 municipios que componen la Región de Arecibo ocupan un área total de 647 millas cuadradas y se ubican, aproximadamente, a unas 44 millas del municipio de San Juan.

Mapa RA1.1: Ubicación de la Región de Arecibo

DS Región Arecibo

Municipios Región Arecibo

Elaboración CPSP-UPR, 2013

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO REGIÓN ARECIBO

Municipios: Arecibo, Barceloneta, Camuy, Ciales, Florida, Hatillo, Lares, Manatí, Morovis, Quebradillas, Utuado y Vega Baja.

Información Socio-Demográfica	Población: habitantes	456,036
	Ingreso per cápita: dólares	$7,788
	Nivel de pobreza	53.3%
	Niños menores de 5 años	27,149 (5.9%)
	Personas de 65 años o más	65,812 (14.4%)
	Mediana de edad	36 años
	Mujeres jefas de familia	35,398
	Cobertura de seguro médico*	
	Personas sin cobertura	33,352 (7.4%)
	Población no institucionalizada con discapacidad*	91,059 (20.1%)
	Refugios	76
	Capacidad	8,277
Manejo de Mortalidad en Masa	Morgues	6
	Capacidad	37
	Funerarias	45
	Transportistas	9
	Cementerios	36
Servicios Médicos	Hospitales	7
	Camas hospital	
	Camas autorizadas	1,189
	Camas en uso	1,051
	Salas de operaciones	5
	Cuartos de aislamiento	55
	Centros de Salud Familiar	16
	Centros de Salud Primaria	9
	Hospitales Psiquiátricos	1
	Centros de Salud Mental	6

	Farmacias	150
	Laboratorios	136
	Ambulancias	92
	Médicos primarios	637
	Facilidades de salud de cuidado prolongado	71
Personas a riesgo por alguna amenaza	Personas expuestas a riesgo de deslizamiento	79,284 (17.4%)
	Personas expuestas a riesgo de inundación**	107,248 (23.5)
	Personas expuestas a riesgo de tsunami	22,420 (4.9%)

*Sumatoria de personas por categorías de discapacidades: no son mutuamente excluyentes.
**Sumatoria de personas por categorías de riesgo a inundaciones: no son mutuamente excluyentes.

Fuente: *ANÁLISIS DE AMENAZAS, VULNERABILIDAD Y RIESGOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD PÚBLICA, SERVICIOS MÉDICOS Y SALUD MENTAL DE PUERTO RICO: 2012-2013*

Tasas de poblaciones vulnerables por condiciones de salud dependientes de una estructura para recibir servicios en los municipios de la Región de Arecibo

Municipios	Tasa de incidencia de diálisis (2011) (por cada 10,000)	Tasa ajustada por edad de incidencia de cáncer (2006-2010) (por cada 100,000)
Arecibo	5	287
Barceloneta	4	309
Camuy	3	247
Ciales	2	301
Florida	2	346
Hatillo	4	262
Lares	5	257
Manatí	5	292
Morovis	3	272
Quebradillas	3	265
Utuado	3	266
Vega Baja	4	300
Total	4	281

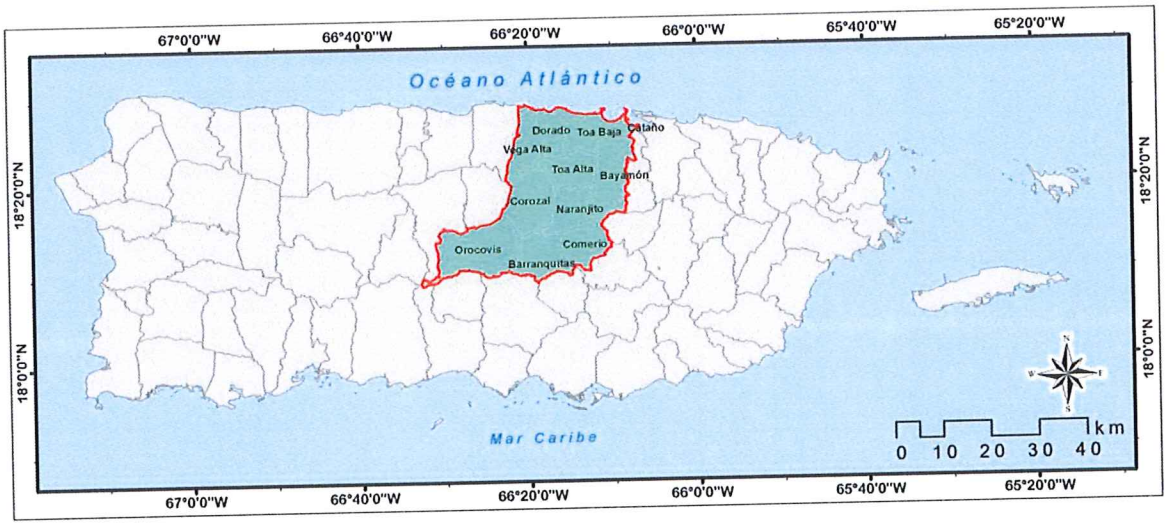
Fuente: Consejo Renal de PR; Registro Central de Cáncer de Puerto Rico

REGIÓN BAYAMÓN

Ubicación geográfica

La Región de Bayamón está ubicada en la parte norte de la isla de Puerto Rico (ver *Mapa RB1.1*). Dicha Región está compuesta por los municipios de Barranquitas, Bayamón, Cataño, Comerío, Corozal, Dorado, Naranjito, Orocovis, Toa Alta, Toa Baja y Vega Alta. Los 11 municipios que componen la Región de Bayamón ocupan un área total de 349 millas cuadradas y se encuentran, aproximadamente, a unas 14 millas del municipio de San Juan.

Mapa RB1.1: Ubicación de la Región de Bayamón



Elaboración CPSP-UPR, 2013

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO REGIÓN BAYAMÓN

Municipios: Barranquitas, Bayamón, Cataño, Comerío, Corozal, Dorado, Naranjito, Orocovis, Toa Alta, Toa Baja y Vega Alta.

Información Socio-Demográfica	Población: habitantes	620,110
	Ingreso per cápita: dólares	$9,382
	Nivel de pobreza	47.9%
	Niños menores de 5 años	37,898 (6.1%)
	Personas de 65 años o más	83,945 (13.5%)
	Mediana de edad	35 años
	Mujeres jefas de familia	51,424
	Cobertura de seguro médico	
	Personas sin cobertura	43,996 (7.2%)
	Población no institucionalizada con discapacidad*	134,358 (21.9%)
	Refugios	62
	Capacidad	8,687
Manejo de Mortalidad en Masa	Morgues	3
	Capacidad	5
	Funerarias	43
	Transportistas	17
	Cementerios	29
Servicios Médicos	Hospitales	5
	Camas hospital	
	Camas autorizadas	1,372
	Camas en uso	1,047
	Salas de operaciones	24
	Cuartos de aislamiento	29
	Centros de Salud Familiar	11
	Centros de Salud Primaria	6
	Hospitales Psiquiátricos	1
	Centros de Salud Mental	8
	Farmacias	149
	Laboratorios	128
	Ambulancias	72
	Médicos primarios	1,049
	Facilidades de salud de cuidado	141

	prolongado	
Personas a riesgo por alguna amenaza	Personas expuestas a riesgo de deslizamiento	136,524 (22.0%)
	Personas expuestas a riesgo de inundación**	262,738 (42.4%)
	Personas expuestas a riesgo de tsunami	63,788 (10.3%)

*Sumatoria de personas por categorías de discapacidades: no son mutuamente excluyentes.
**Sumatoria de personas por categorías de riesgo a inundaciones: no son mutuamente excluyentes.

