

## Manual de Operaciones Estatales

### Apéndice Z – Preparación para Emergencias para todos los Proveedores y Tipos de Suplidores Certificados

#### Guías Interpretativas

#### Tabla de Contenido

#### Trámites para Apéndice Z

§403.748, Condiciones de Participación para Instituciones de Salud Religiosas No Medicas (RNHCIs)

§416.54, Condiciones de Cubierta para Centros de Cirugía Ambulatoria (ASCs)

§418.113, Condiciones de Participación para Hospicios

§441.184, Requisitos para Facilidades de Tratamiento Psiquiátricas Residencial (PRTFs)

§460.84, Requisitos para Programas sobre Todo Incluido para Personas Mayores (PACE)

§482.15, Condiciones de Participación para Hospitales

§482.78, Requisitos para Centros de Trasplante

§483.73, Requisitos para Facilidades de Cuidado Prolongado (LTC)

§483.475, Condiciones de Participación para Facilidades de Cuidado Intermedio para Individuos con Incapacidad Intelectual (ICD/IID)

§484.22, Condiciones de Participación para Agencias de Cuidado en el Hogar (HHAs)

§485.68, Condiciones de Participación para Facilidades Ambulatorias de Rehabilitación Comprensiva (CORFs)

§485.625, Condiciones de Participación para Hospitales de Acceso Critico (CAHs)

§485.727, Condiciones de Participación para Clínicas, Agencias de Rehabilitación, Agencias de Salud Publicas como Proveedores Ambulatorios de Terapia Física y Servicios de Patología del Habla

§485.920, Condiciones de participación para Centros de Salud Mental Comunitarios (CMHCs)

§486.360, Condiciones de Participación para Organizaciones de Obtención de Órganos (OPOs)

§491.12, Condiciones para Certificación para Clínicas de Salud Rurales (RHCs) y Condiciones de Cubierta para Centros de Salud Federalmente Certificados (FQHCs)

§494.62, Condiciones de Cubierta para Facilidades de Diálisis (ESRD)

#### Introducción

Los Programas de Medicare y Medicaid; Regla Final (81 FR 63860, Sept. 16, 2016) sobre Requisitos para Preparación de Emergencias para los Proveedores y Suplidores participantes de los Programas Medicare y Medicaid. Establece los requisitos para preparación de emergencias para proveedores participantes y suplidores certificados para la planificación adecuada para ambos desastres naturales y los causados por el hombre, y la coordinación con los sistemas de preparación de emergencias Federales, Estatales, Tribales, Regionales y Locales. La Regla Final además asiste a los proveedores y suplidores a prepararse adecuadamente para cumplir con las necesidades de los pacientes, clientes, residentes y participantes durante desastres y situaciones de

emergencias, esforzándose por proporcionar requisitos consistentes a través de todo tipo de proveedor y suplidor, con algunas variaciones. La nueva Regla Final sobre Preparación de Emergencias está basada primariamente en las Condiciones de Participación de Preparación de Emergencias de Hospitales como una guía general para los demás proveedores y suplidores, luego ha sido adaptado basado en las diferencias o necesidades únicas de otros proveedores y suplidores (por ejemplo: admitidos vs ambulatorios). Los requisitos han sido enfocados principalmente en tres elementos esenciales para mantener el acceso al cuidado de salud durante los desastres o emergencias: salvaguardar los recursos humanos, mantener la continuidad en el negocio, y proteger los recursos físicos. Las guías interpretativas y los procedimientos de inspección en este apéndice han sido desarrollados para apoyar la adopción de un programa estandarizado de todos los riesgos en la preparación para emergencias para todos los proveedores y suplidores al mismo tiempo que incluye ajustes apropiados para establecer las diferencias de otros proveedores y suplidores y sus pacientes. La adopción exitosa de estos requisitos le permitirán a los proveedores y suplidores independientemente de su ubicación a anticipar y planificar para una respuesta inmediata a las necesidades como facilidad, así como integrar actividades de respuesta con las agencias para el manejo de emergencias y coaliciones de salud para obtener una recuperación rápida luego del desastre.

Debido a que las regulaciones individuales para cada proveedor y suplidor específico comparten unas provisiones estándares, hemos desarrollado este Apéndice Z para proveer guías interpretativas consistentes con los procedimientos de inspección localizados en un solo documento. A menos que de otra manera se especifique, el uso general de términos como “facilidad” o “facilidades” en este Apéndice se refiere a todos los proveedores y suplidores indicados en la Regla Final y en este apéndice. Adicionalmente, el término “paciente(s)” dentro de este apéndice incluye pacientes, residentes y clientes a menos que se especifique. Finalmente, ya que algunas citas específicas entre proveedores varían, pero el idioma es el mismo, hemos insertado la cita para que refleje [(z) o (y), (x)] ya que el único número de cita varía según el tipo de proveedor o suplidor.

### **Protocolo de Inspección**

Las Condiciones de Participación (CoP), Condiciones de Cubierta (CfC), Condiciones para Certificación y Requisitos siguen los protocolos estándares de inspección actuales para cada tipo de facilidad y serán evaluados durante las inspecciones iniciales, revalidaciones, recertificaciones, y evaluaciones de quejas, según apropiado. El cumplimiento con los requisitos de Preparación para Emergencias serán determinados en conjunto con los procesos de salud y cumplimiento de seguridad existentes o inspecciones de LSC (Life Safety Code) para cada tipo de proveedor o suplidor.

Nota Importante: A menos que sea indicado, el uso general del término “facilidad” o “facilidades” en este Apéndice se refiere a todos los proveedores y suplidores indicados en este apéndice. Esto es un apodo genérico que se utiliza en lugar del proveedor o suplidor específico indicado en la regulación. Para requisitos variables, la regulación específica para el proveedor/suplidor así lo indicará. Este apéndice indica bajo la Sección de Guías Interpretativas para cual proveedor o suplidor el estándar específico no aplica, a menos que el estándar aplique solamente a un tipo de proveedor o suplidor.

### **Definiciones**

**Emergencia/Desastre:** Un evento que puede afectar a la facilidad internamente así como toda la población que sirve o comunidad en general o área geográfica.

**Emergencia:** Un peligroso impacto que causa efectos adversos físicos, sociales, psicológicos, económicos o políticos que retan la habilidad de responder rápida y efectivamente. Requiere una mayor capacidad (procedimientos para devolución de llamadas, ayuda mutua, etc.) para cumplir con los resultados esperados y comúnmente requiere cambios en los métodos para el manejo rutinario de un incidente para poder lograr el resultado esperado (ver “desastre” para un contraste importante entre ambos términos).

*Referencia:* Secretaria Asistente para Preparación y Respuesta (ASPR) 2017-2022 *Documento sobre Capacidad de Respuesta y Preparación del Cuidado de Salud (ICDRM/GWU Glosario de Términos para el Manejo de Emergencia)* (Noviembre 2016).

**Desastre:** Un peligroso impacto que causa efectos adversos físicos, sociales, psicológicos, económicos o políticos que retan la habilidad de responder rápida y efectivamente. Independientemente de la capacidad (procedimientos para devolución de llamadas, ayuda mutua, etc.) y cambiar el manejo de los métodos rutinarios por el manejo o comando de procesos de incidentes, el resultado es menor que los esperado comparado con una escala menor o una magnitud menor. (Ver “emergencia” para un contraste importante entre ambos términos).

*Referencia:* Secretaria Asistente para Preparación y Respuesta (ASPR) 2017-2022 *Documento sobre Capacidad de Respuesta y Preparación del Cuidado de Salud (ICDRM/GWU Glosario de Términos para el Manejo de Emergencia)* (Noviembre 2016).

Programa de Preparación para Emergencias: El Programa de Preparación para Emergencias describe el enfoque comprensivo de una facilidad para cumplir con las necesidades de salud, seguridad y protección de la facilidad, su personal, la población de pacientes y la comunidad antes, durante y luego de una emergencia o desastre. El programa incluye cuatro elementos bases: Un Plan de Emergencia que es basado en Estimado de Riesgo e incorpora un enfoque en los peligros; Políticas y Procedimientos; Plan de Comunicación; y un Programa de Adiestramiento y Pruebas.

**Plan de Emergencia:** Un plan de emergencia provee el marco de referencia para el programa de preparación para emergencias. El plan de emergencia es desarrollado basado en estimados de riesgos de la facilidad y comunidad que ayuden a la facilidad en anticipar y establecer las necesidades de la facilidad, los pacientes, su comunidad y apoyar la continuidad en las operaciones del negocio.

**Enfoque de Todo Riesgo:** Un Enfoque de Todo Riesgo es una parte integral para la preparación de emergencias que se enfoca en identificar los riesgos y desarrollar la capacidad para la preparación de la emergencia así como un gran espectro de emergencias o desastres. Este enfoque incluye la preparación para emergencias naturales, aquellas provocadas por el hombre o emergencias de la facilidad que pudiera incluir pero no se limita a: emergencias relacionadas al cuidado, fallas en los equipos y generadores; interrupciones en las comunicaciones, incluyendo ataques cibernéticos; pérdida de una porción o de toda la facilidad; e interrupciones en los suplidos normales o esenciales como el agua o alimentos. Todas las facilidades deben desarrollar un programa y un plan para el manejo de emergencias enfocado en los Riesgos.

**Basado en Facilidad:** Consideramos el término “Basado en Facilidad” para definir que el programa de Preparación para Emergencias es específico para la facilidad. Incluye pero no se limita a los riesgos específicos de la facilidad basados en su ubicación geográfica; población dependiente (pacientes/residentes/clientes) y su comunidad; el tipo de facilidad y los activos potenciales que rodean la facilidad –como por ejemplo: área rural versus área metropolitana.

**Estimado de Riesgo:** El termino Estimado de Riesgo describe el proceso que las facilidades utilizan para estimar y documentar los riesgos potenciales que pudieran impactar la región geográfica, comunidad, facilidad, pacientes e identificar las brechas y retos que deben considerarse y desarrollar un programa de Preparación para

Emergencias. El término Estimado de Riesgo pretende ser integral y puede incluir una variedad de métodos para evaluar y documentar los peligros potenciales y sus impactos. La Industria de la Salud además se refiere al Estimado de Riesgo como una Evaluación o Análisis de la Vulnerabilidad al Riesgo (HVA en inglés) como un tipo de evaluación de riesgo comúnmente utilizado en la industria de la salud.

**Ejercicio a Grande Escala:** Es un ejercicio que realiza la facilidad a nivel de su operación que típicamente incluye múltiples agencias, jurisdicciones y disciplinas que realizan elementos integrales y funcionales involucrados en la respuesta a un evento de desastre, por ejemplo actividades de respuesta “Soldados sobre el Terreno” (por ejemplo, el personal del hospital tratando pacientes a través de un simulacro).

**Ejercicio de Simulación (TTX):** Involucra la discusión de escenarios simulados en un escenario informal por personal clave. TTXs pueden ser utilizados para evaluar planes, políticas y procedimientos. Es un ejercicio de discusión con personal expertos, elegido u oficiales citados y otro personal clave para la discusión del grupo centrada en un escenario hipotético. TTXs pueden ser utilizados para evaluar planes, políticas y procedimientos sin implementar recursos.

**Personal:** El término “personal” se refiere a todos los individuos que son empleados directamente por la facilidad. La frase “individuos proveyendo servicios bajo arreglo” significa servicios realizados bajo arreglos que están sujetos a un contrato escrito conforme a los requisitos especificados en esta sección 1861(w) de la Ley.

E-001

(Emitido XX-XX-17)

§403.748, §416.54, §418.113, §441.184, §460.84, §482.15, §483.73, §483.475, §484.22, §485.68, §485.625, §485.727, §485.920, §486.360, §491.12

La [facilidad, excepto Centros de Trasplante] deben cumplir con todos los requisitos Federales, Estatales y Locales aplicables a la preparación para emergencias. La [facilidad] debe establecer y mantener un programa [comprensivo] de preparación para emergencias que cumpla con los requisitos en esta sección. \*El programa de preparación para emergencias debe incluir, pero no limitarse a los siguientes elementos:

*\*(A menos que de otra manera se especifique, el uso general del término “facilidad” o “facilidades” en este Apéndice se refiere a todos los proveedores y suplidores indicados en el Apéndice. Esto es un término genérico utilizado en vez del proveedor o suplidor específico indicado en la regulación. Para los requisitos variables, la regulación específica el proveedor/suplidor al que se refiere).*

**\*[Para hospitales en §482.15:] El hospital debe cumplir con todos los requisitos de preparación para emergencias Federales, Estatales y Locales. El hospital debe desarrollar y mantener un programa comprensivo de preparación para emergencias que cumpla con los requisitos en esta sección, utilizando un enfoque hacia todos los peligros. El programa de preparación para emergencias debe incluir, pero no limitarse a los siguientes elementos:**

**\*[Para CAHs en §485.625:] El Hospital de Acceso Critico (CAH) debe cumplir con todos los requisitos aplicables Federales, Estatales y Locales. El CAH debe desarrollar y mantener un programa comprensivo de preparación para emergencias utilizando un enfoque hacia todos los peligros. El programa de preparación para emergencias debe incluir, pero no limitarse a los siguientes elementos:**

**Las Guías Interpretativas aplican a: §403.748, §416.54, §418.113, §441.184, §460.84, §482.15, §483.73, §483.475, §484.22, §485.68, §485.625, §485.727, §485.920, §486.360, §491.12.**

## **Nota: Esto no aplica a Centros de Trasplante**

## **Nota: La palabra comprensivo no es utilizada en el lenguaje para los ASCs (Centros de Cirugía Ambulatoria)**

Bajo esta condición, es un requisito para las facilidades que desarrollen un programa de preparación para emergencias que cumpla con todos los estándares indicados dentro de la condición/requisito. El programa de preparación para emergencias debe describir el enfoque comprensivo de la facilidad para cumplir con las necesidades de salud, seguridad y protección de su personal y la población de pacientes durante una situación de emergencia o desastre. El programa también debe establecer como la facilidad puede coordinar con otras facilidades de salud, así como con la comunidad completa durante una emergencia o desastre (natura, o causado por el hombre, facilidad). El programa debe ser revisado anualmente.

