



**SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN  
COORDINACIÓN GENERAL DE PROTECCIÓN CIVIL**

**CÉDULA CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES PREPARADOS PARA  
ENFRENTAR DESASTRES**

**PROGRAMA HOSPITAL SEGURO**

## CLASIFICACIÓN DE HODPITALES PARA CASOS DE DESASTRE

La medicina de atención prehospitalaria ha tenido grandes avances en los últimos años, a mediados de los 60's, durante la atención prehospitalaria, no se realizaba Triage ó selección prioritaria y no existían las escalas de valoración de la gravedad de los lesionados, por lo que en ese entonces los pacientes eran transportados al hospital más cercano.

Los datos publicados por el Consejo Nacional de Investigación de la Unión Americana en esa época, evidenciaron la necesidad de mejorar la atención prehospitalaria y la creación de centros especializados en trauma. Estudios posteriores, demostraron que la mortalidad disminuyó dramáticamente, cuando los pacientes eran ingresados a estos centros lo que impulso el desarrollo de estas unidades en todo EE.UU. sin embargo, también se evidenció que los costos de operación de estos centros es muy alto, por lo que sólo los pacientes más graves debieron haber sido enviados a estos hospitales.

Durante un desastre la labor realizada en el proceso de salvamento y selección de las víctimas será infructuosa si el paciente que ha sido debidamente clasificado no es transportado al hospital adecuado, el cual no es siempre el más cercano sino aquel que cuenta con la infraestructura física, material y de personal para proporcionar el nivel de cuidados que requiere el paciente. La regla de la **triple "A"**, dice que el paciente "**Adecuado**" deberá ser transportado en el momento y medio "**Adecuado**", al hospital "**Adecuado**".

En la ciudad de México, una de las más pobladas y grandes del mundo con una superficie de 1,500 kms.2 y serios problemas de vialidad, se hace necesario regionalizar la atención médica, determinar el nivel resolutivo de los hospitales de la zona para atender diferentes tipos de lesionados y establecer un sistema de referencia y contrarreferencia, con el objeto de proporcionar una respuesta organizada, oportuna y eficiente durante la atención a un grupo de víctimas.

Para este fin se recomienda aplicar una cédula de evaluación a cada hospital y clasificarlo en base a la regionalización y principalmente a la disponibilidad de recursos físicos, materiales y de personal con los que cuenta. En ella se consideran tres niveles de especialización según el puntaje obtenido.

- a) Hospitales de máxima especialización (80 a 100 puntos) **rojo**.
- b) Hospitales de nivel intermedio (60 a 79 puntos) **amarillo**.
- c) Hospitales de segundo apoyo (50 a 59 puntos) **verde**.

Se han utilizado los colores del código de Triage a fin de que en una forma simple, los pacientes con tarjeta de determinado color, sean canalizados al hospital del color correspondiente.

La clasificación parte de un hospital que cuente con servicios de las especialidades troncales las 24 hrs. del día durante los 365 días del año, con funcionamiento de dos salas de cirugía como mínimo, con el apoyo de radiodiagnóstico, laboratorio, farmacia y cuando menos 50 camas, a un hospital con estas características se le asignan de inicio 50 puntos.

***CÉDULA PARA CLASIFICAR A LOS HOSPITALES PARA  
ATENDER SITUACIONES DE DESASTRE***

<i><b>PARÁMETRO EVALUADO</b></i>	<i><b>ASIGNACIÓN DE PUNTOS</b></i>
<i><b><u>RECURSOS FÍSICOS</u></b></i>	
NÚMERO DE CAMAS	1PTO X C/50 CAMAS MAX. 4 PTS.
SALAS DE CIRUGÍA	4 PTS. X 10 ó MAS 2 PTS. DE 5 A 9 SALAS 1 PTO. DE 3 A 4 SALAS
TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA O RESONANCIA MAGNÉTICA	3 PTS.
ULTRASONIDO	2 PTS.
<i><b><u>SERVICIOS DISPONIBLES:</u></b></i>	
TRAUMA MUSCULOESQUELÉTICO	5 PTS.
QUEMADOS	5 PTS.
NEUROCIRUGÍA	3 PTS.
CIRUGÍA TORÁCICA	3 PTS.
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	3 PTS.
TRAUMA-RAQUIMEDULAR	2 PTS.
<i><b><u>RECURSOS DE PERSONAL:</u></b></i>	
MÉDICOS A. T. L. S.	4 PTS. + DE 10 MÉDICOS 2 PTS. DE 5 A 9 MÉDICOS
C. U. D. (24 Hrs) (COORDINADOR DE URGENCIAS Y DESASTRES)	6 PTS.
<i><b><u>FACILIDADES DE COMUNICACIÓN Y TRANSPORTE:</u></b></i>	
HELIPUERTO	2 PTS.
AMBULANCIA	2 PTS.
RADIOTELEFONÍA	1 PTO.
RADIO COMUNICACIÓN	1 PTO.