Fuente: *ANÁLISIS DE AMENAZAS, VULNERABILIDAD Y RIESGOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD PÚBLICA, SERVICIOS MÉDICOS Y SALUD MENTAL DE PUERTO RICO: 2012-2013*

Tasas de poblaciones vulnerables por condiciones de salud dependientes de estructura para recibir servicios en los municipios de la Región de Bayamón

Municipios	Tasa de incidencia de diálisis (2011) (por cada 10,000)	Tasa ajustada por edad de incidencia de cáncer (2006-2010) (por cada 100,000)
Barranquitas	3	291
Bayamón	3	311
Cataño	3	263
Comerío	1	259
Corozal	3	271
Dorado	3	273
Naranjito	4	316
Orocovis	2	295
Toa Alta	3	285
Toa Baja	3	291
Vega Alta	5	264
Total	3	293

Fuente: Registro Central de Cáncer de Puerto Rico, Consejo Renal de PR

REGIÓN CAGUAS

Ubicación geográfica

La Región de Caguas está ubicada en la parte sureste de la isla de Puerto Rico (ver *Mapa RC1.1*). Dicha región está compuesta por los municipios de Aguas Buenas, Aibonito, Caguas, Cayey, Cidra, Gurabo, Humacao, Juncos, Las Piedras, Maunabo, Naguabo, San Lorenzo y Yabucoa. Los 13 municipios que componen esta Región ocupan un área total de 524 millas cuadradas y se encuentran, aproximadamente, a unas 14 millas del municipio de San Juan.

Mapa RC1.1: Ubicación de la Región de Caguas

DS Región Caguas
Municipios Región Caguas

Elaboración CPSP-UPR, 2013

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO REGIÓN CAGUAS

Municipios: Aguas Buenas, Aibonito, Caguas, Cayey, Cidra, Gurabo, Humacao, Juncos, Las Piedras, Maunabo, Naguabo, San Lorenzo y Yabucoa.

Información Socio-Demográfica	Población: habitantes	589,795
	Ingreso per cápita: dólares	$9,492
	Nivel de pobreza	46.2%
	Niños menores de 5 años	36,328 (6.2%)
	Personas de 65 años o más	79,464 (13.5%)
	Mediana de edad	36 años
	Mujeres jefas de familia	47,549
	Cobertura de seguro médico	
	Personas sin cobertura	44,251 (7.5%)
	Población no institucionalizada con discapacidad*	127,576 (21.7%)
	Refugios	61
	Capacidad	5,048
Manejo de Mortalidad en Masa	Morgues	6
	Capacidad	21
	Funerarias	42
	Transportistas	15
	Cementerios	32
Servicios Médicos	Hospitales	8
	Camas hospital	
	Camas autorizadas	1,653
	Camas en uso	1,467
	Salas de operaciones	16
	Cuartos de aislamiento	47
	Centros de Salud Familiar	13
	Centros de Salud Primaria	8
	Hospitales Psiquiátricos	2
	Centros de Salud Mental	11
	Farmacias	142
	Laboratorios	112
	Ambulancias	98
	Médicos primarios	821
	Facilidades de salud de cuidado prolongado	132

Personas a riesgo por alguna amenaza	Personas expuestas a riesgo de deslizamiento	18,020 (3.1%)
	Personas expuestas a riesgo de inundación**	273,572 (46.4%)
	Personas expuestas a riesgo de tsunami	7,243 (1.2%)

*Sumatoria de personas por categorías de discapacidades: no son mutuamente excluyentes.
**Sumatoria de personas por categorías de riesgo a inundaciones: no son mutuamente excluyentes.

Fuente: *ANÁLISIS DE AMENAZAS, VULNERABILIDAD Y RIESGOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD PÚBLICA, SERVICIOS MÉDICOS Y SALUD MENTAL DE PUERTO RICO: 2012-2013*

Tasas de poblaciones vulnerables por condiciones de salud dependientes de estructura para recibir servicios en los municipios de la Región de Caguas

Municipios	Tasa de incidencia de diálisis (2011) (por cada 10,000)	Tasa ajustada por edad de incidencia de cáncer (2006-2010) (por cada 100,000)
Aguas Buenas	5	275
Aibonito	3	342
Caguas	3	301
Cayey	3	323
Cidra	3	264
Gurabo	5	267
Humacao	4	290
Juncos	6	298
Las Piedras	3	272
Maunabo	5	325
Naguabo	2	272
San Lorenzo	4	288
Yabucoa	4	255
Total	4	291

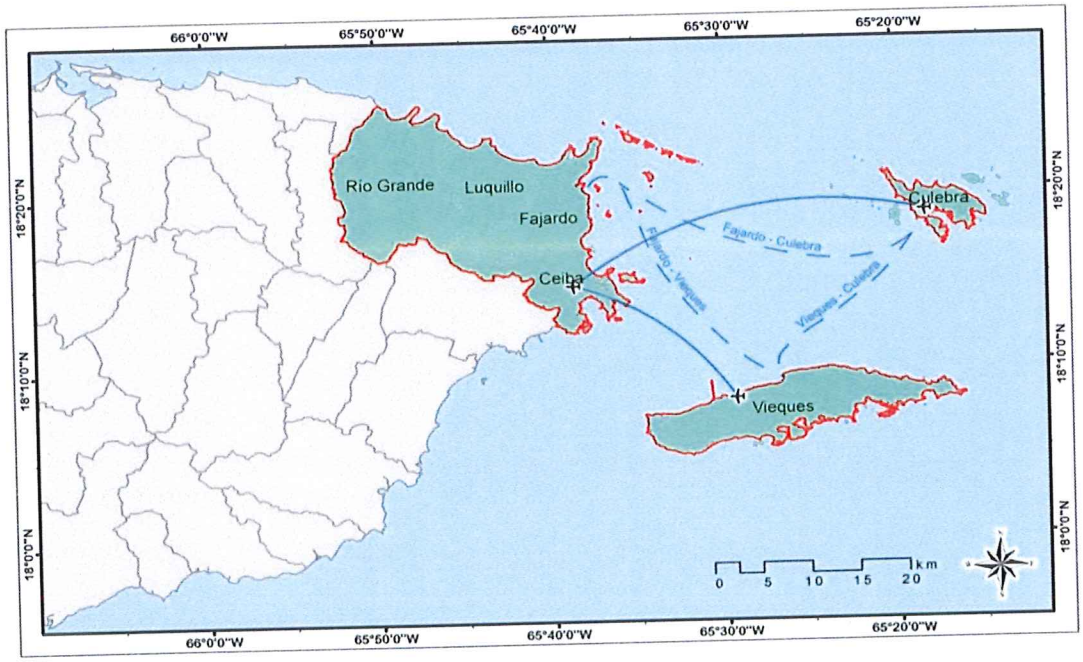
Fuente: Registro Central de Cáncer de Puerto Rico, Consejo Renal de PR

REGIÓN FAJARDO

Ubicación geográfica

La Región de Fajardo está ubicada en la parte noreste de la isla de Puerto Rico (ver *Mapa RF1.1*). Dicha Región está compuesta por los municipios de Ceiba, Fajardo, Luquillo, Río Grande y las islas municipio de Vieques y Culebra. Los seis municipios que componen la Región de Fajardo ocupan un área total de 208 millas cuadradas y se ubican, aproximadamente, a unas 24 millas del municipio de San Juan. La isla municipio de Culebra está localizada a 17 millas al este de Puerto Rico ocupando un área de 10 millas cuadradas. Por otro lado, la isla municipio de Vieques se localiza a ocho millas al este de Puerto Rico y ocupa un área de 52 millas cuadradas.

Mapa RF1.1: Ubicación de la Región de Fajardo



Elaboración CPSP-UPR, 2013

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO REGIÓN FAJARDO

Municipios: Ceiba, Fajardo, Luquillo, Río Grande, y las islas municipio de Vieques y Culebra.