Un enfoque comprensivo para cumplir con las necesidades de salud y seguridad de la población de pacientes debe abarcar los elementos de planificación de preparación para emergencias enfocados en la definición de todos los riesgos y que sea específico a la ubicación de la facilidad. Por ejemplo, una facilidad en una alta zona inundable o región de tornado, deben incluir estos elementos en sus planes para poder cumplir con las necesidades de salud, seguridad y protección de su personal y la población de pacientes. En adición, si la población de pacientes tiene una movilidad limitada, las facilidades deben establecer un enfoque para hacer frente a estos desafíos durante los eventos de emergencia. El término “comprensivo” en este requisito es para asegurar que las facilidades no solamente escogen una emergencia potencial que pudiera ocurrir en el área, sino más bien considerar una multitud de eventos y estar disponibles para demostrar que han sido considerados durante el desarrollo de los planes de preparación para emergencia.

### **Procedimientos de Inspección**

- Entrevistar al liderato de la facilidad y preguntarle que describa el programa de preparación para emergencias de la facilidad.
- Preguntar por las políticas y documentación escritas del programa de reparación para emergencias.
- Para hospitales y CAHs solamente: Verificar si el programa del hospital y CAH fue desarrollado basado tomando en consideración el enfoque de todo riesgo preguntándole al liderato que describa la manera en que la facilidad utiliza este enfoque al desarrollar su programa.

### **E-0002**

**(Emitido XX-XX17)**

**§482.78 Condición de Participación: Preparación para emergencias para los centros de trasplante. Un centro de trasplante debe ser incluido en la planificación del programa de preparación para emergencia según indicado en § 482.15 para la ubicación del hospital. Sin embargo, un centro de trasplante no es individualmente responsable por los requisitos de preparación para emergencia según lo establece § 482.15.**

### **Guías Interpretativas para §482.78.**

Un representante de cada centro de trasplante debe involucrarse activamente en el desarrollo y mantenimiento del programa de preparación para emergencias del hospital según lo requiere §482.15(g)(1).

Aun es requerido que los centros de trasplante tengan sus políticas y procedimientos de preparación para emergencia según requerido en §482.78(a), así como participar mutuamente en protocolos que establezcan las tareas y responsabilidades del centro de trasplante, hospital y OPO durante una emergencia.

## Procedimientos de Inspección

- Verificar que un representante del centro de trasplante ha sido incluido en la planificación del programa de preparación para emergencias del hospital donde el centro de trasplante está localizado.

E-003

(Emitido XX-XX-17)

§494.62 Condición de Cubierta: La facilidad de diálisis debe cumplir con todas las leyes Federales, Estatales y Locales aplicables para el requisito de preparación para emergencias. Estas emergencias incluye, pero no se limitan a, fuego, fallas en equipos o generadores, emergencias relacionadas al cuidado, interrupción en el sistema pluvial, y desastres naturales que pudieran ocurrir en el área geográfica de la facilidad.

La facilidad de diálisis debe establecer y mantener un programa de preparación para emergencias que cumpla con los requisitos de esta sección. El programa de preparación para emergencias debe incluir, pero no se limita a los siguientes elementos:

### Guías Interpretativas para §494.62

Para esta condición, se requiere a la facilidad de diálisis que desarrolle y actualice su programa de preparación para emergencias para que cumpla con todos los estándares contenidos en la condición de participación. El programa de preparación para emergencias debe describir el enfoque comprensivo de la facilidad para cumplir con las necesidades de salud y seguridad de sus pacientes durante la emergencia; así como de toda la comunidad durante y mientras dure el evento de emergencia (natural o provocado por el hombre).

## Procedimientos de Inspección

- Pregunte para ver documentación del programa ya sea de forma escrita o electrónica

E-0004

(Emitido XX-XX-17)

§403.748(a), §416.54(a), §418.113(a), §441.184(a), §460.84(a), §482.15(a), §483.73(a), §483.475(a), §484.22(a), §485.68(a), §485.625(a), §485.727(a), §485.920(a), §486.360(a), §491.12(a), §494.62(a).

**La [facilidad] debe cumplir con todas las leyes de emergencia Federales, Estatales y Locales aplicables de preparación para emergencia. La [facilidad] debe desarrollar, establecer y mantener un programa comprensivo de preparación para emergencias que cumpla con los requisitos de esta sección.**

**\*[Para hospitales según §482.15 y CAHs §482.625(a):] El [hospital o CAH] debe cumplir con todos los requisitos de ley Federal, Estatal y Local de preparación para emergencias. El [hospital o CAH] debe desarrollar y mantener un programa comprensivo de preparación para emergencias que cumpla con los requisitos de esta sección, utilizando el enfoque de todo riesgo.**

**El programa de preparación para emergencias debe incluir, pero no limitarse a los siguientes elementos:**

- (a) Plan de Emergencia. La [facilidad] debe desarrollar y mantener un plan de preparación para emergencias que debe ser [revisado], y actualizado por lo menos anualmente. El plan debe contener lo siguiente:**

**\*[Para Facilidades de Diálisis (ESRD) según §494.62(a):] Plan de Emergencia. La facilidad de Diálisis debe desarrollar y mantener un plan de preparación para emergencias que debe ser [evaluado], y actualizado por lo menos anualmente.**

**Guías Interpretativas que aplican a: §403.748(a), §416.54(a), §418.113(a), §441.184(a), §460.84(a), §482.15(a), §483.73(a), §483.475(a), §484.22(a), §485.68(a), §485.625(a), §485.727(a), §485.920(a), §486.360(a), §491.12(a), §494.62(a).**

### **Nota: Esto no aplica a Centros de Trasplante**

Es requisito para las facilidades que desarrollen y mantengan un plan de preparación para emergencias. El plan debe incluir todos los elementos requeridos bajo el estándar. El plan debe ser desarrollado y actualizado por lo menos anualmente. La revisión anual debe ser documentada para que incluya la fecha de la revisión y cualquier actualización realizada al plan basado en la revisión. La facilidad utilizará su discreción para el formato a utilizar para el plan de preparación para emergencias.

El plan de emergencia es una parte del programa de preparación para emergencias de la facilidad. El plan provee el marco de referencia, que incluye realizar estimados de riesgo de la facilidad y la comunidad que ayuden a la facilidad en identificar las necesidades de sus pacientes, así como identificar la continuidad en las operaciones para proveer apoyo durante una emergencia actual. En adición, el plan de emergencia apoya, guía y asegura la habilidad de la facilidad para colaborar con los oficiales locales de preparación para emergencia. Este enfoque es específico a la ubicación de la facilidad y considera los riesgos particulares que pudieran ocurrir en las áreas circundantes. Esto incluye, pero no se limita a:

- Desastres naturales
- Desastres causados por el hombre
- Desastres causados por la facilidad que incluye pero no se limita a:
  - Emergencias relacionadas al cuidado
  - Fallas en equipos y utilidades, incluyendo pero no limitándose a la electricidad, agua, gas, etc.;
  - Interrupciones en la comunicación, incluyendo ciber-ataques;
  - Pérdida de toda o porción de la facilidad; e
  - Interrupciones a los suplidos normales de recursos esenciales, como el agua, alimento, gasolina (calentar, cocinar y generadores), y en algunos casos, medicamentos y suplidos médicos (incluyendo gases médicos, si aplica).

Cuando se evalúen interrupciones potenciales al suministro normal de los servicios esenciales, la facilidad debe considerar la duración de dichas interrupciones. Los arreglos o contratos realizados para re-establecer los servicios y utilidades esenciales durante una emergencia deben describir el tiempo en que se le requerirá al contratista iniciar los servicios luego de comenzada la emergencia, como serán adquiridos y entregados en el área local de la facilidad, y que el contratista continúe suministrando los artículos esenciales a través y hasta el final de la emergencia de duración variable.

### **Procedimientos de Inspección**

- Verificar que la facilidad tiene un plan de preparación de emergencias preguntando por ver una copia del plan.
- Preguntarle al liderazgo que identifique los peligros (por ejemplo: naturales, provocados por el hombre, facilidad, geografía, etc.) que fueron identificados en el estimado de riesgo de la facilidad y como se realizó el estimado de riesgo.

- Revisar el plan para confirmar que contiene todos los elementos requeridos.
- Verificar que el plan es revisado y actualizado anualmente verificando por documentación de las fechas de revisión y actualizaciones realizadas al plan basado en la revisión del mismo.

## **E-0005**

**(Emitido XX-XX-17)**

**Estándar §482.78(a): Políticas y Procedimientos. Un centro de trasplante debe tener políticas y procedimientos que dirijan la preparación para emergencias. Estas políticas y procedimientos deben estar incluidas en el programa de preparación para emergencias del Hospital.**

**Guías Interpretativas para §482.78(a).**

Los centros de trasplante deben involucrarse activamente en la planificación y programación de emergencia de sus hospitales según §482.15(g). Los planes de preparación para emergencia de los centros de trasplante deben ser incluidos en los planes de emergencia del hospital. Todos los centros de trasplante aprobados por Medicare están localizados dentro de los hospitales certificados y como parte del hospital, deben ser incluidos en los planes de preparación para emergencia del hospital implicado. El centro de trasplante necesita involucrarse en el estimado de riesgo del hospital debido a que existen riesgos en el centro de trasplante que otros en el hospital pudieran no estar conscientes o conocerlos. Sin embargo, muchos de los estimados de riesgo del hospital y de los centros de trasplante serán los mismos ya que el centro de trasplante está localizado dentro del hospital. Por lo tanto, un estimado de riesgo sería innecesario y demasiado gravoso.

### **Procedimiento de Inspección**

- Verificar que el centro de trasplante tiene políticas y procedimientos de preparación para emergencias.
- Verificar que las políticas y procedimientos de preparación para emergencias son incluidas en el programa de preparación para emergencias del hospital.

## **E-006**

**(Emitido XX-XX-17)**

**§403.748(a)(1)-(2), §416.54(a)(1)-(2), §418.113(a)(1)-(2), §441.184(a)(1)-(2), §460.84(a)(1)-(2), §482.15(a)(1)-(2), §483.73(a)(1)-(2), §483.475(a)(1)-(2), §484.22(a)(1)-(2), §485.68(a)(1)-(2), §485.625(a)(1)-(2), §485.727(a)(1)-(2), §485.920(a)(1)-(2), §486.360(a)(1)-(2), §491.12(a)(1)-(2), §494.62(a)(1)-(2)**

**[(a) Plan de Emergencia. La [facilidad] debe desarrollar y mantener un plan de preparación para emergencias que debe ser revisado y actualizado por lo menos anualmente. El plan deberá contener lo siguiente:]**

**(1) Incluir un estimado de riesgo basado en la comunidad, utilizando un enfoque de todo-riesgo.\***

**\*[Para facilidades LTC según §483.73(a)(1):] (1) Incluir un estimado documentado, basado en la facilidad y comunidad, utilizando un enfoque de todo riesgo, incluyendo residentes desaparecidos.**

**\*[Para ICF/IIDs según §483.475(a)(1):] (1) Incluir un estimado de riesgo documentado basado en la facilidad y comunidad, utilizando un enfoque de todo riesgo, incluyendo clientes desaparecidos.**

**(2) Incluir estrategias para identificar los eventos de emergencia establecidos en el estimado de riesgo.**

\*[Para Hospicios según §418.113(a)(2):] **(2) incluir estrategias para identificar eventos de emergencia establecidos en el estimado de riesgo, incluyendo el manejo de las consecuencias por la falla de energía, desastres naturales, y otras emergencias que pudieran afectar la habilidad del hospital para proveer cuidado.**

**Guías Interpretativas aplican a: §403.748(a)(1)-(2), §416.54(a)(1)-(2), §418.113(a)(1)-(2), §441.184(a)(1)-(2), §460.84(a)(1)-(2), §482.15(a)(1)-(2), §483.73(a)(1)-(2), §483.475(a)(1)-(2), §484.22(a)(1)-(2), §485.68(a)(1)-(2), §485.625(a)(1)-(2), §485.727(a)(1)-(2), §485.920(a)(1)-(2), §491.12(a)(1)-(2), §494.62(a)(1)-(2).**

**Nota: Esto no aplica a Centros de Trasplante.**

Se espera que las facilidades desarrollen un plan de preparación para emergencias que incluya estimado de riesgo basado en la facilidad y la comunidad utilizando el enfoque de todo riesgo. Las facilidades deben documentar ambos estimados de riesgo. Un ejemplo a considerar puede ser, pero no limitado a, desastres naturales prevalente en la región geográfica donde la facilidad está localizada como fuegos forestales, tornados, inundaciones, etc. Un enfoque de todo-riesgo es un enfoque integral para la planificación de preparación para emergencias que se enfoca en las capacidades y habilidades que son críticas para preparar un espectro completo de emergencias o desastres. Este enfoque es específico a la ubicación de la facilidad considerando los tipos de peligros que pudieran ocurrir en el área. Por lo tanto, es muy probable que la planificación no considere cada posible amenaza o riesgo pero asegura que la facilidad tenga la capacidad de implementar una amplia gama de emergencias relacionadas. Se alienta a las facilidades a utilizar los conceptos delineados en el Sistema Nacional de Preparación, publicado por FEMA así como la guía provista por la AHRQ.