PRESENTADO EN LA REUNIÓN INTERNACIONAL DE PREPARATIVOS HOSPITALARIOS  
PARA CASOS DE DESASTRE. CIESS  
Drs. Cruz V. F., Cymet R. J., Méndez S. L. M.

“CÉDULA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD EN DESASTRES”  
INVENTARIO DE RECURSOS DE LA UNIDAD HOSPITALARIA

1. IDENTIFICACIÓN:

1.1. NOMBRE DEL HOSPITAL: \_\_\_\_\_

1.2. NIVEL DE OPERACIÓN:                      2do. NIVEL ☐                      3er. NIVEL ☐

1.3.DOMICILIO: \_\_\_\_\_

1.4. ENTRE QUE CALLES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.5. COLONIA: \_\_\_\_\_ 1.6. CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

1.7. DELEGACIÓN Y/O MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

1.8. ENTIDAD FEDERATIVA: \_\_\_\_\_ 1.9. TEL. DIRECTO. \_\_\_\_\_

1.10. TEL. CONM.: \_\_\_\_\_ 1.11. FAX DE LA UNIDAD: \_\_\_\_\_

1.12. E-MAIL: \_\_\_\_\_

1.13. FRECUENCIA DE RADIO: \_\_\_\_\_

1.14. RADIOTELEFONIA “MATRA”. \_\_\_\_\_

1.15. CLASIFICACIÓN DE L HOSPITAL PARA ATENCIÓN DE PACIENTES:

ROJO ☐                      AMARILLO ☐                      VERDE ☐

2.- PERSONAL Y SERVICIOS DE LA UNIDAD

2.1 CUERPO DIRECTIVO

CARGO	NOMBRE	TELÉFONO	EXT.	TURNO	DIAS
DIRECTOR					
SUBDIRECTOR MÉDICO					
SUBDIRECTOR ADJUNTO					
SUBDIRECTOR ADJUNTO					
SUBDIRECTOR ADJUNTO					
SUBDIRECTOR ADJUNTO					
SUBDIRECTOR ADJUNTO					

2.2. SERVICIOS DE URGENCIAS

JEFE	ENCARG.	NOMBRE	TELÉFONO	EXT.	TURNO	DIAS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

2.3 JEFE DE DIVISION						
ÁREA		NOMBRE	TELÉFONO	EXT.	TURNO	DIAS
2.4 RESPONSABLES DE LOS DIFERENTES DEPARTAMENTOS CLINICOS DEL HOSPITAL POR PISO Y SERVICIO						
SERVICIO	PISO	NOMBRE	TELÉFONO	EXT.	TURNO	DIAS

## 2.4 RESPONSABLES DE LOS DIFERENTES DEPARTAMENTOS CLINICOS DEL HOSPITAL POR PISO Y SERVICIO

[illegible]

3. RECURSOS FISICOS HOSPITALARIOS (CAMAS)

3.1 CENSABLES

3.1.1

TOTAL DE HOSPITALIZACIÓN

PROMEDIO HABITUAL EN % DE OCUPACIÓN

3.1.2

DIVISION CIRUGIA

PROMEDIO HABITUAL EN % DE OCUPACION

3.1.3

DIVISION DE G. OBST.

PROMEDIO HABITUAL EN % DE OCUPACIÓN

3.1.4

DIVISION DE MEDICINA INTERNA

PROMEDIO HABITUAL EN % DE OCUPACIÓN

3.1.5

DIVISION PEDIATRIA

PROMEDIO HABITUAL EN % DE OCUPACIÓN

3.1.6

POSIBILIDAD DE EXPANSION “EXTRAORDINARIA” EN NUMERO DE CAMAS ESTIMADA EN CASOS DE DESASTRE (AREAS ABIERTAS DEL HOSPITAL, PASILLOS, OTROS.)

3.1.7

ASIGNADAS A TRAUMATOLOGIA

PROMEDIO HABITUAL EN % DE OCUPACIÓN

3.1.8

ASIGNADAS A QUEMADOS

PROMEDIO HABITUAL EN % DE OCUPACIÓN

3.1.9

ASIGNADAS A CIRUG. GRAL.