Información Socio-Demográfica	Población: habitantes	136,115
	Ingreso per cápita: dólares	$9,872
	Nivel de pobreza	43.7%
	Niños menores de 5 años	8,249 (6.1%)
	Personas de 65 años o más	20,672 (15.2%)
	Mediana de edad	38 años
	Mujeres jefas de familia	11,033
	Cobertura de seguro médico*	
	Personas sin cobertura	11,521 (8.6%)
	Población no institucionalizada con discapacidad*	28,094 (20.9%)
Manejo de Mortalidad en Masa	Refugios	22
	Capacidad	3,926
	Morgues	3
	Capacidad	7
	Funerarias	13
	Transportistas	4
	Cementerios	11
Servicios Médicos	Hospitales	2
	Camas hospital	
	Camas autorizadas	219
	Camas en uso	205
	Salas de operaciones	5
	Cuartos de aislamiento	5
	Centros de Salud Familiar	2
	Centros de Salud Primaria	2
	Hospitales Psiquiátricos	0

	Centros de Salud Mental	5
	Farmacias	29
	Laboratorios	21
	Ambulancias	20
	Médicos primarios	142
	Facilidades de salud de cuidado prolongado	32
Personas a riesgo por alguna amenaza	Personas expuestas a riesgo de deslizamiento**	359 (0.3%)
	Personas expuestas a riesgo de inundación***	68,780 (50.5%)
	Personas expuestas a riesgo de tsunami***	4,925 (3.6%)

*Sumatoria de personas por categorías de discapacidades: no son mutuamente excluyentes.
**Sumatoria de personas por categorías de riesgo a inundaciones: no son mutuamente excluyentes.

Fuente: *ANÁLISIS DE AMENAZAS, VULNERABILIDAD Y RIESGOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD PÚBLICA, SERVICIOS MÉDICOS Y SALUD MENTAL DE PUERTO RICO: 2012-2013*

Tasas de poblaciones vulnerables por condiciones de salud dependientes de estructura para recibir servicios en los municipios de la Región de Fajardo

Municipios	Tasa de incidencia de diálisis (2011) (por cada 10,000)	Tasa ajustada por edad de incidencia de cáncer (2006-2010) (por cada 100,000)
Ceiba	10	286
Culebra	2 (por cada 1,000)	243
Fajardo	5	316
Luquillo	2	301
Río Grande	5	285
Vieques	1 (por cada 1,000)	248
Total	6	292

Fuentes: Registro Central de Cáncer de Puerto Rico, Consejo Renal de PR, 2011

REGIÓN METRO

Ubicación geográfica

La Región Metro está ubicada en la parte norte de la isla de Puerto Rico (ver *Mapa RM1.1*). Dicha región está compuesta por los municipios de Canóvanas, Carolina, Guaynabo, Loíza, San Juan y Trujillo Alto. Los seis municipios que componen la Región Metro ocupan un área total de 199 millas cuadradas.

Mapa RM1.1: Ubicación de la Región de Metro

DS Región Metro
Municipios Región Metro

Elaboración CPSP-UPR, 2013

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO REGIÓN METRO

Municipios: Canóvanas, Carolina, Guaynabo, Loíza, San Juan y Trujillo Alto.

Información Socio-Demográfica	Población: habitantes	822,562
	Ingreso per cápita: dólares	$13,976
	Nivel de pobreza	36.3%
	Niños menores de 5 años	47,726 (5.8%)
	Personas de 65 años o más	130,135 (15.8%)
	Mediana de edad	37 años
	Mujeres jefas de familia	78,426
	Cobertura de seguro médico	
	Personas sin cobertura	90,609 (11.2%)
	Población no institucionalizada con discapacidad**	146,626 (17.3%)
	Refugios	59
	Capacidad	11,109
Manejo de Mortalidad en Masa	Morgues	12
	Capacidad	62
	Funerarias	43
	Transportistas	20
	Cementerios	24
Servicios Médicos	Hospitales	26
	Camas hospital	
	Camas autorizadas	5,603
	Camas en uso	4,326
	Salas de operaciones	42
	Cuartos de aislamiento	161
	Centros de Salud Familiar	14
	Centros de Salud Primaria	3
	Hospitales Psiquiátricos	5
	Centros de Salud Mental	30
	Farmacias	250

	Laboratorios	222
	Ambulancias	95
	Médicos primarios	2,155
	Facilidades de salud de cuidado prolongado	141
Personas a riesgo por alguna amenaza		
	Personas expuestas a riesgo de deslizamiento	14,891 (1.8%)
	Personas expuestas a riesgo de inundación***	418,973 (50.9%)
	Personas expuestas a riesgo de tsunami	80,384 (9.8%)

**Sumatoria de personas por categorías de discapacidades: no son mutuamente excluyentes.
***Sumatoria de personas por categorías de riesgo a inundaciones: no son mutuamente excluyentes.

Fuente: *ANÁLISIS DE AMENAZAS, VULNERABILIDAD Y RIESGOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD PÚBLICA, SERVICIOS MÉDICOS Y SALUD MENTAL DE PUERTO RICO: 2012-2013*

Tasas de poblaciones vulnerables por condiciones de salud dependientes de estructura para recibir servicios en los municipios de la Región Metro

Municipios	Tasa de incidencia de diálisis (2011) (por cada 10,000)	Tasa ajustada por edad de incidencia de cáncer (2006-2010) (por cada 100,000)
Canóvanas	5	308
Carolina	3	310
Guaynabo	2	309
Loíza	1	238
San Juan	5	304
Trujillo Alto	2	278
Total	4	301

Fuente: Registro Central de Cáncer de Puerto Rico; Consejo Renal de Puerto Rico

REGIÓN PONCE

Ubicación geográfica

La Región de Ponce está ubicada en la parte sur de la isla de Puerto Rico (ver *Mapa RP1.1*). Dicha región está compuesta por los municipios de Adjuntas, Arroyo, Coamo, Guánica, Guayama, Guayanilla, Jayuya, Juana Díaz, Patillas, Peñuelas, Ponce, Salinas, Santa Isabel, Villalba y Yauco. Los 15 municipios que componen la Región ocupan un área total de 827 millas cuadradas y se ubican, aproximadamente, a unas 40 millas del municipio de San Juan.

Mapa RP1.1: Ubicación de la Región de Ponce

DS Región Ponce

Municipios Región Ponce

Elaboración CPSP-UPR, 2013

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO REGIÓN PONCE

Municipios: Adjuntas, Arroyo, Coamo, Guánica, Guayama, Guayanilla, Jayuya, Juana Díaz, Patillas, Peñuelas, Ponce, Salinas, Santa Isabel, Villalba y Yauco.

Información Socio-Demográfica	Población: habitantes	565,683
	Ingreso per cápita: dólares	$7,668
	Nivel de pobreza	54.5%
	Niños menores de 5 años	36,615 (6.5%)
	Personas de 65 años o más	76, 646 (13.5%)
	Mediana de edad	35 años
	Mujeres jefas de familia	46,892
	Cobertura de seguro médico	
	Personas sin cobertura	33,018 (5.9%)
	Población no institucionalizada con discapacidad*	127,120 (22.8%)
	Refugios	106
	Capacidad	13,613
Manejo de Mortalidad en Masa	Morgues	5
	Capacidad	17
	Funerarias	47
	Transportistas	25
	Cementerios	34
Servicios Médicos	Hospitales	10
	Camas hospital	
	Camas autorizadas	1,911
	Camas en uso	1,445
	Salas de operaciones	8
	Cuartos de aislamiento	69
	Centros de Salud Familiar	13
	Centros de Salud Primaria	10
	Hospitales Psiquiátricos	1

	Centros de Salud Mental	1
	Farmacias	141
	Laboratorios	119
	Ambulancias	66
	Médicos primarios	808
	Facilidades de salud de cuidado prolongado	117
Personas a riesgo por alguna amenaza	Personas expuestas a riesgo de deslizamiento	13,400 (2.4%)
	Personas expuestas a riesgo de inundación**	258,275 (45.7%)
	Personas expuestas a riesgo de tsunami	23,081 (4.1%)

*Sumatoria de personas por categorías de discapacidades: no son mutuamente excluyentes.
**Sumatoria de personas por categorías de riesgo a inundaciones: no son mutuamente excluyentes.