El término “Comunidad” no se define para que las facilidades tengan la flexibilidad de decidir cuales facilidades de salud y agencias serán consideradas ser parte de la comunidad para propósitos de planificación de la emergencia. Sin embargo, el término pudiera incluir las entidades dentro del estado o la región. La meta de esta provisión es asegurar que los proveedores de salud colaboran con otras entidades dentro de una comunidad específica para promover una respuesta integrada. Conducir una planificación integrada con el estado y entidades locales puede identificar brechas potenciales a nivel estatal o local que pudieran ser identificadas de antemano en una emergencia.

Las facilidades pudieran descansar en un estimado de riesgo basado en comunidad que haya sido desarrollado por otras entidades, como por ejemplo, agencias de salud pública, agencias para el manejo de emergencias, coaliciones de cuidado de salud regionales o en conjunto con el desarrollo de un propio estimado basado en facilidad. Si este enfoque es utilizado, se espera que las facilidades tengan una copia del estimado de riesgo basado en comunidad y que trabajen con la entidad que lo desarrolló para asegurar que está alineado con el plan de emergencia de la facilidad.

Cuando desarrollen un plan de preparación para emergencias, se espera que las facilidades consideren, entre otros aspectos, lo siguiente:

- Identificación de todas las funciones del negocio que son esenciales para la operación de la facilidad y que deben continuar durante una emergencia;
- Identificación de todos los riesgos o emergencias que la facilidad razonablemente espera confrontar;
- Identificación de todas las contingencias para las cuales la facilidad debe planificar;
- Consideraciones de la ubicación de la facilidad;
- Evaluación de la medida en que las emergencias naturales o provocadas por el hombre pueden causar que la instalación cese o limite las operaciones; y

- Determinación de cuales arreglos son necesarios llevar a cabo con otras facilidades de salud, u otras entidades que pudieran necesitar para asegurar que los servicios esenciales pueden ser provistos durante una emergencia.

En situaciones donde la facilidad no sea dueño de la estructura donde el cuidado es provisto, es responsabilidad de la facilidad discutir las preocupaciones de la emergencia con el propietario para asegurarse de la continuidad del cuidado en caso de que la estructura del edificio y sus utilidades sean impactadas.

Para las facilidades de LTC y las ICF/IIDs, son requeridos planes y procedimientos escritos para incluir residentes y clientes perdidos, respectivamente, dentro de sus planes de emergencia.

Las facilidades deben desarrollar estrategias para identificar eventos de emergencia que puedan ser identificados durante el desarrollo de los estimados de riesgo desarrollados a base de la facilidad y comunidad. Ejemplo de estas estrategias pueden incluir, pero no se limitan a, desarrollo de estrategia de patrón de personal si la escasez se identificó durante la evaluación de riesgos o el desarrollo de una estrategia de capacidad de respuesta si la facilidad ha identificado que probablemente se le solicitará que acepte pacientes durante una emergencia. Las facilidades podrán considerar planes de evacuación. Por ejemplo, una facilidad en una grande ciudad metropolitana pudiera planificar utilizar el apoyo de otras facilidades comunitarias como un lugar alternativo de cuidado para sus pacientes si la facilidad necesita ser evacuada. También se espera que la facilidad tenga un plan de evacuación de respaldo para las instancias en las que las facilidades cercanas también se vean afectadas por la emergencia y no puedan recibir pacientes.

Los Hospicios pueden incluir contingencias para manejar las consecuencias relacionadas con la falta de energía, desastres naturales, y otras emergencias que pudieran afectar la habilidad del hospicio para proveer cuidado.

### **Procedimientos de Inspección**

- Pregunte por documentación escrita de los estimados de riesgo de la facilidad y estrategias asociadas.
- Entreviste el liderato de la facilidad y pregunte cuales riesgos (i.e. naturales, provocados por el hombre, facilidad, geográficos) fueron incluidos en el estimado de riesgo de la facilidad, porque fueron incluidos y como fue conducido el estimado de riesgo.
- Verificar que el estimado de riesgo es basado en el enfoque de todo riesgo específico a la ubicación geográfica de la facilidad y que abarque los peligros potenciales.

### **E-007**

**(Emitido XX-XX-17)**

**§403.748(a)(3), §416.54(a)(3), §418.113(a)(3), §441.184(a)(3), §460.84(a)(3), §482.15(a)(3), §483.73(a)(3), §483.475(a)(3), §484.22(a)(3), §485.68(a)(3), §485.625(a)(3), §485.727(a)(3), §485.920(a)(3), §491.12(a)(3), §494.62(a)(3).**

**[(a) Plan de Emergencia. La (facilidad) debe desarrollar y mantener un plan de preparación para emergencias que debe ser revisado y actualizado por lo menos anualmente. El plan debe incluir lo siguiente:]**

**(3) Incluir las poblaciones de pacientes/clientes, incluyendo, pero no limitándose a, personas a riesgo; los tipos de servicio que la [facilidad] tenga la habilidad de proveer en una emergencia; y la continuidad de operaciones, incluyendo delegación de autoridad y planes de sucesión.\*\***

**\*Nota:** [*“Personas a riesgo” no aplica a: ASC, Hospicios, PACE, HHA, CORF, CMCH, RHC/FQHC, facilidades de ESRD.*]

**Las Guías Interpretativas aplican a:** §403.748(a)(3), §416.54(a)(3), §418.113(a)(3), §441.184(a)(3), §460.84(a)(3), §482.15(a)(3), §483.73(a)(3), §483.475(a)(3), §484.22(a)(3), §485.68(a)(3), §485.625(a)(3), §485.727(a)(3), §485.920(a)(3), §491.12(a)(3), §494.62(a)(3).

**Nota:** Esto no aplica a Centros de Trasplante y OPOs.

El plan de emergencia debe especificar la población servida dentro de la facilidad, como los pacientes admitidos y/o ambulatorios, y sus vulnerabilidades únicas en el evento de una emergencia o desastre. El plan de emergencia de la facilidad debe incluir las personas a riesgo, excepto por planes de ASC, Hospicios, Organizaciones de PACE, HHAs, CORFs, CMHCs, RHCs/FQHCs y facilidades de Diálisis. Según definido por la Ley de Preparación de Todo-Riesgo y Pandemia (PAHPA, en inglés) de 2006, los miembros de una población a riesgo pudieran tener necesidades adicionales en uno o más de las siguientes áreas funcionales: mantener independencia, comunicación, transportación, supervisión, y cuidado médico. En adición a aquellos individuos especialmente reconocidos como que están a riesgo en la PAHPA (niños, adultos mayores, y mujeres embarazadas), “poblaciones a riesgo” son también individuos que necesitan asistencia adicional incluyendo aquellos con discapacidades, los que viven en entornos institucionalizados, son de diversas culturas y tienen antecedentes raciales y étnicos, tienen limitaciones en el Inglés, falta de transportación, tienen desórdenes mentales crónicos, o dependencia farmacológica. Poblaciones a riesgo pudiera además incluir, pero no limitarse a, viejos, personas en hospitales y hogares enfermería especializada, personas con discapacidades físicas y mentales así como otros con necesidades funcionales y de acceso, infantes y niños.

La movilidad es un aspecto importante en un desalojo efectivo y a tiempo, por lo tanto se espera que las facilidades planifiquen apropiadamente en rastrear los pacientes que requieren asistencia adicional, aseguren que los medios para transporte estén accesibles y disponibles y que aquellos involucrados en el transporte, así como los pacientes y residentes estén alerta de los procedimientos de desalojo. Para facilidades ambulatoria, como las Agencias de Salud en el Hogar (HHAs, en inglés) el plan de emergencia requiere asegurar que los pacientes con movilidad limitada estén considerados dentro del plan.

El plan de emergencia debe establecer los tipos de servicios que la facilidad puede proveer durante la emergencia. El plan de emergencia debe identificar el personal que asumirá los roles específicos en ausencia de otro personal a través de planes de sucesión y delegación de autoridad. La planificación de sucesión es un proceso para identificar y desarrollar internamente personas que puedan asumir estos roles según están disponibles. Durante tiempos de emergencia, las facilidades deben tener empleados que sean capaces de asumir varios roles críticos en el evento que el personal actual y el liderato no esté disponible. Como mínimo, debe haber una persona cualificada quien “es autorizada por escrito de actuar en ausencia del administrador o la persona legalmente responsable por las operaciones de la facilidad”.

En adición al estimado de riesgo basado en la facilidad y comunidad, la planificación de la continuidad en las operaciones generalmente considera los elementos como: personal esencial, funciones esenciales, recursos críticos, expedientes vitales y la protección de data electrónica, identificación de ubicación de la facilidad alterna, y los recursos financieros. Se recomienda que las facilidades se refieran y utilicen los recursos de agencias como FEMA y ASPR cuando desarrollen sus estrategias para asegurar la continuidad de sus operaciones.

### **Procedimientos de Inspección**

Entrevistar al liderato y preguntar que describa lo siguiente:

- La población de pacientes de la facilidad que está sujeta a riesgo durante la emergencia;
- Estrategias que la facilidad (con excepción de ASC, Hospicio, organizaciones PACE, HHA, CORF, CMHC, RHC/FQHC y facilidades de Diálisis) ha puesto en vigor para identificar las necesidades de los pacientes vulnerables y a riesgo;
- Los servicios que la facilidad puede proveer durante la emergencia;
- La forma en que la facilidad planifica continuar operaciones durante la emergencia;
- Delegación de autoridad y planes de sucesión.

Verificar que todo lo anterior este incluido y escrito en el plan de emergencia.

## **E-0008**

**(Emitido XX-XX-17)**

### **§486.360(a)(3) Condición de Participación:**

**[(a) Plan de Emergencia. El OPO debe desarrollar y mantener un plan de preparación para emergencias que debe ser revisado y actualizado por lo menos anualmente. El plan debe incluir lo siguiente:]**

**(3) Identificar los tipos de hospitales con los cuales el OPO tiene arreglos contractuales; el tipo de servicio que el OPO tiene la capacidad de proveer en una emergencia; y la continuidad de las operaciones, incluyendo la delegación de autoridad y planes de sucesión.**

### **Guías Interpretativas para §486.360(a)(3).**

El plan de emergencia debe identificar el tipo de hospital con el cual el OPO tiene contrato y los tipos de servicios que el OPO puede proveer en una emergencia. El plan de emergencia también debe identificar el personal que va a asumir los roles específicos en ausencia de otro personal a través de los planes de sucesión y la delegación de autoridad. La planificación de sucesión es un proceso para identificar y desarrollar internamente personas que puedan asumir estos roles según están disponibles. Durante tiempos de emergencia, las facilidades deben tener empleados que sean capaces de asumir varios roles críticos en el evento que el personal actual y el liderato no esté disponible. Como mínimo, debe haber una persona calificada quien “es autorizada por escrito de actuar en ausencia del administrador o la persona legalmente responsable por las operaciones de la facilidad”.

En adición al estimado de riesgo basado en la facilidad y comunidad, la planificación de la continuidad en las operaciones generalmente considera los elementos como: personal esencial, funciones esenciales, recursos críticos, expedientes vitales y la protección de data electrónica, identificación de ubicación de la facilidad alterna, y los recursos financieros. Se recomienda que las facilidades se refieran y utilicen los recursos de agencias como FEMA y ASPR cuando desarrollen sus estrategias para asegurar la continuidad de sus operaciones.

### **Procedimiento de Inspección**

Entrevistar al liderato y preguntar que describa lo siguiente:

- Los servicios que el OPO proveerá durante una emergencia;
- La forma en que el OPO planifica continuar operaciones durante una emergencia;
- Delegación de autoridad y planes de sucesión;
- La forma en que el OPO ha incluido/identificado todos los hospitales con los cuales tiene arreglos contractuales en su plan de emergencia.

Verificar que todo lo anterior este incluido y escrito en el plan de emergencia.