PROMEDIO HABITUAL EN % DE OCUPACIÓN

3.1.10

ASIGNADAS A NEUROLOGIA

PROMEDIO HABITUAL EN % DE OCUPACIÓN

3.2 NO CENSABLES

3.2.1

TOTAL DE CAMAS NO CENSABLES EN EL HOSPITAL

ADULTOS

PEDIATRICOS

3.2.2

SERVICIO DE URGENCIAS Y/O ADMISION CONTINUA

ADULTOS

PEDIATRICOS

3.2.3

MEDICINA CRÍTICA

TOTAL

ADULTOS

PEDIATRICOS

3.2.4

UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS

SI

NÚMERO

3.2.5

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

SI

NÚMERO

3.2.6

UCI POLITRAUMATIZADOS

SI

NÚMERO

3.2.7

UCI QUEMADOS

SI

NÚMERO



4. SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO LOS (365 DIAS DEL AÑO)

					No. POR TURNO			SAB, DOM .Y DIAS FEST.	
					MAT.	VES.	NOC.		
4.1	SALAS DE CIRUGIA AUTORIZADAS	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	No. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	CAMAS DE RECU. POST- QUIR.	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	No. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	SERVICIO DE INHALOTERAPIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	No. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	EQUIPO DE HEMODIALISIS	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	No. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5	LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	No. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6	BANCO DE SANGRE Y SERVICIOS DE TRANSFUSIONES	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	No. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7	SALAS DE RAYOS X	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	No. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8	EQUIPOS DE ULTRASONIDO	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	No. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9	SALA DE TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	No. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10	FARMACIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	No. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ANOTE LAS ESPECIALIDADES MEDICO QUIRURGICAS QUE SE OTORGUEN EN LA UNIDAD

ANGIOLOGÍA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NEFROLOGÍA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CARDIOLOGÍA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NEUMOLOGÍA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NEUROCIRUGÍA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CIRUGÍA GENERAL	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NEUROLOGÍA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CIRUGÍA MAXILO – FACIAL	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	OFTALMOLOGÍA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CIRUGÍA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
MEDICINA CRÍTICA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PEDIATRIA MÉDICA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
MEDICINA INTERNA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PSIQUIATRIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
			UROLOGÍA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**6. PERSONAL AUTORIZADO**

- 6.1 TOTAL DE MÉDICOS EN URGENCIAS
- 6.2 TOTAL DE ENFERMERAS EN URGENCIAS
- 6.3 TOTAL DE MÉDICOS INTENSIVISTAS
- 6.4 TOTAL DE ENFERMERAS INTENSIVISTAS

**7. PERSONAL CALIFICADO CON ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y DESASTRES.**

- 7.1 NÚMERO DE MEDICOS QUE TIENEN ACREDITADO EN CURSO AVANZADO DE APOYO VITAL EN TRAUMA (ATLS)
- 7.2 NÚMERO DE MEDICOS QUE TIENEN ACREDITADO EN CURSO AVANZADO DE APOYO VITAL EN TRAUMA (ATLS)
- 7.3 NÚMERO DE MEDICOS Y PARAMÉDICOS QUE TIENEN ACREDITADOS CURSOS O PREPARATIVOS HOSPITALARIOS PARA CASOS DE DESASTRE

**8. PLAN DE CONTINGENCIA DE LA UNIDAD**

- 8.1 LA UNIDAD CUENTA CON UN PLAN PARA ATENDER:
- DESASTRES INTERNOS (DE LA UNIDAD HOSPITALARIA) SI ☐ NO ☐
- DESASTRES IEXTERNOS (DE LA COMUNIDAD) SI ☐ NO ☐
- 8.2 LA UNIDAD HA REALIZADO SIMULACROS Y/O HA TENIDO EXPERIENCIA DE ATENCIÓN A URGENCIAS O DESASTRES EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES SI ☐ NO ☐

**9. MEDIOS Y FACILIDADES DE TRANSPORTE DISPONIBLE (365 DÍAS DEL AÑO)**

- 9.1 TERAPIA INTENSIVA SI ☐ NO ☐ CANTIDAD
- 9.2 URGENCIAS SI ☐ NO ☐ CANTIDAD
- 9.3 TRASLADOS PROGRAMADOS SI ☐ NO ☐ CANTIDAD
- 9.4 TRANSPORTE COLECTIVO SI ☐ NO ☐
- 9.5 HELIPUERTO SI ☐ NO ☐

10. CUENTA CON MORTUORIO , CON GABETAS REFRIGERANTES SI ☐ NO ☐

11. POR LAS CARACTERÍSTICAS ANTES ENUNCIADAS EL HOSPITAL PUEDE RECIBIR EN CASO DE URGENCIA Y DESASTRE PACIENTES CON INTOXICACIONES, HERIDAS, QUEMADURAS Y CONTUSIONES LEVES A MODERADAS Y ADEMÁS:

	SI	NO		SI	NO
POLITRAUMATIZADOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HERIDAS PENETRANTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRAUMATISMOS RAQUIMEDULARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QUEMADOS CON MAS DEL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INTOXICACIÓN POR INHALACIÓN DE GASES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OTROS: (ESPECIFIQUE)\_\_\_\_\_

PARA USO DEL NIVEL CENTRAL:

CALIFICACION DEL HOSPITAL PARA ATENDER DESASTRES:\_\_\_\_\_

COLOR:\_\_\_\_\_

NIVEL DE OPERACIÓN:\_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD EN:\_\_\_\_\_