Fuente: ANÁLISIS DE AMENAZAS, VULNERABILIDAD Y RIESGOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD PÚBLICA, SERVICIOS MÉDICOS Y SALUD MENTAL DE PUERTO RICO: 2012-2013

Tasas de poblaciones vulnerables por condiciones de salud dependientes de estructura para recibir servicios en los municipios de la Región de Ponce

Municipios	Tasa de incidencia de diálisis (2011) (por cada 10,000)	Tasa ajustada por edad de incidencia de cáncer (2006-2010) (por cada 100,000)
Adjuntas	4	268
Arroyo	3	326
Coamo	4	304
Guánica	3	247
Guayama	4	312
Guayanilla	3	306
Jayuya	5	266
Juana Díaz	5	285
Patillas	4	321
Peñuelas	4	242
Ponce	5	307
Salinas	4	316
Santa Isabel	3	347
Villalba	5	307
Yauco	5	293
Total	4	300

Fuente: Registro Central de Cáncer de Puerto Rico; Consejo Renal de PR, 2011

3. Visión General de Mitigación

Los desastres naturales representan un reto para los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental ya que pueden ocurrir daños a la infraestructura, cambios en el ambiente, estrés psicológico y aumento de enfermedades transmisibles, entre otros. Un componente importante para lograr una respuesta adecuada son los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica, estos tienen como misión proteger la salud de las personas mediante la caracterización epidemiológica de las enfermedades transmisibles y no transmisibles de mayor impacto en Puerto Rico, a través de la recolección e interpretación sistemática de dichos datos. El papel de estos sistemas es esencial durante estos eventos. Su objetivo debe ser detectar la epidemia a la mayor brevedad posible para controlar la propagación de la enfermedad entre las poblaciones a riesgo.

Actualmente en Puerto Rico existen, aproximadamente, 250 facilidades de servicios de salud, incluyendo instalaciones de salud mental. Éstas se clasifican de la siguiente manera: 68 hospitales con 13,556 camas autorizadas y 10,738 camas en uso; 109 Centros de Diagnóstico y Tratamiento; 75 Centros de Salud Primaria (Centros 330) o *Federally Qualified Health Centers* (FQHCs) y 44 Clínicas de Diálisis. Es a través de estas facilidades que se proveen muchos de los servicios y atención médica a la población.

Los desastres producen problemas a nivel individual, familiar, comunal y social. El impacto psicosocial que causa el desastre depende de los siguientes factores: naturaleza del evento; entorno y circunstancias; y, por último las características de la personalidad y vulnerabilidad de los sobrevivientes. Cualquier persona puede brindar primeros auxilios psicológicos, pero debe tener un entrenamiento básico. Es importante que los profesionales de la salud estén preparados para responder tanto a otros profesionales como a las víctimas durante un desastre.

En Puerto Rico existen 8 hospitales psiquiátricos y cuatro hospitales generales que ofrecen servicios de salud física y salud mental. Existen tres Programas de Servicios Transicionales (droga residencial), siete Programas de Servicios Ambulatorios y 20 Programas de *Drug Court* (ASSMCA/APS, SARAFS, 2012). La Isla cuenta con 14 centros de *detox*, 89 centros de salud mental, 14 instalaciones de atención parcial, ocho (8) centros de metadona, ocho (8) unidades de estabilización, 17 programas de personas sin hogar y dos centros de rehabilitación psicosocial.

D. Supuestos de Planificación

Puerto Rico tiene el riesgo potencial de la ocurrencia de incidentes de origen natural o generados por el ser humano que podrían ocasionar una emergencia o desastre con consecuencias en los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental. Esto impactaría los servicios y recursos de atención que, a su vez, afectarían la salud de los individuos en la isla. Tomando en consideración estos elementos para poder cumplir con la planificación establecida en este documento, el mismo está basado en los supuestos de planificación presentados a continuación.

Supuestos:

- El DSPR asume que cuenta con los recursos necesarios para salvaguardar vida y propiedad ante una emergencia o desastre a fin de continuar ofreciendo los servicios a la ciudadanía como nuestra responsabilidad básica y primordial.

- El DSPR tendrá la capacidad de operar de forma continua por 72 horas sin apoyo externo o del próximo nivel jurisdiccional.

- Las capacidades Locales, Regionales y Estatales pueden ser o no ser suficientes para responder a una emergencia o desastre con consecuencias en los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental.

- Este plan tiene el diseño y funcionalidad para ser utilizado inmediatamente mediante Procedimientos Estándares de Operación (SOPs, por sus siglas en inglés) que se implementarán para operacionalizar el sistema.

- Las operaciones de Respuesta, Recuperación y Mitigación estarán enmarcadas en los principios del ICS, siguiendo las doctrinas del NIMS y el NRF.

- La falta de una estructura de respuesta, acuerdos colaborativos y una coordinación eficiente y efectiva por parte de todos los organismos gubernamentales, basada en el NIMS y el NRF, podría dilatar las ayudas requeridas de parte del Gobierno Estatal al Gobierno Federal.

- Cada uno de los funcionarios del DSPR tiene una responsabilidad y/o función asignada al ponerse en efecto el plan.

- Los funcionarios del DSPR pueden convertirse en víctimas durante una emergencia o desastre, lo que podría generar una situación que afecte la disponibilidad de los recursos humanos necesarios.

- Las consecuencias de un evento catastrófico a gran escala podrían generar víctimas y fatalidades en masa, desalojo de pacientes, un aumento significativo de servicios de salud mental, enfermedades infecciosas y/o exposición a armas de destrucción masiva (WMD, por sus siglas en inglés), entre otras incidencias, que provocarán una alteración en los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental. La magnitud del impacto en cualquiera de los elementos antes mencionados requerirá la activación de los recursos federales.

- La capacidad de los hospitales puede verse afectadas, limitando así la capacidad para ofrecer los servicios médicos necesarios durante la emergencia.

- Las facilidades de tratamientos médicos primarios que estén afectadas o inoperables requerirán el apoyo del estado.

- Una emergencia en salud pública es un acontecimiento multijurisdiccional y multidisciplinario que requerirá la participación e integración de organismos a nivel municipal, estatal y federal.

- La ocurrencia natural y/o la propagación de un agente altamente infeccioso podría escalar a una emergencia en salud pública con dimensiones catastróficas.

- Los servicios de salud pública y las actividades rutinarias de la comunidad pueden verse afectados ante las consecuencias de la emergencia y el riesgo que pueda representar su implementación para los trabajadores y los individuos.

- Los ciudadanos seguirán las medidas de protección y prevención recomendadas por las autoridades de salud.

- El COE Estatal podría convertirse en una fuente de información y apoyo al público en incidentes o emergencias en salud pública.

- Los incidentes terroristas pueden implicar el daño o la interrupción de las redes de computadoras, sistemas de telecomunicaciones e incluso el Internet.

- El impacto de una emergencia o desastre a la infraestructura podría provocar la interrupción de las redes esenciales de la comunidad para utilidades, el transporte y/o la comunicación poniendo en peligro la salud y la seguridad de la población.

- Las interrupciones de operaciones de respuesta de emergencia podrían tener como resultado pérdidas económicas substanciales.

- El apoyo de entidades privadas en situaciones de emergencias en Puerto Rico podrían requerir Acuerdos de Colaboración y Ayuda Mutua.

- La planificación incluida en este documento no implica la totalidad de las acciones requeridas para un incidente de magnitud catastrófica. Para una eventualidad con consecuencias de este tipo se utilizará como guía el *Joint Operational Catastrophic Incident Plan* (JOCIP).