## **E-0009**

**(Emitido XX-XX-17)**

**§403.748(a)(4), §416.54(a)(4), §418.113(a)(4), §441.184(a)(4), §460.84(a)(4), §482.15(a)(4), §483.73(a)(4), §483.475(a)(4), §484.22(a)(4), §485.68(a)(4), §485.625(a)(4), §485.727(a)(5), §485.920(a)(4), §486.360(a)(4), §491.12(a)(4), §494.62(a)(4)**

**[(a) Plan de Emergencia. La [facilidad] debe desarrollar y mantener un plan de preparación para emergencias que sea revisado y actualizado por lo menos anualmente. El plan incluirá lo siguiente:]**

**(4) Incluir los esfuerzos de cooperación y colaboración con oficiales de preparación para emergencias locales, tribales, regionales, estatales y federales para mantener una respuesta integrada durante un desastre o situación de emergencia, incluyendo la documentación de los esfuerzos de la facilidad para contactar dichos oficiales y cuando aplique, de su participación en los esfuerzos de planificación colaborativos y cooperativos.\*\***

**\*[Para facilidades de Diálisis solamente según §494.62(a)(4)]: (4) Incluye un proceso para la cooperación y colaboración con oficiales de preparación para emergencias locales, tribales, regionales, estatales y federales para mantener una respuesta integrada durante un desastre o situación de emergencia, incluyendo documentación de los esfuerzos de la unidad de diálisis para contactar dichos oficiales y cuando aplique, de su participación en la planificación de los esfuerzos colaborativos y cooperativos. La unidad de diálisis debe contactar la agencia local de preparación para emergencias por lo menos anualmente para confirmar que la agencia conoce de las necesidades de las unidades de diálisis en el evento de una emergencia.**

**Guías Interpretativas aplican a: §403.748(a)(4), §416.54(a)(4), §418.113(a)(4), §441.184(a)(4), §460.84(a)(4), §482.15(a)(4), §483.73(a)(4), §483.475(a)(4), §484.22(a)(4), §485.68(a)(4), §485.625(a)(4), §485.727(a)(5), §485.920(a)(4), §486.360(a)(4), §491.12(a)(4), §494.62(a)(4).**

**Nota: Esto no aplica a Centros de Trasplante.**

Mientras que la responsabilidad de asegurar una respuesta de preparación de desastres coordinada descansa en las autoridades estatales y locales, la facilidad debe documentar los esfuerzos que realizo para contactar dichos oficiales para comprometerlos en la planificación colaborativa y una respuesta de emergencia integrada. La facilidad debe incluir el proceso de respuesta integrada en su plan de emergencia. Se requiere a las facilidades que participen en una coalición de salud así como proveer asistencia en planificar e identificar todas las necesidades de la comunidad que pudieran también ser apoyadas por el departamento de salud local y los recursos para el manejo de emergencias.

Para facilidades de diálisis, §494.120(c)(2) de las Condiciones de Cubierta para ESRD en Facilidades de Diálisis con Propósitos Especiales describe los requisitos para facilidades de ESRD que se establecen en una emergencia (i.e., una facilidad de circunstancias de emergencia) que se le ha otorgado un Numero de Certificación de CMS (CCN, en inglés). Las facilidades de ESRS deben incorporar estas provisiones específicas en los requisitos de coordinación bajo este estándar.

Procedimientos de Inspección

Entrevistar al liderato de la facilidad y preguntar que describa el proceso y los esfuerzos realizados para asegurar la cooperación y colaboración con oficiales locales, tribales, regionales, estatales y federales para la preparación de emergencia para asegurar una respuesta integrada durante un desastre o situación de emergencia.

- Preguntar por la documentación de los esfuerzos de la facilidad para contactar dichos oficiales y cuando aplique, su participación en los esfuerzos de planificación colaborativos y cooperativos.
- Para facilidades de Diálisis, preguntar por la documentación de que la facilidad contactó a los oficiales de la agencia de salud pública para el manejo de emergencias por lo menos anualmente para confirmar que la agencia conoce de las necesidades de la facilidad de Diálisis en el evento de una emergencia y como contactar las agencias en el evento de una emergencia.

## **E-0010**

**(Emitido XX-XX-17)**

### **§485.727(a)(4) Condición de Participacion:**

**[(a) Plan de Emergencia. Las Clínicas, Agencias de Rehabilitación, y Agencias de Salud Pública como proveedores de Terapia Física Ambulatoria y Servicios de Patología del Habla (“Organizaciones”) deben desarrollar y mantener un plan de preparación para emergencias que deberá ser revisado y actualizado por lo menos anualmente. El plan incluirá lo siguiente:]**

**(4) Identificar la ubicación y el uso de un sistema de alarma y señales; y métodos de contener el fuego.**

#### **Guías Interpretativas para §485.727(a)(4).**

El plan de emergencias de la Organización debe establecer la ubicación y el uso de los sistemas de alarma y las señales. El plan debe incluir además los métodos utilizados para contener el fuego, como extintores de fuego, sistemas de rociadores de agua (sprinkler) y otros métodos utilizados. La Asociación Nacional de Protección de Fuegos (NAFPA, en inglés) en la sección A.20.1.1.1.6, reconoce que ciertas funciones son necesarias para la seguridad de la vida de los ocupantes, como el cierre de las puertas en corredores, la operación manual de sistemas de alarmas de fuego, y la remoción de los pacientes del cuarto donde se origina el fuego, requiere la intervención del personal de la facilidad. Sin embargo, el plan debe seguir las siguientes guías establecidas por la NAFPA.

#### **Procedimientos de Inspección**

- Preguntar al liderato de la facilidad que muestre la sección del plan donde se establece la ubicación y el uso de alarmas de fuego.
- Preguntar al personal de la facilidad que describa el procedimiento actual de la facilidad para contener fuegos.

## **E-0011**

**(Emitido XX-XX-17)**

### **§485.68(a)(5) Condición de Participacion:**

**[(a) Plan de Emergencia. La Facilidad Ambulatoria de Rehabilitación Comprensiva (CORF en inglés) debe desarrollar y mantener un plan de preparación para emergencias que sea revisado y actualizado por lo menos anualmente. El plan debe contener lo siguiente:]**

**(a)(5) Ser desarrollado y mantenido con asistencia de los expertos en fuego, seguridad y otros expertos.**

## **§485.727(a)(6) Condición de Participación:**

**[(a) Plan de Emergencia. Las Clínicas, Agencias de Rehabilitación, y Agencias de Salud Pública como Proveedores de Terapia Física Ambulatorios y Servicios de Patología del Habla y Lenguaje (“Organizaciones”) deben desarrollar y mantener un plan de preparación para emergencias que debe ser revisado y actualizado por lo menos anualmente. El plan debe hacer lo siguiente:]**

**(a)(6) Ser desarrollado y mantenido con la asistencia de expertos en fuego y seguridad y otros expertos.**

**Las Guías Interpretativas aplican a: §485.68(a)(5), §485.727(a)(6).**

El CORF y las Clínicas, Agencias de Rehabilitación, y las Agencias de Salud Pública como Proveedores de Terapia Física Ambulatorios y Servicios de Patología del Habla y Lenguaje deben colaborar con los expertos en fuego, seguridad y otros expertos apropiados en el desarrollo y mantenimiento de un plan de emergencias. Ellos deben documentar su colaboración con estos expertos e incluirlos en la revisión anual del plan.

Procedimientos de Inspección

- Preguntar por un listado/documentación donde los expertos colaboraron con el desarrollo y mantenimiento del plan.

## **E-0012**

**(Emitido en XX-XX-17)**

**§ 482.78 Condición de Participación: Preparación de Emergencia para centros de trasplante. Un centro de trasplante debe estar incluido en la planificación y el programa de preparación para emergencia según indicado en § 482.15 para el hospital en el cual está localizado. Sin embargo, un centro de trasplante no es individualmente responsable por los requisitos de preparación para emergencias según indicado en § 482.15.**

**(a) Estándar: Políticas y procedimientos.**

**Un centro de trasplante debe tener políticas y procedimientos que identifiquen la preparación para emergencia. Estas políticas y procedimientos deben incluirse en el programa de preparación para emergencias del hospital.**

**(b) Estándar: Protocolos con el hospital y el OPO. Un centro de trasplante debe desarrollar y mantener acuerdo mutuo sobre protocolos que identifican las tareas y responsabilidades del centro de trasplante, el hospital donde el centro de trasplante opera, y el OPO designado por el Secretario, a menos que el hospital tenga la aprobación (waiver) de trabajar con otro OPO durante la emergencia.**

**Las Guías Interpretativas que aplican a: §482.78(a), and §482.78(b).**

Los hospitales que tengan centros de trasplante deben incluir dentro de sus procesos de planificación y preparación para emergencias un representante, mínimo, del centro de trasplante. Si el hospital tiene múltiples centros de trasplante, cada centro debe tener por lo menos un representante que esté involucrado en el desarrollo y mantenimiento de los procesos de preparación para emergencia del hospital. El hospital debe incluir el centro de trasplante en las políticas y procedimiento de su plan de preparación para emergencias, planes de comunicación, así como adiestramiento y programas de prueba.

Tanto al hospital como al centro de trasplante se les requiere demostrar durante una inspección que han coordinado en la planificación y desarrollo de un programa de emergencia. A ambos se les requiere

documentación escrita de los planes de preparación para emergencia. Sin embargo, el centro de trasplantes no es únicamente responsable por los requisitos de preparación para emergencia según §482.15.

### **Procedimientos de Inspección**

- Verificar que el hospital tiene documentación escrita que demuestre que un representante de cada centro de trasplante participó en el desarrollo del programa de emergencia.
- Preguntar por documentación de protocolos de emergencia que contengan protocolos de trasplante que incluyan al hospital, al centro de trasplante y los OPOs asociados.

### **E-0013**

(Emitido XX-XX17)

§403.748(b), §416.54(b), §418.113(b), §441.184(b), §460.84(b), §482.15(b), §483.73(b), §483.475(b), §484.22(b), §485.68(b), §485.625(b), §485.727(b), §485.920(b), §486.360(b), §491.12(b), §494.62(b).

**(b)Políticas y Procedimientos.** [Facilidades] deben desarrollar e implementar políticas y procedimientos para la preparación de emergencias, basado en el plan de emergencia según establecido en el párrafo (a) de esta sección. Las políticas y procedimientos deben ser revisados y actualizados por lo menos anualmente.

\*Requisitos Adicionales para Facilidades PACE y ESRD:

\* [Para PACE según §460.84(b):] **Políticas y Procedimientos.** Las organizaciones PACE deben desarrollar e implementar políticas y procedimientos para la preparación de emergencias, basado en un plan de emergencia según indicado en el párrafo (a) de esta sección, estimado de riesgo según párrafo (a)(1) de esta sección, y el plan de comunicación según el párrafo (c) de esta sección. Las políticas y procedimientos deben establecer el manejo de emergencias médicas y no médicas, incluyendo, pero no limitándose a: Fuego, equipos, energía, o fallas en el agua; emergencias relacionadas al cuidado; y desastres naturales como amenazas a la salud y seguridad de los participantes, empleados, o el público. Las políticas y procedimientos deben revisarse y actualizarse anualmente.

\*[Para Facilidades de Diálisis según §494.62(b):] **Políticas y Procedimientos.** La facilidad de diálisis debe desarrollar e implementar políticas y procedimientos de preparación para emergencias basado en el plan de emergencia según establecido en el párrafo (a) de esta sección, estimado de riesgo en el párrafo (a)(1) de esta sección, y el plan de comunicación según el párrafo (c) de esta sección. Las políticas y procedimiento deben ser revisados y actualizados por lo menos anualmente. Estas emergencias incluyen, pero no se limitan a, fuego, equipos o fallas eléctricas, emergencias relacionadas al cuidado, interrupciones del sistema de agua, y desastres naturales que pudieran ocurrir en el área geográfica de la facilidad.

Las Guías Interpretativas aplican a: §403.748(b), §416.54(b), §418.113(b), §441.184(b), §460.84(b), §482.15(b), §483.73(b), §483.475(b), §484.22(b), §485.68(b), §485.625(b), §485.727(b), §485.920(b), §486.360(b), §491.12(b), §494.62(b).

**Nota: Esto no aplica a Centros de Trasplante.**

Las Facilidades deben desarrollar e implementar políticas y procedimientos según los requisitos de esta estándar. Se espera que las políticas y procedimientos estén alineados con los peligros identificados por el estimado de riesgo de la facilidad y el programa en general de preparación para emergencias de la facilidad.

Nosotros no especificamos donde la facilidad tendrá las políticas y procedimientos de preparación para emergencias. La facilidad selecciona donde incorporar las políticas y procedimientos de emergencia dentro de su plan de emergencia o si serán parte de los Procedimientos Estándares de la Operación o del Manual Operacional. Sin embargo, la facilidad debe demostrar cumplimiento con la inspección, por lo que recomendamos que las facilidades tengan un lugar central para mantener/archivar los documentos del programa de preparación para emergencias (que incluya todas las políticas y procedimientos) para facilitar su revisión.

### **Procedimientos de Inspección**

Revise las políticas y procedimientos escritos que indican el plan de emergencia de la facilidad y verifique lo siguiente:

- Que las políticas y procedimientos de estimado de riesgo y el plan de comunicación fueron desarrollados basados en riesgos de la facilidad y la comunidad, utilizando un enfoque de todo riesgo.
- Preguntar y verificar que las políticas y procedimientos fueron revisados y actualizados anualmente.

### **E-0014**

**(Emitido XX-XX-17)**

**§482.78(b) Estándar: Protocolos con el hospital y el OPO. Un centro de trasplante debe desarrollar y mantener acuerdos mutuos sobre protocolos que indiquen las tareas y responsabilidades del centro de trasplante, el hospital donde el centro de trasplante opera, y el OPO designado por el Secretario, a menos que el hospital tenga una aprobación (waiver) para trabajar con otro OPO durante la emergencia.**

### **Guías Interpretativas para §482.78(b).**

Los Centros de trasplante deben involucrarse en el desarrollo de acuerdos mutuos sobre los protocolos que indique las tareas y responsabilidades del hospital, programa de trasplante y el OPO designado durante emergencias.

Todos los centros de trasplante son localizados dentro de hospitales participantes del programa Medicare. Cualquier hospital que realice trasplantes de órganos y otros servicios de especialidades médico-quirúrgicas para el cuidado de pacientes de trasplante se define como un hospital de trasplante (42CFR 482.70). Sin embargo, los centros de trasplante deben cumplir con todos los CoPs del hospital según §§482.1 al 482.57 (según establecido en §482.68(b)), y los hospitales en los cuales están localizados deben cumplir con las provisiones de §482.15, sin embargo, un centro de trasplante no es individualmente responsable por los requisitos de preparación para emergencias según §482.15.

El hospital en el cual el centro de trasplantes está localizado (i.e., un hospital de trasplante) será responsable por asegurar que el centro de trasplante se involucra en el desarrollo de un programa de preparación para emergencias. Este requisito no obliga al centro de trasplante que accede a cuidar un paciente de otro centro de trasplante durante una emergencia a colocar sus pacientes en lista de espera. Anticipamos que muchas de las emergencias serán de corta duración y que el centro de trasplante afectado por una emergencia continuara sus operaciones normales dentro de un corto periodo de tiempo. Sin embargo, si un centro de trasplante realiza arreglos para que sus pacientes sean transferidos a otro centro de trasplante durante una emergencia, entonces ambos centros de trasplante necesitan determinar el cuidado que se le proveerá a los pacientes transferidos, incluyendo cuales y bajo qué circunstancias los pacientes del centro de trasplante que transfiere deben ser añadidos a la lista de espera del centro que los recibe.

### **Procedimientos de Inspección**

- Verificar que el centro de trasplante ha desarrollado un acuerdo mutuo sobre los protocolos que indiquen las tareas y responsabilidades del centro de trasplante, el hospital donde opera el centro de trasplante, y el OPO designado.
- Preguntar por la documentación de los protocolos.

## **E-0015**

**(Emitido XX-XX-17)**

**§403.748(b)(1), §418.113(b)(6)(iii), §441.184(b)(1), §460.84(b)(1), §482.15(b)(1), §483.73(b)(1), §483.475(b)(1), §485.625(b)(1)**

**[(b) Políticas y Procedimientos. [Facilidades] deben desarrollar e implementar políticas y procedimientos sobre preparación para emergencias basadas en un plan de emergencia de acuerdo al párrafo (a) de esta sección, estimado de riesgo en el párrafo (a)(1) de esta sección, y el plan de comunicación en el párrafo (c) de esta sección. Las políticas y procedimientos deben ser revisado y actualizados por lo menos anualmente.] Como mínimo, las políticas y procedimientos deben establecer lo siguiente:**

**(1) La provisión de las necesidades de subsistencia para el personal y los pacientes, ya sea que desalojen o se refugien en el lugar, incluye, pero no se limita a lo siguiente:**

**(i) Alimento, agua, suplidos médicos y fármacos.**

**(ii) Recursos alternos de energía para mantener lo siguiente:**

**(A) Temperaturas para proteger la salud y seguridad de los pacientes y por la protección y provisión de almacenaje sanitario.**

**(B) Luces de Emergencia**

**(C) Detección de fuego, extinguidores y sistemas de alarma**

**(D) Aguas usadas y eliminación de desechos**

**\*[Para Hospicios de pacientes admitidos según §418.113(b)(6)(iii):] Políticas y Procedimientos. (6) Los siguientes son requisitos adicionales para hospicios que admiten pacientes solamente. Las políticas y procedimientos deben indicar lo siguiente:**

**(iii) La provisión de necesidades de subsistencia para los empleados del hospicio y sus pacientes ya sea que desalojen o vayan a un refugio, incluyendo pero no limitándose a lo siguiente:**

**(A) Alimento, agua, suplidos médicos y fármacos.**

**(B) Recursos alternos de energía para mantener lo siguiente:**

**(1) Temperaturas para proteger la salud y seguridad de los pacientes y por la protección y provisión de almacenaje sanitario.**

**(2) Luces de Emergencia**

**(3) Detección de fuego, extinguidores y sistemas de alarma**

**(4) Aguas usadas y eliminación de desechos.**

**Las Guías Interpretativas aplican a: §403.748(b)(1), §418.113(b)(6)(iii), §441.184(b)(1), §460.84(b)(1), §482.15(b)(1), §483.73(b)(1), §483.475(b)(1), §485.625(b)(1).**

**Nota: Esto no aplica a ASC, Proveedores de Hospicio Ambulatorios [aplica a hospicios admitidos], Centros de trasplante, HHA, CORFs, CMHCs, RHCs/FQHCs, facilidades de Diálisis o ESRD.**

Las facilidades deben proveer para una subsistencia adecuada para todos los pacientes y el personal durante una emergencia o hasta que sus pacientes hayan sido movilizados y cesen sus operaciones. Las facilidades tendrán la flexibilidad de identificar sus necesidades de subsistencia individual requeridas durante la emergencia. No existen conjuntos de requisitos o estándares para la cantidad de provisiones que deben ser provistas en la facilidad, las provisiones incluyen, pero no se limitan a, comida, fármacos y suplidos médicos. Las provisiones deben ser almacenadas en un área que sea menos propensa a ser afectada por el desastre, como almacenar estos recursos en lugares altos para protegerlos de una posible inundación. Adicionalmente, cuando las facilidades de admitidos determinen las necesidades de suplidos, se espera que consideren la posibilidad de que lleguen a la facilidad voluntarios, visitantes e individuos de la comunidad para ofrecer asistencia o buscar alojamiento.

Los recursos alternos de energía dependen de los recursos disponibles para la facilidad, como luces de batería, o calefacción o enfriamiento, para poder cumplir con las necesidades de la facilidad durante una emergencia. No se requiere que las facilidades actualicen sus sistemas eléctricos, pero luego de revisar su estimado de riesgo, las facilidades pudieran encontrar prudente realizar ajustes necesarios para asegurar que las necesidades de salud y seguridad de sus ocupantes son atendidas, y que las facilidades proveen áreas seguras y de almacenaje sanitario.

El estándar no requiere que las facilidades tengan o instalen generadores o cualquier otro tipo específico de recurso de energía. (Sin embargo para hospitales según §482.15(e), CAHs según §485.625(e) y facilidades de LTC según §483.73(e) favor referirse a E-0041 para Emergencia y Sistemas de Apoyo de Energía). Es de cada facilidad individualmente, basado en sus estimados de riesgo, determinar el recurso de energía alterna más apropiado para mantener las temperaturas que protejan la salud y seguridad del paciente y por la seguridad y el almacenamiento sanitario de provisiones, luces de emergencia, detección de fuego, extintores, y sistemas de alarma, y aguas usadas y disposición de desperdicios. Cualquier recurso de energía alterna que la facilidad seleccione debe estar de acuerdo con las leyes locales y estatales así como todos los requisitos relevantes del LSC.

Las facilidades deben establecer políticas y procedimientos que determinen la forma en que mantendrán sus sistemas de enfriamiento o calentamiento durante una situación de emergencia, según necesario, si existe una pérdida del recurso primario de energía

Si una facilidad determina la mejor forma de mantener las temperaturas, luces de emergencia, detección de fuego y sistemas de extinción, aguas usadas y disposición de desperdicios debe ser a través de un generador portable, entonces las provisiones del Código de Seguridad de Vida (LSC en inglés) como pruebas del generador y almacenaje de combustible, etc., descrito en las guías de NFPA no son aplicables. Los generadores portables deben ser operados, probados, y mantenidos de acuerdo a los requisitos del fabricante, las leyes locales y estatales. Sin embargo, si una facilidad escoge utilizar un generador permanente para la provisión de energía, las provisiones de LSC como pruebas y mantenimiento entonces aplicarían y la facilidad estaría sujeta a inspecciones de LSC para asegurar cumplimiento.

Como ejemplo, algunas facilidades de ESRD tienen servicios contratados con compañías de generadores portables de emergencia para las facilidades fuera de la matriz. En el evento de una emergencia donde la facilidad no pueda programar pacientes o desalojarlos, los generadores deben ser llevados a la ubicación con antelación para asistir en el evento de pérdida de energía. Aquellas facilidades que según la Regla Final de Preparación para Emergencias no se le requiera tener un generador, pero que se les requiere cumplir con la provisión de recursos de energía alterna, pudieran considerar este enfoque para sus facilidades.

Se recomienda a las facilidades a consultar con los oficiales de manejo de emergencias locales y departamento de salud, así como las coaliciones de salud, si están disponibles, para determinar los tipos y duración de recursos de energía que pudiera estar disponible para asistir en la provisión del cuidado a los pacientes durante

una emergencia. Como parte de la planificación del estimado de riesgo, las facilidades deben determinar la viabilidad de confiar en estos recursos y planificar de acuerdo.

No se les requiere a las facilidades proveer tratamiento a aguas residuales pero si hacer provisión para mantener los servicios necesarios. Por ejemplo, a las facilidades de Cuidado Prolongado (LTC) actualmente se les requiere que cumplan con las provisiones de recibo y almacenamiento de alimentos según §483.35(i) las Condiciones Sanitarias, que contienen requisitos para mantener la comida fuera del piso y lejos de los rociadores de agua, tuberías y eliminación de desechos, así como de las rejillas de ventilación para ayudar a mantener la calidad de los alimentos y prevenir la contaminación. En adición, las facilidades de Diálisis según las actuales CfCs en §494.40(a)(4) se les requiere que tengan políticas y procedimientos para el manejo, almacenaje y disposición de basura potencialmente infecciosa. No estamos indicando ninguna provisión específica requerida relacionada al tratamiento de aguas residuales y los servicios necesario bajo esta etiqueta (tag); sin embargo, se les requiere a las facilidades que sigan sus requisitos actuales de facilidad (e.g., requisitos de CoPs/CfCs,) que pueden indicar estas áreas. En adición, esperamos que bajo este requisito, las facilidades se aseguren que siguen sus prácticas, como aquellas indicadas en la EPA y bajo las leyes estatales. El mantener los servicios necesarios puede incluir, pero no se limita a, el acceso a gases médicos; tratamientos de sabanas sucias; disposición de material bio-medico de diferentes enfermedades infecciosas; y pudiera requerir asistencia adicional de compañías de transporte para una disposición segura y apropiada de acuerdo con las guías nacionales aceptadas de la industria de la preparación para emergencias.

### **Procedimientos de Inspección**

- Verificar que el plan de emergencias incluye políticas y procedimientos para la provisión de necesidades de subsistencia incluyendo, pero no limitándose a, comida, agua, fármacos para pacientes y el personal, a través de la revisión del plan
- Verificar que el plan de emergencia incluye políticas y procedimientos que aseguren recursos de energía alterna necesarios para mantener:
  - Temperaturas que protejan la salud y seguridad del paciente y por la seguridad y almacenamiento sanitario;
  - Luces de emergencia; y
  - Detección de fuego, extintores, y sistemas de alarmas.
- Verificar que el plan de emergencia incluya políticas y procedimientos para la provisión de aguas usadas y la disposición de basura.

### **E-0016**

**(Emitido XX-XX-17)**

#### **§418.113(b)(1): Condición de Participación:**

**[(b) Políticas y Procedimientos. El hospicio debe desarrollar e implementar políticas y procedimientos de preparación para emergencias, basadas en el plan de emergencia según el párrafo (a) de esta sección, estimado de riesgo en el párrafo (a)(1) de esta sección, y el plan de comunicación según el párrafo (c) de esta sección. Las políticas y procedimientos deben ser revisados y actualizados por lo menos anualmente]. Como mínimo, las políticas y procedimientos deben incluir lo siguiente:**

**(1) Procedimientos de seguimiento con el personal de turno y los pacientes para determinar los servicios que necesitan, en el evento de ocurrir una interrupción en los servicios durante o debido a una emergencia El hospicio debe informar a los oficiales locales y estatales de cualquier empleado o paciente que ellos no puedan contactar.**

#### **Guías Interpretativas para §418.113(b)(1).**

Los hospicios tienen la flexibilidad de determinar la mejor forma de desarrollar estas políticas y procedimientos. Para propósitos administrativos, los hospicios deben tener mecanismos para identificar los pacientes y empleados a través de su información de contacto. Sin embargo, la información relacionada a los servicios de pacientes que es necesaria durante o luego de una interrupción en sus servicios y el personal de turno y los pacientes que no hayan podido ser contactados debe estar disponible y ser exacta y compartida entre los oficiales dentro y a través del sistema de respuesta de emergencia, según sea necesario, en el interés del paciente.