II. Concepto de Operaciones

El Plan Operacional del DSPR es el documento guía para las acciones a implementar ante emergencias y desastres en Puerto Rico que impacten los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental. Los esfuerzos de respuesta del DSPR se canalizan a través de las siete (7) regiones del DSPR. La activación parcial o total de las regiones dependerá de la magnitud de la emergencia. Este plan establece los procedimientos a seguir por el personal del DSPR de manera que puedan realizar sus funciones efectivamente, antes, durante y después de una emergencia y/o desastre.

A. Activación e Implementación del Plan

El Plan Operacional del DSPR se activará bajo instrucción y la dirección del Secretario de Salud del DSPR o de un representante autorizado. Este plan es una guía que provee los procedimientos a seguir para que el personal de respuesta de emergencias del DSPR pueda realizar sus funciones efectivamente, antes, durante y después de una emergencia o desastre que impacte los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental. En el caso de no estar disponible el Secretario del DSPR o su representante autorizado se implementará la orden de sucesión que se establece en el Plan de Continuidad de Operaciones (COOP) de la agencia para manejar las acciones correspondientes. A estos fines se utilizará la siguiente sucesión: Sub-Secretaria de Salud; Secretaria Auxiliar de Administración; y, Director de la Oficina de Asesores Legales. Además, para garantizar la implementación de las acciones de respuesta en las regiones del DSPR también se hará uso de la orden de sucesión. A nivel regional, en la instancia de no estar disponible el director regional la sucesión se implementará con los directores de los programas categóricos del DSPR.

La implementación de este plan se llevará a cabo siguiendo las doctrinas del NIMS haciendo uso de la Estructura de Comando de Incidentes (ICS, según sus siglas en inglés), que será determinado según la respuesta requerida para

el evento tal como se detalla en la sección IV de este documento. A estos fines el DSPR establecerá una serie de estructuras que apoyarán las operaciones. Para efectos operacionales el DSPR establecerá tres niveles de activación. Estos permitirán aumentar las acciones de respuesta durante una emergencia o desastre. Los niveles con sus respectivas acciones de respuesta son los siguientes:

Nivel	Respuesta
Nivel 3	Primaria: La amplitud y la intensidad del evento se pueden manejar con una respuesta única de recursos. No se requiere la activación del ICS. Ejemplo: Respuesta de rutina de Emergencias Médicas Estatal.
Nivel 2	Parcial: La amplitud e intensidad del evento requiere cierto apoyo de otros Programas y Regiones del DSPR. De ser activados de una (1) a tres (3) de las Regiones del DSPR, se considerará una *Activación Parcial*. Se podrían activar los Acuerdos de Ayuda Mutua y se podría notificar a las agencias estatales y entidades privadas, Coaliciones Regionales de Servicios de Salud, etc. Se debe activar el ICS/HICS y se debe desarrollar un *Incident Action Plan* (IAP) para cada periodo operacional de 12 a 24 horas.
Nivel 1	Completa: El evento requiere apoyo de todos los componentes del DSPR. De ser activadas cuatro (4) o más de las Regiones del DSPR, se considerará una *Activación Total*. El estado puede involucrarse e inclusive puede llegar ayuda federal. Los servicios no esenciales del DSPR pueden verse afectados o interrumpidos. Se deben activar todas las posiciones del ICS/HICS y se desarrollará el IAP para cada periodo operacional de 12 a 24 horas.

El DSPR al momento de una emergencia apoyará el Plan Operacional de Emergencias del Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres (NMEAD) a través de la Función de Apoyo de Emergencia 8 - Salud Pública y Servicios Médicos. Este apoyo se realiza mediante la representación del Departamento de Salud en las 11 Zonas Operacionales de NMEAD con el objetivo de proteger la salud y vida de los ciudadanos.

Las acciones antes mencionadas responden a incidentes que se manejen con recursos locales y estatales, no así para situaciones en las que la magnitud de las consecuencias sea de naturaleza catastrófica. Ante un incidente con consecuencias catastróficas también se implementará la estructura de ICS del DSPR y las operaciones de respuesta serán divididas en Fases Operacionales que detallarán las acciones a implementar. Las mismas, que se contemplan en el JOCIP y que serán apoyadas por el *Region 2 Puerto Rico Immediate Response Plan* del Departamento de Salud Federal (HHS, según sus siglas en inglés), incluyen de manera más detallada lo siguiente:

Fase 1 – Preparación

Es la fase inicial correspondiente a incidentes provocados por amenazas que se puedan anticipar. Esta fase permite un periodo aproximado de hasta 120 horas

ó 5 días previos para ejecutar las acciones pertinentes hasta la ocurrencia del evento.

Fase 2 – Respuesta

En la fase de respuesta se atienden todas las acciones necesarias para manejar las consecuencias provocadas por el evento. Dichas acciones se implementan a partir de la ocurrencia del evento en la medida que las condiciones así lo permitan, siempre velando por la salud y seguridad de los respondedores. Esta fase se extiende usualmente hasta los 30 días luego de la ocurrencia el evento. Este periodo estará determinado por la magnitud de las consecuencias experimentadas por el evento.

Fase 3 – Recuperación

Durante esta fase, que inicia frecuentemente 30 días luego de la ocurrencia del evento, se atienden todos los elementos relacionados a llevar las operaciones a un nivel similar o mejor al que se encontraban previo al evento. Dependiendo la magnitud del evento será la duración de esta fase.

III. Organización y Asignación de Responsabilidades

El Plan Operacional del DSPR aplica un formato funcional tradicional que detalla a través de un Plan Básico, Anejos y Apéndices las acciones, estrategias y procedimientos a implementar para la atención a emergencias y desastres. La organización que rige este plan ofrece la planificación, estrategias y recursos requeridos para manejar las emergencias y desastres que impacten los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental en Puerto Rico.

El DSPR, a través de la Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública, tiene funciones de emergencia en adición a sus deberes regulares. A cada unidad operacional, departamento, división, programa y oficina del DSPR se le han asignado tareas específicas a tenor con las leyes estatales y federales en referencia. A esos efectos, se desarrollaran los procedimientos correspondientes según establecido en anejos, apéndices y/o SOPs. De la misma forma, se integran las Coaliciones Regionales de Servicios de Salud, las cuales se les asigna responsabilidades de acuerdo a la emergencia, las necesidades y recursos disponibles.

El Comité Operacional de Emergencia es responsable de ejecutar este plan. El Comité es presidido por el Secretario del Departamento de Salud de Puerto Rico, quien asegura se siga la política establecida para enfrentar o responder a las emergencias y desastres. Este puede delegar parte de sus funciones a su representante en la línea de mando, pero no así las responsabilidades.

Es de suma importancia que el primer nivel de respuesta establezca el ICS, según lo requiere NIMS.

1. Comité Ejecutivo:

El Comité Ejecutivo es presidido por el Secretario del Departamento de Salud. El mismo estará compuesto por la Subsecretaria, Oficina de Comunicaciones del DSPR, Director de la Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública, Directora de Epidemiología, Director de Asesores Legales,

Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico y Ayudantes Especiales inmediatos. Este Comité es responsable de asesorar al Secretario de Salud para establecer la política pública y las directrices específicas a ser implementadas durante una emergencia y desastre en Puerto Rico.