#### **Procedimientos de Inspección**

- Revisar el plan de emergencia para verificar que incluye políticas y procedimientos para seguimiento con el personal y los pacientes.
- Entrevistar al personal o liderato y preguntar que expliquen los procedimientos implementados en el evento que no puedan contactar un empleado o paciente.

#### **E-0017**

**(Emitido XX-XX-17)**

#### **§484.22(b)(1) Condición de Participación:**

**[(b) Políticas y Procedimientos. El HHA debe desarrollar e implementar políticas y procedimientos sobre preparación para emergencias, basado en el plan de emergencia según el párrafo (a) de esta sección, estimado de riesgo según párrafo (a)(1) de esta sección, y el plan de comunicación según el párrafo (c) de esta sección. Las políticas y procedimientos deben ser revisados y actualizados por lo menos anualmente. Como mínimo, las políticas y procedimientos deben establecer lo siguiente:]**

**(1) Los planes para los pacientes de HHAs durante un desastre natural o causado por el hombre. Los planes individuales para cada paciente deben incluir como parte del estimado comprensivo de pacientes, que deben ser realizados de acuerdo a las provisiones en §484.55.**

#### **Guías Interpretativas para §484.22(b)(1).**

Los HHAs deben incluir políticas y procedimiento en su plan de emergencia para asegurar que los pacientes tienen un plan individualizado en el evento de una emergencia. El plan debe incluirse como parte del estimado comprensivo del paciente.

Por ejemplo, discusiones para desarrollar planes individualizados de preparación para emergencia pudieran incluir desastres potenciales que el paciente debe enfrentar dentro de su hogar como fuegos, inundaciones, y tornados; y como y cuando el paciente es contactado por los oficiales locales de emergencia. Las discusiones pueden además incluir al paciente, los proveedores del cuidado, representante del paciente, o cualquier otra persona involucrada en los aspectos de cuidado clínico para educarlos en los pasos a seguir para mejorar la seguridad del paciente. El plan de emergencia individualizado debe estar por escrito y ser simple como una tarjeta detallada con datos de emergencia que el paciente debe seguir. El personal del HHA debe documentar

que las discusiones ocurrieron y que se mantiene una copia del plan individualizado de emergencia en el expediente del paciente así como proveerle una copia al paciente y/o su cuidador.

#### Procedimientos de Inspección

- A través de la revisión de expedientes, verificar que cada paciente tiene un plan individualizado de emergencia documentado como parte del estimado comprensivo del paciente.

#### E-0018

**(Emitido XX-XX-17)**

**§403.748(b)(2), §416.54(b)(1), §418.113(b)(6)(ii) and (v), §441.184(b)(2), §460.84(b)(2), §482.15(b)(2), §483.73(b)(2), §483.475(b)(2), §485.625(b)(2), §485.920(b)(1), §486.360(b)(1), §494.62(b)(1).**

**[(b) Políticas y Procedimientos. Las [facilidades] deben desarrollar e implementar políticas y procedimientos de preparación para emergencia, basadas en un plan de emergencia según el párrafo (a) de esta sección, estimado de riesgo según párrafo (a)(1) de esta sección, y un plan de comunicación según el párrafo (c) de esta sección. Las políticas y procedimientos deben ser revisados y actualizados por lo menos anualmente.] Como mínimo, las políticas y procedimientos deben establecer lo siguiente:]**

**[(2) o (1)] Un sistema para rastrear la ubicación del personal de turno y los pacientes en refugios al cuidado de la [facilidad] durante una emergencia. Si el personal de turno y los pacientes fueron relocalizados durante la emergencia, la [facilidad] debe documentar el nombre específico y la ubicación de la facilidad que recibe u otra ubicación.**

**\*[Para PRTFs según §441.184(b), LTC según §483.73(b), ICF/IIDs según §483.475(b), PACE según §460.84(b):] Políticas y Procedimientos. (2) Un sistema para rastrear y seguir la ubicación del personal de turno y los residentes en refugios al cuidado de [PRTF's, LTC, ICF/IID o PACE] durante y luego de la emergencia. Si el personal de turno y los residentes refugiados son relocalizados durante la emergencia, los [PRTF's, LTC, ICF/IID o PACE] deben documentar el nombre específico y la ubicación de la facilidad que recibe u otra ubicación.**

**\*[Para Hospicios con pacientes admitidos según §418.113(b)(6):] Políticas y procedimientos. (ii) desalojo seguro del hospicio, que incluye consideraciones del cuidado y necesidades de tratamiento de los movilizadores; responsabilidades del personal; transporte; identificación de la(s) ubicación(es) de desalojo y medios de comunicación primarios y alternos con recursos externos de asistencia.**

**(v) Un sistema para rastrear los empleados de turno del hospicio y los pacientes refugiados al cuidado del hospicio durante una emergencia. Si los empleados de turno o los pacientes refugiados son relocalizados durante la emergencia, el hospicio debe documentar el nombre específico y la ubicación de la facilidad recipiente u otra ubicación.**

**\*[Para CMHCs según §485.920(b):] Políticas y procedimientos. (2) Desalojo seguro del CMHC, que incluye consideración del cuidado y las necesidades de tratamiento de los movilizadores; responsabilidades del personal; transporte; identificación de la ubicación de los movilizadores; y medios primarios y alternos de comunicación con recursos de externos de asistencia.**

**\*[Para OPOs según § 486.360(b):] Políticas y procedimientos. (2) Un sistema de documentación médica que preserve la información de donantes potenciales y actuales, proteja la confidencialidad de la información de donantes potenciales y actuales, y asegure y mantenga los expedientes disponibles.**

\*[Para Centros de Diálisis ESRD según § 494.62(b):] **Políticas y procedimientos. (2) Desalojo seguro de la unidad de diálisis, que incluye responsabilidades del personal y las necesidades de los pacientes.**

**Guías Interpretativas que aplican a: §403.748(b)(2), §416.54(b)(1), §418.113(b)(6)(ii) and (v), §441.184(b)(2), §460.84(b)(2), §482.15(b)(2), §483.73(b)(2), §483.475(b)(2), §485.625(b)(2), §485.920(b)(1), §486.360(b)(1), §494.62(b)(1).**

**Nota: Esto no aplica a Centros de Trasplante, HHAs, Clínicas, Agencias de Rehabilitación, y Agencias de Salud Pública como Proveedores de Terapia Física Ambulatoria y Servicios de Patología del Habla y Lenguaje, RHCs/FQHCs.**

Las facilidades deben desarrollar un medio para rastrear los pacientes y el personal de turno de la facilidad durante un evento de emergencia. En el evento que el personal y los pacientes sean relocalizados, la facilidad debe documentar el nombre específico y la ubicación de la facilidad recipiente u otra ubicación para pacientes refugiados y personal de turno que abandona la facilidad durante la emergencia.

Las siguientes facilidades CMHCs, PRTF's, LTC y los ICF/IIDs, y organizaciones PACE y ESRD se les requiere que rastree la ubicación de los pacientes refugiados y el personal durante y luego de una emergencia.

No especificamos el tipo de sistema de rastreo que se debe utilizar; más bien, la facilidad tiene la flexibilidad de determinar la mejor forma de rastrear los pacientes y el personal, ya sea que use una base de datos electrónica, documentación manual o cualquier otro método. Sin embargo, es importante que la información esté disponible de forma legible, sea exacta, y compartida entre los oficiales dentro y a través de los sistemas de respuesta de emergencia, según sea necesario, en el interés del paciente. Es recomendable que una facilidad que utilice un sistema electrónico como su base de datos considere tener un respaldo en sus sistemas computadorizados con un recurso secundario, como una copia en papel en el evento de cortes de energía. Los sistemas de rastreo establecidos por la facilidad pudieran considerar quien es responsable de recopilar y asegurar los expedientes de pacientes y que información es necesaria mientras se rastrea un paciente a través de un desalojo. Varios estados ya cuentan con dichos sistemas de seguimiento o están en desarrollo, y los sistemas están disponibles para el uso de proveedores y suplidores de servicios de salud. Se motiva a las facilidades a aprovechar el apoyo y los recursos disponibles para ellos a través de los sistemas de salud locales y nacionales, coaliciones de salud y organizaciones de salud para recursos y herramientas para rastrear pacientes.

No se requiere que las facilidades rastreen la ubicación de los pacientes que voluntariamente abandonan la facilidad, o han sido dados de alta apropiadamente, ya que no están bajo el cuidado de la facilidad. Sin embargo, esta información debe estar documentada en el expediente del paciente por si luego surge cualquier pregunta sobre el paradero del paciente.

Nota: Si un ASC puede cancelar las cirugías y cierra (indicando que no hay pacientes o personal en el ASC), este requisito de rastreo de pacientes no le aplica. De igual forma que las prácticas de ESRD, si una emergencia es inminente y se puede predecir (i.e. condiciones extremas del tiempo, etc.) se espera que el ASC cancele las cirugías y cese operaciones, que elimina la necesidad de rastrear pacientes y el personal.

### **Procedimientos de Inspección**

- Preguntar al personal que describa o demuestre el sistema de rastreo que utilizan para documentar la ubicación de los pacientes y el personal.
- Verificar que el sistema de rastreo se documenta como parte de las políticas y procedimientos del plan de emergencia de la facilidad.

**E-0019**

(Emitido XX-XX-17)

§418.113(b)(2), §460.84(b)(4), §484.22(b)(2)

**[(b) Políticas y procedimientos. Las [facilidades] deben desarrollar e implementar políticas y procedimientos de preparación para emergencias, basadas en el plan de emergencias establecido en el párrafo (a) de esta sección, estimado de riesgo según el párrafo (a)(1) de esta sección, y el plan de comunicación según el párrafo (c) de esta sección. Las políticas y procedimientos deben ser revisados y actualizados por lo menos anualmente.] Como mínimo, las políticas y procedimientos deben establecer lo siguiente:]**

\*[Para Hospicios hospitalarios según §418.113(b)(2), PACE según §460.84(b)(4), y HHAs según §484.22(b)(2):]

**Los procedimientos para informar a los oficiales de preparación para emergencia locales y estatales acerca de [Hospicios hospitalarios, PACE o HHA] los pacientes que necesitan ser movilizados de sus residencias en cualquier momento durante una situación de emergencia basada en la condición médica y mental del paciente y el ambiente del hogar.**

**Las Guías Interpretativas que aplican a: §418.113(b)(2), §460.84(b)(4), §484.22(b)(2).**

**Nota: El lenguaje regulatorio para hospicios bajo §418.113(b)(2) no incluye el término “preparación para emergencias” cuando describe oficiales.**

**Nota: Esto aplica solamente a Hospicios hospitalarios, PACE y HHAs.**

Se requiere que los Hospicios hospitalarios, HHAs, y organizaciones PACE informen a los oficiales de preparación para emergencias estatales y locales de las necesidades para desalojo de pacientes. Estas políticas y procedimientos deben indicar cuando y como esta información es comunicada a los oficiales de emergencia y además incluir el cuidado clínico que necesitan estos pacientes. Por ejemplo, en el evento que un paciente de un hospicio hospitalario, una organización PACE o un HHA requiera desalojo, la agencia responsable debe proveer a los oficiales de emergencia con la información apropiada para facilitar el desalojo y transporte del paciente. Esto debe incluir, pero no limitarse a lo siguiente:

- Si el paciente puede o no moverse.
- ¿Cuál tipo de salvamento requiere el paciente?
- ¿Se puede transportar el equipo de salvamento? (i.e., operado por batería, transportable, condición del equipo, etc.)
- ¿Tiene el paciente alguna necesidad especial? (i.e. retos de comunicación, barreras de lenguaje, discapacidad intelectual, necesidades de alimentación especial, etc.)

Debido a que las políticas y procedimiento incluyen la protección de información de salud de los pacientes, las facilidades deben asegurar que cumplen con las leyes aplicables de HIPAA según 45 CFR partes 160 y 164, según apropiado. Ver 981 FR 63879, Sept. 16, 2016).

### **Procedimientos de Inspección**

- Revisar el plan de emergencia para verificar que incluye procedimientos para notificar a los oficiales de preparación para emergencias local y estatal sobre la necesidad de desalojar los pacientes de su residencia en cualquier momento por una situación de emergencia basado en la condición médica y mental del paciente y el ambiente en el hogar.

(Emitido XX-XX-17)

§403.748(b)(3), §416.54(b)(2), §418.113(b)(6)(ii), §441.184(b)(3), §460.84(b)(3), §482.15(b)(3), §483.73(b)(3), §483.475(b)(3), §485.68(b)(1), §485.625(b)(3), §485.727(b)(1), §485.920(b)(2), §491.12(b)(1), §494.62(b)(2)

**[(b) Políticas y procedimientos. Las [facilidades] deben desarrollar e implementar políticas y procedimientos de preparación para emergencias, basado en un plan de emergencia de acuerdo al párrafo (a) de esta sección, estimado de riesgo según párrafo (a)(1) de esta sección, y el plan de comunicación según el párrafo (c) de esta sección. Las políticas y procedimientos deben ser revisadas por lo menos anualmente. Como mínimo, las políticas y procedimientos debe identificar lo siguiente:]**

**[(3) o (1), (2), (6)] Desalojo seguro de la [facilidad] que incluya consideración de las necesidades de cuidado y tratamiento de los movilizandos; responsabilidades del personal; transporte; identificación de las ubicaciones de desalojo; medios primarios y alternos de comunicación con recursos de asistencia externos.**

\*[Para RNHCs §403.748(b)(3) y los ASCs en §416.54(b)(2):]

**Desalojo seguro del [RNHC o ASC] que incluye lo siguiente:**

- (i) Consideración de las necesidades de cuidado de los movilizandos.**
- (ii) Responsabilidad del personal.**
- (iii) Transporte.**
- (iv) Identificación de la ubicación de desalojo.**
- (v) Medios primarios y alternos de comunicación con recursos de asistencia externo.**

\* [Para CORFs según §485.68(b)(1), Clínicas, Agencias de Rehabilitación, OPT/Lenguaje según §485.727(b)(1), y facilidades de Diálisis ESRD según §494.62(b)(2):]

**Desalojo seguro del [CORF; Clínicas, Agencias de Rehabilitación, y Agencias de Salud Pública como Terapia Física Ambulatoria y Servicios de Patología del Habla y Lenguaje; y Facilidades de Diálisis ESRD], que incluye responsabilidades del personal, y las necesidades de los pacientes.**

\*[Para RHCs/FQHCs según §491.12(b)(1):] **Desalojo seguro del RHC/FQHC, donde incluya ubicación apropiada de los letreros de salida; responsabilidades del personal y necesidades de los pacientes.**

**Las Guías Interpretativas aplican a: §403.748(b)(3), §416.54(b)(2), §418.113(b)(6)(ii), §441.184(b)(3), §460.84(b)(3), §482.15(b)(3), §483.73(b)(3), §483.475(b)(3), §485.68(b)(1), §485.625(b)(3), §485.727(b)(1), §485.920(b)(2), §491.12(b)(1), §494.62(b)(2)**

**Nota: Esto no aplica a los HHAs, OPOs y Centros de Trasplante.**

**Nota: Los requisitos bajo §418.113(b)(6)(ii) no son requisitos para proveedores de hospicio ambulatorios.**

Las facilidades deben desarrollar políticas y procedimientos que provean para el desalojo seguro de los pacientes de la facilidad e incluya todos los requisitos bajo este estándar. RHCs y FQHCs deben también colocar signos de salida para guiar los pacientes y empleados en el evento de desalojo de la facilidad.

Las facilidades deben tener políticas y procedimientos que identifiquen las necesidades de los movilizandos. La facilidad también debe considerar en el desarrollo de sus políticas y procedimientos, los protocolos de desalojo

no solamente para los movilizados sino para el personal, los pacientes y sus representantes u otro personal que busco refugio en la facilidad. En adición, las políticas y procedimientos deben establecer las responsabilidades del personal durante el desalojo. Las facilidades deben considerar las necesidades de la población de pacientes así como su cuidado y tratamiento. Por ejemplo, si un desalojo esta en progreso y la facilidad tiene que ser desalojada, los líderes deben considerar las necesidades de los pacientes críticamente enfermos que serán movilizados y acompañados por el personal que puede proveer el cuidado y tratamiento en ruta al lugar designado, en el evento de que profesionales médicos adiestrados no estén disponibles por los servicios de transporte.

Las facilidades deben considerar en el desarrollo de sus políticas y procedimientos, las necesidades de la población de pacientes y que servicios designados de transporte serán más apropiados. Por ejemplo, si la facilidad se especializa en ofrecer servicios a pacientes críticamente enfermos con necesidades de ventilación y equipo de salvamento, los servicios de transporte deberían poder asistir en la evacuación de esta población especial y estar equipados para hacerlo. Además, las facilidades pueden considerar métodos alternos de movilización, cuidado y tratamiento de los pacientes, como los arriba mencionados para que el personal se movilice con pacientes en situaciones dadas.

También, las facilidades deben considerar sus sistemas de cernimiento de pacientes cuando coordinen el rastreo y movimiento potencial de pacientes/residentes/clientes. Por ejemplo, un sistema de cernimiento para desalojo debe considerar los pacientes más críticos seguido de aquellos menos críticos y con menos dependencia de equipo de salvamento. Las consideraciones para priorizar pueden basarse entre otras, agudeza, estado de movilidad (estiramiento/sillas de ruedas/ambulatorio), y localización de la unidad, disponibilidad del destino de transferencia o alguna combinación de estos. Se debe incluir en este sistema la persona que específicamente tomara las decisiones del cernimiento. Seguido al sistema de cernimiento, el personal debe considerar comunicar los requisitos del cuidado del paciente a la facilidad recipiente, como proveer copias de la condición e historial de salud del paciente, heridas, alergias y tratamientos ofrecidos. En el mismo método de comunicar esta información, la facilidad puede considerar la coordinación del cernimiento utilizando colores para identificar los niveles del cernimiento (i.e. cartapacio verde es para identificar los pacientes menos críticos; el cartapacio rojo para los pacientes más críticos y con urgencia de ser movilizados, etc.). También, la copia puede incluir información de contacto del paciente/familiar.

Finalmente, las políticas y procedimientos deben describir los medios de comunicación primarios y alternos de asistencia con los recursos externos. Por ejemplo, los métodos primarios de comunicación pudieran considerar los servicios a través de telefonía regular para contactar las compañías de transporte para el desalojo o reportar las necesidades de desalojo a los oficiales de emergencia; mientras que los métodos alternos tomarían en cuenta la pérdida de energía o los servicios telefónicos en el área local. En este caso, los métodos alternos pudieran incluir teléfonos satelitales para contactar la asistencia para el desalojo.

### **Procedimientos de Inspección**

- Revisar el plan de emergencia para verificar que incluye políticas y procedimientos para un desalojo seguro de la facilidad y que incluya todos los elementos requeridos.
- Cuando se inspeccione un RHC o FQHS, verificar que los letreros de salida esta colocados en los lugares apropiados en la facilidad para un desalojo seguro.

### **E-0021**

**(Emitido XX-XX-17)**

### **§484.22(b)(3) Condición de Participacion:**

**[(b) Políticas y procedimientos. El HHA debe desarrollar e implementar políticas y procedimientos de preparación para emergencias, basado en el plan de emergencia establecido según el párrafo (a) de esta sección, estimado de riesgo según el párrafo (a)(1) de esta sección, y el plan de comunicación según el párrafo (c) de esta sección. Las políticas y procedimientos deben ser revisados y actualizados por lo menos anualmente.] Como mínimo, las políticas y procedimientos deben establecer lo siguiente:]**

**(3) Los procedimientos de seguimiento para el personal de turno y los pacientes determinan los servicios que son necesarios, en el evento que ocurra una interrupción en los servicios durante o debido a una emergencia. El HHA debe informar a los oficiales Estatales y locales de cualquier personal de turno o pacientes que no haya podido ser contactado.**

### **Guías Interpretativas para §484.22(b)(3).**

Los HHAs deben incluir en su plan de emergencia, procedimientos requeridos por este estándar. Durante una emergencia, si un paciente requiere cuidado que está más allá de las capacidades del HHA, existe la expectativa de que se harán arreglos o se suspenderá el cuidado del paciente por un periodo de tiempo, ya que la mayoría de los HHAs, en general no necesariamente transfieren pacientes a otros HHAs durante una emergencia.

Las políticas y procedimientos de los HHAs deberán describir las facilidades cercanas, como un hospital o cuidado especializado de enfermería, con las cuales tiene arreglos de transferencia para asegurar la continuidad del cuidado al paciente. En adición, estas políticas y procedimientos deben describir el tiempo para transferir los pacientes o bajo qué circunstancias los pacientes necesitan ser movilizados. Por ejemplo, si se anticipa que habrán uno o dos días de interrupción por la emergencia y no representa una amenaza inmediata a la salud y seguridad del paciente (en la cual el HHA deberá transferir inmediatamente al paciente); el HHA debe hacer arreglos para el servicio, como cuando se anticipa que el desastre pudiera durar por sobre una semana o más, el HHA tendría que iniciar la transferencia del paciente lo antes posible. Las políticas y procedimientos deben describir estos eventos. Además, las políticas y procedimientos del HHA deben describir qué acciones deben realizarse debido a la inhabilidad de contactar al personal de turno o los pacientes y reportar sus capacidades a los oficiales de emergencia estatales.

### **Procedimientos de Inspección**

- Verificar que el HHA incluye estos procedimientos de seguimiento con el personal y los pacientes en su plan de emergencia y que notifica a las autoridades estatales y federales cuando no pueden contactar ninguno de ellos.
- Verificar que el HHA tiene procedimiento en su plan de emergencia para el seguimiento con el personal de turno y los pacientes para determinar los servicios que son necesarios, en el evento que ocurra una interrupción en los servicios durante o debido a una emergencia.
- Preguntar al HHA que describa el mecanismo para informar a los oficiales estatales y locales de cualquier personal de turno o paciente que no hayan podido contactar.

### **E-0022**

**(Emitido XX-XX-17)**

**§403.748(b)(4), §416.54(b)(3), §418.113(b)(6)(i), §441.184(b)(4), §460.84(b)(5), §482.15(b)(4), §483.73(b)(4), §483.475(b)(4), §485.68(b)(2), §485.625(b)(4), §485.727(b)(2), §485.920(b)(3), §491.12(b)(2), §494.62(b)(3).**

**(b) Políticas y procedimientos.** La [facilidad] debe desarrollar e implementar políticas y procedimientos de preparación para emergencias, según establecido en el párrafo (a) de esta sección, estimado de riesgo según el párrafo (a)(1) de esta sección, y el plan de comunicación según el párrafo (c) de esta sección. Las políticas y procedimientos deben ser revisados y actualizados por lo menos anualmente.] Como mínimo, las políticas y procedimiento establecerán lo siguiente:]

**[(4) o (2), (3), (5), (6)] Un medio para refugiar a los pacientes, personal y voluntarios que permanezcan en la [facilidad].**

\*[Para Hospicios Hospitalarios según §418.113(b):] **Políticas y procedimientos.**

**(6) Los siguientes requisitos son requerimientos adicionales para hospicios hospitalarios solamente. Las políticas y procedimientos deben establecer lo siguiente:**

**(i) Medios de refugio establecidos para pacientes, empleados del hospicio que permanecen en el hospicio.**

**Guías Interpretativas aplican a:** §403.748(b)(4), §416.54(b)(3), §418.113(b)(6)(i), §441.184(b)(4), §460.84(b)(5), §482.15(b)(4), §483.73(b)(4), §483.475(b)(4), §485.68(b)(2), §485.625(b)(4), §485.727(b)(2), §485.920(b)(3), §491.12(b)(2), §494.62(b)(3).

**Nota: Esto no aplica a Centros de Trasplante, HHAs u OPOs.**

Los planes de emergencia deben incluir los medios para refugiar a los pacientes, empleados y voluntarios que permanezcan en la facilidad en el evento de que no se pueda realizar un desalojo. En algunas situaciones de desastre (como tornados), tener un refugio puede ser más apropiado que un desalojo y pudiera requerir que la facilidad tenga una forma para refugiar en estas emergencias. Por lo tanto, se requiere que las facilidades tengan políticas y procedimientos para refugiarse acorde con el estimado de riesgo de la facilidad.

Se espera que las facilidades incluyan en sus políticas y procedimientos los criterios para determinar cuáles pacientes y empleados permanecerán refugiados en el lugar. Cuando se desarrollen políticas y procedimientos para estos refugiados, la facilidad debe considerar la habilidad del edificio de sobrevivir a un desastre en el lugar, y que pasos proactivos deben tomar en consideración antes de la emergencia para facilitar el refugio en el lugar o transferir los pacientes a un escenario alternativo si sus facilidades son afectadas por la emergencia. Por ejemplo, si es peligroso desalojar o la emergencia afecta los lugares disponibles para la transferencia o alta, entonces los pacientes deben permanecer en la facilidad hasta que sea seguro efectuar las transferencias o altas. El plan debe considerar las facilidades apropiadas en la comunidad para las cuales los pacientes deban ser transferidos en el evento de una emergencia. Basado en su plan de emergencia, la facilidad debe decidir tener varias alternativas de refugiar algunos o todos su pacientes y personal.

### **Procedimientos de Inspección**

- Verificar que el plan de emergencias incluye políticas y procedimientos sobre la forma de tener un refugio identificado para los pacientes, personal y voluntarios que permanecen en la facilidad.
- Revisar las políticas y procedimientos establecidos para refugios y evaluar si se alinean con el plan de emergencias de la facilidad y el estimado de riesgo.

**E-0023**

**(Emitido XX-XX-17)**

§403.748(b)(5), §416.54(b)(4), §418.113(b)(3), §441.184(b)(5), §460.84(b)(6), §482.15(b)(5), §483.73(b)(5), §483.475(b)(5), §484.22(b)(4), §485.68(b)(3), §485.625(b)(5), §485.727(b)(3), §485.920(b)(4), §486.360(b)(2), §491.12(b)(3), §494.62(b)(4).