2. Comité Operacional:

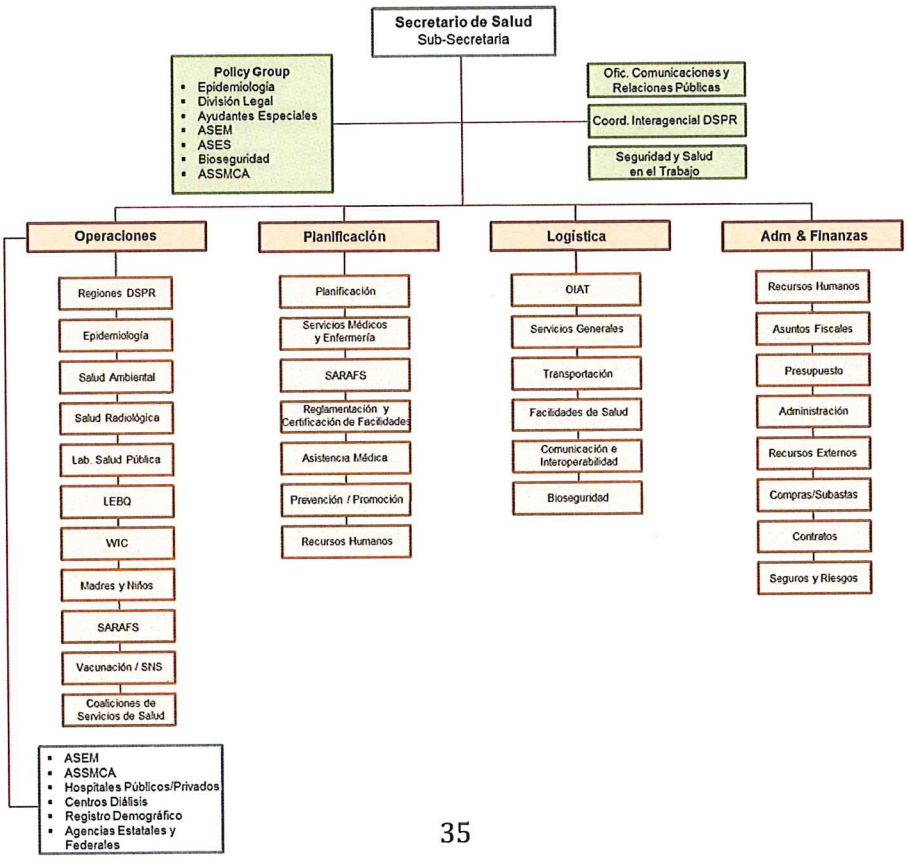
El Comité Operacional estará presidido por la Directora de la Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública. El mismo estará integrado por: Epidemiología, Vacunación, Comunicaciones, Salud Ambiental, Laboratorio de Salud Pública, Centro de Manejo de Emergencias, Salud Radiológica, Regiones del DSPR, Coaliciones Regionales de Servicios de Salud y Facilidades de Salud. Este Comité está a cargo de coordinar todas las operaciones de emergencia dentro de sus áreas de responsabilidad, según establecido en este plan operacional de emergencias.

3. Grupo de Apoyo Externo:

Consiste de aquellas entidades municipales, estatales y/o federales que tendrán representación en el Comité Operacional de Emergencia y que servirán de apoyo a las operaciones de emergencia a tenor con el Plan Operacional de Manejo de Emergencias Estatal y el NRF.

IV. Dirección, Control y Coordinación

La estructura de planificación y organización del DSPR para respuesta ante todo tipo de evento o incidente está enmarcada en los principios de NIMS. La estructura organizacional que se presenta a continuación está sustentada en la aplicación de ICS a la organización de respuesta del DSPR ante el peor escenario.



El DSPR mantiene un listado que incluye el personal con funciones de respuesta ante cualquier tipo de emergencias, con particular énfasis en emergencias en salud pública. Estos listados se validan mediante llamadas de alertas y activación programadas sin previo aviso. La notificación de activación al personal se implementa ante la inminencia o luego de recibirse una notificación sobre la ocurrencia de una emergencia o desastre.

Normalmente, las activaciones inician con la notificación a un *Incident Commander* (IC) designado. El IC determina la prioridad del evento o incidente y el personal necesario para responder. El personal se contacta a través de los números telefónicos y/o correos electrónicos que aparecen en la lista de activación. De ser necesario, la activación de agencias o entidades que forman parte del ESF 8 se notificarán dentro del mismo proceso de activación.

Dependiendo del evento, el informe sobre el estado de situación se puede diseminar durante el proceso de "call down". Al personal se le informará si están en alerta, si deberán reportarse al Centro de Operaciones de Emergencias (COE) o cualquier otra localidad alterna a una hora específica o inmediatamente. Los horarios para reportarse se determinarán al momento del evento y según las necesidades de la respuesta.

Una vez activado el COE, el IC junto al personal de manejo de emergencias del DSPR realizará un análisis de la situación. Si la situación refleja que la respuesta a las operaciones podría extenderse más de un periodo operacional (12 a 24 horas) deben iniciarse las actividades de apoyo a los procesos de respuesta y el desarrollo del IAP para el Incidente.

V. Recopilación, Análisis y Diseminación de Información

La recopilación, análisis y diseminación de la información relacionadas al incidente serán dirigidas desde el Centro de Operaciones de Emergencias (COE) del DSPR. Las funciones incluirán recoger, analizar y difundir adecuadamente la información de la situación al personal del DSPR, así como las demás agencias estatales y federales de apoyo del ESF 8 – Salud Pública y Servicios Médicos, Coaliciones Regionales de Servicios de Salud, sector privado, NGOs y voluntarios.

La información generada apoyará a los coordinadores del DSPR en las Zonas de NMEAD a tomar decisiones operacionales para el período actual y periodos futuros. Con el fin de obtener y diseminar información actualizada, precisa y pertinente a la situación, los procesos se realizarán según se establece en cada uno de los Anejos Funcionales o por Peligros Específicos correspondientes.

VI. Comunicaciones

Las comunicaciones públicas se llevarán a cabo como lo establece el Plan de Comunicaciones del DSPR. Las mismas serán dirigidas por el Director de la Oficina de Comunicaciones del DSPR. Por otra parte, esta sección no incluye los equipos de comunicación y los procedimientos de intercambio de información. Esa información se detalla en el Anejo Funcional de Comunicaciones e Interoperabilidad y el Anejo de Manejo de Información de este plan.

VII. Administración, Finanzas y Logística

La Secretaría Auxiliar de Administración del DSPR será la unidad operacional encargada de implementar los procesos correspondientes para monitorear los gastos relacionados a la situación de emergencia o desastre, según las regulaciones del Gobierno de Puerto Rico y/o cualquier estatuto federal que aplique.

A. Administración

Los procedimientos administrativos durante la emergencia, en su mayoría corresponden a los procedimientos que se realizan en períodos normales. Se requiere mayor atención en la identificación y control de documentos administrativos, financieros e informes, contratos y servicios, seguros, reclutamiento y reasignación del personal e informes, durante la emergencia. Todos los documentos tienen que ser identificados con el nombre de la emergencia y mantenerlos el tiempo que sea necesario (ej. Informe de personal activado, utilización de equipo, materiales, compras, contratos, etc.).

B. Finanzas

La coordinación para atender una situación de emergencia significa un esfuerzo operacional que se traduce en valor monetario. Ese valor monetario es el gasto operacional inherente a cada esfuerzo que se realiza para atender y manejar una emergencia y/o desastre. Debido a que la atención está centrada en manejar la emergencia, no se toma en consideración en el gasto que se incurre o invierte para atender la misma.

Por tal motivo, todos los recursos utilizados y esfuerzos realizados durante la emergencia, será convertido a valor monetario, según lo establecido por la Oficina de Gerencia y Presupuesto y por FEMA. La información recopilada para estos efectos, deberá estar de forma ordenada y precisa para que sea más fácil su conversión. La misma deberá ser dividida de la siguiente forma: recurso personal (hojas de asistencia semanal y nóminas), equipo y esfuerzos utilizados (utilización de vehículos oficiales, renta de equipo) y uso de materiales o suministros (record de materiales), etc.

C. Logística

La emergencia podría requerir la adquisición de equipos, servicios y hasta medicamentos; necesarios para apoyar la respuesta a los incidentes. Esto podría incluir la firma de contratos y acuerdos de cooperación con instituciones privadas, públicas y/o federales. Se establece una diferencia en los procedimientos administrativos durante una emergencia.

Se coordinará con suplidores para la adquisición de equipos, medicamentos, suministros y servicios, en cualquier momento. Se recomienda mantener almacenado una cantidad mayor de aquellos artículos que de antemano o por experiencia se conoce son utilizados en mayores cantidades en períodos de emergencia. Todo informe, documento recibido o conduce debe identificarse y enviarse a la Oficina de Finanzas, Presupuesto y Secretaria Auxiliar de Administración, para el archivo y preparación del informe final y otros informes relacionados. Estos documentos forman parte del desglose de gastos operacionales incurridos durante la emergencia y para enfrentar o solucionar las

situaciones de emergencias. Se debe mantener por separado los gastos operacionales y los daños o estimados de daños ocurridos en el Departamento y sus dependencias.

VIII. Desarrollo y Mantenimiento del Plan

El DSPR a través de la Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública es responsable de actualizar anualmente el Plan Operacional de Manejo de Emergencias del DSPR. No obstante, el surgimiento de cambios o situaciones extraordinarias podría requerir su actualización inmediata, según sea requerido. Los anejos funcionales pueden requerir revisiones periódicas, para actualizar los cambios correspondientes como funcionarios, información de contacto, etc.

El desarrollo de este plan se nutre de las Secretarías Auxiliares, Regiones, Programas, facilidades de salud y Oficinas del DSPR. Estas dependencias someterán a la Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública (OPCRSP) los cambios necesarios para ser incluidos en el Plan.

El Plan Operacional de Manejo de Emergencias del DSPR será distribuido al Comité de Emergencias, Regiones, Coaliciones Regionales de Servicios de Salud, Oficinas y Programas del Departamento de Salud de Puerto Rico, una vez aprobado por el Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastre (NMEAD). El contenido del mismo debe ser entendido, discutido y conocido por todo el personal del DSPR, especialmente por el personal que integra el Comité Operacional de Emergencias quienes tienen la responsabilidad de apoyar y/o ejecutar el mismo. El Coordinador Interagencial o su representante autorizado, será responsable de capacitar al personal en las funciones y responsabilidades, según establecidas en el plan para una ejecución adecuada y coordinada. Este plan se evaluará mediante la implementación de un plan de adiestramientos y ejercicios.

A. Adiestramientos y Ejercicios

Las actividades sobre adiestramientos y ejercicios relacionadas a este Plan, serán desarrolladas utilizando las guías de *Homeland Security Exercise and Evaluation Program (HSEEP)* y se incluyen en el Plan de Adiestramientos y Ejercicios del DSPR. Las recomendaciones identificadas en los *After Action Report and/or Improvement Plan (AAR/IP)* de los ejercicios, deben ser consideradas en las revisiones subsiguientes de este Plan.

Los tipos de ejercicios se definen a continuación:

- *Drill* - se utilizan normalmente en la evaluación de una sola función dentro de un programa específico. Los *drilll* son efectivos para practicar y mantener destrezas. Además, son un método efectivo para practicar nuevos procesos.

- *Table Top* - se utilizan principalmente en la discusión sobre definiciones de roles y responsabilidades o de aquellas acciones que se deben tomar en situaciones específicas. Los *table top* se realizan en ambientes de bajo estrés.

- *Functional Exercise* - proveen un escenario realista sobre situaciones bajo las cuales se deben tomar acciones específicas y decisiones rápidas. No requiere movilización de equipos pero a sus participantes se les requiere

tomar acción más allá de discutir las acciones o estrategias de respuesta. Estos ejercicios se conducen con ambiente de límite de tiempo.

- *Full Scale* - se realizan en escenarios lo más cercano a la realidad posible. Requiere la movilización de personal, equipo y el tomar algún tipo de acción. El *Full Scale* requiere un período largo de planificación y se utilizan para evaluar capacidades operacionales.

IX. Autoridades y Referencias

A. Autoridades

Federal:

- Public Law 102-201,"Defense Against Weapons of Mass Destruction Act"
- Terrorism Annex to the Federal Response Plan
- Homeland Security Act of 2002 Pub L 107-296, 116 Stat. 2135 / 2002
- Robert T. Stanford Disaster Relief and Emergency Assistance Act, Public Law 93-288, as amended.
- Federal Radiological Emergency Response Plan
- Presidential Decision Directive 39, US Policy on Terrorism
- Presidential Decisión Directive 62, Combating Terrorism
- Presidential Decisión Directive 63, Critical Infrastructure Protection
- Ley HIPPA – Federal Law of the Health Insurance Portability and Accountability
- HSPD-5 – Homeland Security Presidential Directive 5
- HSPD-8 – Homeland Security Presidential Directive 8
- DMA-2000
- Comprehensive Preparedness Guide (CPG-101) Version 2

Estatal:

- Ley 20, 10 de abril de 2017
- Ley 81, 14 de agosto de 1912, según enmendada
- Orden Ejecutiva 2005-77 del 13 de diciembre de 2005

B. Referencias

1. Asociación de Salud Primaria de Puerto Rico. Centros de Salud Primaria en Puerto Rico. 2018. Recuperado de: http://saludprimariapr.org/web/mapa-330/
2. Center for Public Health and Disasters, Hazard Risk Assesment Instrument, 2006, University of California: Los Angeles.

3. Departamento de Seguridad Nacional. Agencia Federal para el Manejo de Emergencias. (Junio 2016). *Estructura de Respuesta Nacional (NRF)*, Tercera Edición.

4. Departamento de Seguridad Nacional. Agencia Federal para el Manejo de Emergencias. (Octubre 2017) *Sistema de Manejo de Incidente Nacional (NIMS), Tercera Edición.*

5. Departamento de Seguridad Nacional. Agencia Federal para el Manejo de Emergencias. (Noviembre 2010). *Comprehensive Preparedness Guide (CPG) 101 verisón 2.0.*

6. Eisenman, D. P., Cordasco, K. M., Asch, S., Golden, J. F., & Glik, D. (2007). Disaster planning and risk communication with vulnerable communities: Lessons from hurricane Katrina. American Journal of Public Health, 97, S109-S115.

7. Hirsch, G.B., Modeling the Consequences of Major Incidents for Helath Care Systems, 2004: Wayland, Massachusetts.

8. Landesman, L., Public Health Management of Disasters. Third ed2012, Washington D.C.: American Public Health Association. 534.

9. Organización Panamericana de la Salud/OMS. 2010. Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres. Guía para Equipos de Respuesta.

10. PAHO - Pan American Health Organization Regional Office of the World Health Organization. Safe Hospitals: A Collective Responsibility A Global Measure of Disaster Reduction, 2008. p. 32.

11. Rodríguez H., Cuando la tierra tiembla, in "¿Por qué los desastres no son naturales?": Un análisis sobre los aspectos sociales de los desastres.2002, University of Puerto Rico, Mayaguez Campus: Mayaguez. p. 7.

12. Secretaría Auxiliar para Reglamentos y Acreditación de Facilidades de Salud. Departamento de Salud, Registro de Hospitales y otras Facilidades de Salud, 2011: San Juan.

13. U.S Census Bureau. 2010 Census: Puerto Rico Profile. 2010; Available from: http://www.census.gov/geo/www/guidestloc/pdf/72_PuertoRico.pdf.

14. U.S Census Bureau. DP-1 for United States and Puerto Rico for US Census 2010: Demographic Profile Data. 2010 [cited 2012 February 20, 2012]; Available from: http://www.census.gov/#.

15. WHO-World Health Organization, Mass Casualty Management Systems: Strategies and guidelines for building health sector capacity, Health Action in crises Injuries and Violence Prevention, 2007, WHO publications: Geneva, Switzerland. p. 38.

16. WHO-World Health Organization, Communicable disease control in emergencies. A field manual 2005.

17. WHO-World Health Organization, Everybody's Business. Strenthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO's Framework for Action in WHO Library Cataloguing-in-Publication Data2007: Geneva.

18. WHO-World Health Organization, Systems thinking for health systems strengthening, Don de Savigny and Taghreed Adam, Editor 2009. p. 112.

ACRÓNIMOS

AAR	"After Action Report"
ASEM	Administración de Servicios Médicos
ASSMCA	Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción
COE	Centro de Operaciones de Emergencias
COOP	Plan de Continuidad de Operaciones
CPG	"Comprehensive Preparedness Guide" / Guía comprehensiva de Preparación
CPSP-UPR	Centro de Preparación en Salud Pública - Universidad de Puerto Rico
DHS	"Department of Homeland Security" / Departamento de Seguridad Nacional
DMA 2000	"Disaster Mitigation Act of 2000" / Acta de Mitigación de Desastre del 2000
DSPR	Departamento de Salud de Puerto Rico
ESF	"Emergency Support Function" / Función de Apoyo de Emergencias
FEMA	"Federal Emergency Management Agency" / Agencia Federal para el Manejo de Emergencias
FQHCs	"Federally Qualified Health Centers" / Centros de Salud Federalmente Calificados
HHS	"Health and Human Services" / Departamento de Salud Federal
HICS	"Hospital Incident Command System" / Sistema de Comando de Incidente para Hospitales
HIPPA	"Health Insurance Portability and Accountability Act" / Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos
HRAI	"Hazard Risk Assessment Instrument"
HSEEP	"Homeland Security Exercise and Evaluation Program"
HSPD	"Homeland Security Presidential Directive"
IAP	"Incident Action Plan" / Plan de Acción del Incidente
IC	"Incident Commander" / Comandante del Incidente
ICS	"Incident Command System" / Sistema de Comando de Incidentes
IP	"Improvement Plan" / Plan de mejoras
JOCIP	"Joint Operational Catastrophic Incident Plan"/ Plan Operacional Conjunto para Incidentes Castatróficos
NGOs	"Non-Governmental Organizations" / Organizaciones No Gubernamentales
NIMS	"National Incident Management System" / Sistema Nacional de Manejo de Incidentes
NMEAD	Negociado para el Manejo de Emergencias y Administración de Desastres
NRF	"National Response Framework"

OMS	Organización Mundial de la Salud
OPCRSP	Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública
POE	Plan Operacional de Emergencias
POE-DSPR	Plan Operacional de Emergencias - Departamento de Salud de Puerto Rico
SARAFS	Secretaria Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud
SOPs	"Standard Operating Procedures" / Procedimientos Estándares de Operación
WMD	"Weapon of Mass Destruction" / Arma de destrucción Masiva

ANEJOS

Anejos Funcionales	Descripción del Anejo
Continuidad del Gobierno/ Operaciones (COOP)	Describe las estrategias a implementar para la Continuidad de Operaciones del Departamento de Salud de Puerto Rico ante cualquier emergencia o desastre. El mismo detalla el orden de sucesión y la delegación de autoridad del Cuerpo Ejecutivo, así como las Unidades Operacionales, Divisiones, Programas, Oficinas y Regiones del Departamento.
Comunicación e Interoperabilidad	Describe cómo el Departamento de Salud coordinará comunicaciones con su personal destacado en las regiones, zonas de manejo de emergencias y centros de operaciones de emergencia, además de otras organizaciones relacionadas a la salud durante una emergencia en salud pública.
Aviso	Identifica los mecanismos a utilizar para brindar información al personal de primera respuesta y la ciudadanía en general sobre las etapas de la emergencia en salud pública.
Información Pública de Emergencia	Describe la organización, procedimientos y estrategias operacionales de comunicación de riesgo del Departamento de Salud para una diseminación rápida y efectiva de información pública, con el objetivo salvaguardar la salud y el bienestar de la ciudadanía, antes, durante y luego, de una situación de emergencia.
Cuidado en Masa	Describe las acciones de planificación y respuesta del Departamento de Salud, para asegurar que las víctimas de una emergencia o desastre cuenten con refugios seguros porque cumplan con las medidas de protección que garanticen la salud y el acceso a los servicios de salud básicos.
Vigilancia e Investigación Epidemiológica	Describe los proceso de vigilancia e investigación epidemiológicas, además de los roles y responsabilidades de las agencias antes, durante y después de una epidemia.
Salud Ambiental	Detalla las responsabilidades del Departamento de Salud Ambiental durante una emergencia en salud pública. Entre éstas se encuentra el monitoreo, investigación y control de las amenazas a la salud humana, potenciales o conocidas, así como de origen ambiental incluyendo agua potable, alimentos, disposición de desperdicios sólidos, vectores y salud radiológica. Además, se encarga de todo lo relacionado a medidas de salubridad en las facilidades que estén operando como refugio.

Anejos Funcionales	Descripción del Anejo
Distribución y Dispensación de Contramedidas Médicas	Describe las actividades de coordinación realizadas por el Programa Nacional Estratégico de Medicamentos (SNS, por sus siglas en inglés), para la distribución de las vacunas, medicamentos (Ej. Antivirales, antibióticos etc.) y equipo diagnóstico y de protección personal (PPE), en caso de una emergencia o desastres asociado a amenazas químicas, biológicas, radiológicas, material nuclear o enfermedades infecciosas emergentes.
Respuesta a la Pandemia de Influenza	Establece un marco de referencia para que los sistemas de salud pública, servicios médicos y salud mental trabajen de manera conjunta para reducir la morbilidad, mortalidad y disrupción social y económica asociadas a un brote de influenza pandémica.
Victimas en Masa/ Mortalidad en Masa	Describe las acciones de coordinación y apoyo a realizarse por el DSPR ante un incidente que resulte en víctimas y fatalidades masivas. Estas acciones incluyen la asistencia correspondiente para la reunificación con sus familiares de aquellas víctimas que requieran servicios de salud, así como el apoyo a los familiares para la identificación y reunificación con sus fallecidos en situaciones de desastres en las que las fatalidades podrían exceder las capacidades del Estado por la magnitud del desastre.
Coordinación Multi-Agencial (MAC)	Describe cómo el Departamento de Salud coordinará las agencias y otras organizaciones relacionadas con la salud para responder a las emergencias de salud pública que reúnan una serie de características que incluyen su complejidad, el carácter a largo plazo y la necesidad de recursos externos.
Gastos Operacionales	Describe los procesos a llevar a cabo por el Departamento de Salud para lograr una administración y recopilación de información de todos los recursos y esfuerzos utilizados para manejar y atender una emergencia en salud pública con el fin de llevar el control de los gastos operacionales incurridos durante el proceso de respuesta a la emergencia.
Población con Necesidades Especiales	Provee una guía para incorporar las necesidades de las personas con discapacidades y otras necesidades funcionales y de acceso en los planes de respuesta a emergencias del Departamento de Salud de Puerto Rico.

Anejos por Peligros Específicos	Descripción del Anejo
Tormentas y Huracanes	Describe cómo el Departamento de Salud ejecutará sus responsabilidades ante la ocurrencia de una tormenta/ huracán, así como la coordinación de la solicitud y manejo de la respuesta federal, la recuperación y los esfuerzos de mitigación.
Terremoto y Tsunami	Describe cómo el Departamento de Salud ejecutará sus responsabilidades ante la ocurrencia de un tsunami/ terremoto catastrófico, así como la coordinación de la solicitud y manejo de la respuesta federal, la recuperación y los esfuerzos de mitigación.
Biológicos	Explica la respuesta integrada entre el Departamento de Salud y demás agencias estatales y federales ante una emergencia de salud pública, ya sea accidental o intencional, en la que se sospeche que el origen es un agente biológico.
Químico	Explica la respuesta conjunta entre el Departamento de Salud y demás agencias estatales y federales ante un posible incidente químico, ya sea accidental o intencional, que involucre sustancias químicas peligrosas.
Radiológico	Explica la respuesta integrada entre el Departamento de Salud y demás agencias estatales y federales ante un posible incidente, ya sea accidental o intencional, que involucre radiación y/o sustancias radiactivas.