**[(b) Políticas y procedimientos. Las [facilidades] deben desarrollar e implementar políticas y procedimientos de preparación para emergencias según el párrafo (a) de esta sección, estimado de riesgo según el párrafo (a)(1) de esta sección, y el plan de comunicación según el párrafo (c) de esta sección. Las políticas y procedimientos deben ser revisados y actualizados por lo menos anualmente.] Como mínimo, las políticas y procedimientos debe establecer lo siguiente:]**

**[(5) o (3),(4),(6)] Un sistema de documentación medica que preserve la información del paciente, proteja la confidencialidad de la información del paciente, y asegure y mantenga la disponibilidad de los expedientes.**

**\*[Para RNHCIs según §403.748(b):] Políticas y procedimientos. (5) Un sistema de cuidado de información que provea lo siguiente:**

**(i) Preserve la información del paciente,**

**(ii) Proteja la confidencialidad de la información del paciente.**

**(iii) Asegure y mantenga la disponibilidad de los expedientes.**

**\*[Para los OPOs según §486.360(b):] Políticas y procedimientos. (2) Un sistema de documentación medica que preserve la información potencial y real del donante y asegure y mantenga la disponibilidad de los expedientes.**

**Guías Interpretativas aplican a: §403.748(b)(5), §416.54(b)(4), §418.113(b)(3), §441.184(b)(5), §460.84(b)(6), §482.15(b)(5), §483.73(b)(5), §483.475(b)(5), §484.22(b)(4), §485.68(b)(3), §485.625(b)(5), §485.727(b)(3), §485.920(b)(4), §486.360 (b)(2), §491.12(b)(3), §494.62(b)(4).**

**Nota: Esto no aplica a Centros de trasplante.**

En adición a cualquier requisito existente para los expedientes de pacientes indicado en las leyes existentes, bajo este estándar, se requiere a las facilidades que garanticen que los expedientes de los pacientes están asegurados y disponibles para asegurar la continuidad del cuidado durante la emergencia. Este requisito no reemplaza ni elimina cualquier requisito bajo las regulaciones de expedientes del proveedor/suplidor, sino que este estándar se agrega a tales políticas y procedimientos. Estas políticas y procedimientos deben estar en cumplimiento con la Ley HIPAA, según 45 CFR partes 160 y 164, que protegen la privacidad y seguridad de la información de salud personal del individuo.

Procedimientos de Inspección

- Preguntar por una copia de las políticas y procedimientos que evidencie el sistema de documentación del expediente médico para preservar la información del paciente (o donante potencial o actual para el OPO) proteger la confidencialidad de la información del paciente (o donante potencial o actual para el OPO) y asegurar y mantener disponible los expedientes.

**E-0024**

**(Emitido XX-XX-17)**

§403.748(b)(6), §416.54(b)(5), §441.184(b)(6), §460.84(b)(7), §482.15(b)(6), §483.73(b)(6), §483.475(b)(6), §484.22(b)(5), §485.68(b)(4), §485.625(b)(6), §485.727(b)(4), §485.920(b)(5), §491.12(b)(4), §494.62(b)(5).

**[(b) Políticas y procedimientos. Las [facilidades] deben desarrollar e implementar políticas y procedimientos de preparación para emergencias, basado en el plan de emergencias establecido en el párrafo (a) de esta sección, estimado de riesgo en el párrafo (a)(1) de esta sección, y el plan de comunicación según el párrafo (c) de esta sección. Las políticas y procedimientos deben ser revisado y actualizados anualmente.] Como mínimo, las políticas y procedimientos deben establecer lo siguiente:]**

**(6) [o (4), (5), o (7) según arriba indicado] El uso de voluntarios en una emergencia u otras estrategias de personal de emergencia, incluido el proceso y la función para la integración de profesionales de la salud designados por el gobierno y el Estado para abordar las necesidades de emergencia durante una emergencia.**

**\*[Para los RNHCIs según §403.748(b):] Políticas y procedimientos. (6) El uso de voluntarios en una emergencia y otras estrategias de personal de emergencia para abordar las necesidades de emergencia durante una emergencia.**

**Guías Interpretativas aplican a: §403.748(b)(6), §416.54(b)(5), §418.113(b)(4), §441.184(b)(6), §460.84(b)(7), §482.15(b)(6), §483.73(b)(6), §483.475(b)(6), §484.22(b)(5), §485.68(b)(4), §485.625(b)(6), §485.727(b)(4), §485.920(b)(5), §491.12(b)(4), §494.62(b)(5).**

**Nota: Esto no aplica a Hospicios, Centros de Trasplante u OPOs.**

Durante una emergencia, la facilidad pudiera necesitar el apoyo de individuos voluntarios con varios niveles de destrezas y adiestramientos. La facilidad debe implementar políticas y procedimientos que faciliten este apoyo. Para que los voluntarios profesionales de la salud puedan realizar los servicios dentro del enfoque de la práctica y adiestramiento, las facilidades deben incluir los procesos necesarios de privilegios y credenciales en sus políticas y procedimientos del plan de preparación para emergencias. Los voluntarios no médicos deberán realizar tareas que no sean médicas. Las facilidades tienen la flexibilidad de determinar cómo utilizar mejor los voluntarios durante la emergencia siempre y cuando dicha utilización este de acuerdo con las leyes Estatales, las reglas de enfoque de la práctica del Estado y las políticas de la facilidad. Estas pueden además incluir profesionales de la salud designados, como personal de Servicios de Salud Pública (PHS, en inglés), Equipos del Sistema Medico de Desastres Nacional (NDMS, en inglés), Cuerpo de Enfermeros del Departamento de la Defensa (DOD, en inglés), Cuerpo Médico de Reserva (MRC, en inglés) o personal como los identificados en las Áreas Limitadas de Profesionales de la Salud (HPSAs, en inglés) para incluir médicos primarios licenciados, servicios dentales, y profesionales de salud mental y de la conducta. Se recomienda que las facilidades integren a los registros de voluntarios establecidos por el Estado y cuando sea posible, el Sistema Estatal de Emergencia para el Registro Avanzado de Profesionales de la Salud Voluntarios (ESARVHP, en inglés).

Se espera que las facilidades incluyan en su plan de emergencias un método para contactar al personal fuera de turno durante una emergencia y los procedimientos deben establecer otras contingencias en el evento de que el personal no esté disponible para reportarse al trabajo que debe incluir, pero no se limita a, utilizando personal de otras facilidades y profesionales de la salud federalmente designados.

### **Procedimiento de Inspección**

- Verificar que la facilidad haya incluido políticas y procedimientos para el uso de voluntarios y otras estrategias de personal en su plan de emergencias.

E-0025

(Emitido XX-XX-17)

§403.748(b)(7), §418.113(b)(5), §441.184(b)(7), §460.84(b)(8), §482.15(b)(7), §483.73(b)(7), §483.475(b)(7), §485.625(b)(7), §485.920(b)(6), §494.62(b)(6).

[(b) Políticas y procedimientos. Las [facilidades] deben desarrollar e implementar políticas y procedimientos de preparación para emergencias, basado en el plan de emergencia según el párrafo (a) de esta sección, estimado de riesgo según el párrafo (a)(1) de esta sección, y el plan de comunicación según el párrafo (c) de esta sección. Las políticas y procedimientos deben ser revisado y actualizados por lo menos anualmente.] Como mínimo, las políticas y procedimientos debe establecer lo siguiente:]

\*[Para Hospicios según §418.113(b), PRFTs según §441.184(b) Hospitales según §482.15(b), y Facilidades de LTC según §483.73(b):] **Políticas y procedimientos. (7) [o (5)] El desarrollo de arreglos con otras [facilidades] [y] otros proveedores para recibir pacientes en el evento de limitaciones o cese de operaciones para mantener la continuidad de los servicios a los pacientes de la facilidad.**

\*[Para PACE según §460.84(b), ICF/IIDs según §483.475(b), CAHs según §486.625(b), CMHCs según §485.920(b) y facilidades de ESRD según §494.62(b):] **Políticas y procedimientos. (7) [o (6), (8)] El desarrollo de arreglos con otras [facilidades] [u] otros proveedores para que reciban pacientes en el evento de limitaciones o cese de operaciones para mantener la continuidad de los servicios a los pacientes de la facilidad.**

\*[Para RNHCIs según §403.748(b):] **Políticas y procedimientos. (7) El desarrollo de arreglos con otros RNHCIs y otros proveedores para que reciban los pacientes en el evento de limitaciones o cese de operaciones para mantener la continuidad de los servicios no médicos para los pacientes del RNHCI.**

**Guías Interpretativas aplican a:** §403.748(b)(7), §418.113(b)(5), §441.184(b)(7), §460.84(b)(8), §482.15(b)(7), §483.73(b)(7), §483.475(b)(7), §485.625(b)(7), §485.920(b)(6), §494.62(b)(6).

**Nota:** Las diferencias para algunos proveedores y suplidores entre “y” y el “o” hacen referencia arriba. Adicionalmente, la frase donde dice que hay diferencias entre la continuidad de “operaciones” y “servicios” dentro del lenguaje regulatorio.

**Nota:** Esto no aplica a los ASCs, Centros de Trasplante, HHAs, CORFs, Clínicas, Agencias de Rehabilitación y Agencias de Salud Pública como los proveedores de Terapia Física Ocupacional y Servicios de Patología del Habla y Lenguaje, OPOs, RHCs/FQHCs.

Se requiere que las facilidades tengan políticas y procedimientos que incluyan contratos de transferencias de antemano con otras facilidades y otros proveedores para recibir pacientes en el evento de limitaciones o cese de operaciones para mantener la continuidad de los servicios a los pacientes de la facilidad. Las facilidades deben considerar todos los arreglos necesarios para la transferencia de pacientes durante un desalojo. Por ejemplo, si a un CAH se le requiere que desaloje, las políticas y procedimientos deben indicar que facilidades se encuentran cerca y fuera del área de desastre que pueden aceptar los pacientes del CAH. Adicionalmente, las políticas y procedimientos y los acuerdos con las facilidades deben incluir pre-acuerdos para transporte entre las facilidades. Los arreglos o acuerdos deben estar por escrito, como por ejemplo un Memorando de Entendimiento (MOU en inglés) y Contratos de Transferencia, para poder demostrar cumplimiento.

Para los RNHCIs según § 403.748(b)(7), el término “no-medico” se añadió para acomodar el cuidado no-medico único del RNHCI.

Procedimientos de Inspección

- Pregunte por las copias de los acuerdos o contratos que tienen con otras facilidades para recibir los pacientes en el evento de que la facilidad no pueda ofrecerles el cuidado durante una emergencia.
- Pregunte al liderato de la facilidad que explique los acuerdos establecidos para la transportación en el evento de un desalojo.

## E-0026

(Emitido XX-XX-17)

§403.748(b)(8), §416.54(b)(6), §418.113(b)(6)(C)(iv), §441.184(b)(8), §460.84(b)(9), §482.15(b)(8), §483.73(b)(8), §483.475(b)(8), §485.625(b)(8), §485.920(b)(7) §494.62(b)(7).

**[(b) Políticas y procedimientos. Las [facilidades] deben desarrollar e implementar políticas y procedimientos de preparación para emergencias, basado en el plan de emergencias establecido en el párrafo (a) de esta sección, estimado de riesgo según el párrafo (a)(1) de esta sección, y el plan de comunicación según el párrafo (c) de esta sección. Las políticas y procedimientos deben ser revisados y actualizados por lo menos anualmente.] Como mínimo, las políticas y procedimientos deben establecer lo siguiente:]**

**(8) [(6), (6)(C)(iv), (7), o (9)] El rol de la [facilidad] bajo la declaración de una exención declarada por el Secretario, de acuerdo con la sección 1135 de la Ley, en la provisión del cuidado y tratamiento en un lugar de cuidado alternativo identificado por los oficiales de manejo de emergencia.**

**\*[Para RNHCIs según §403.748(b):] Políticas y procedimientos. (8) El rol del RNHCI bajo una exención declarada por el Secretario, de acuerdo a la sección 1135 de la Ley, en la provisión de cuidado en un lugar de cuidado alternativo identificado por los oficiales del manejo de emergencias.**

**Guías Interpretativas aplican a: §403.748(b)(8), §416.54(b)(6), §418.113(b)(6)(C)(iv), §441.184(b)(8), §460.84(b)(9), §482.15(b)(8), §483.73(b)(8), §483.475(b)(8), §485.625(b)(8), §485.920(b)(7), §494.62(b)(7)**

**Nota: Esto no aplica a Centros de Trasplante, HHAs, CORFs, Clínicas, Agencias de Rehabilitación y Agencias de Salud Pública como Proveedores de Terapia Física Ambulatoria y Servicios de Patología del Habla y Lenguaje, OPOs, RHCs/FQHCs.**

Las facilidades deben desarrollar e implementar políticas y procedimientos que describan su rol en la provisión de cuidado en un escenario alternativo de cuidado durante emergencias. Se espera que los oficiales de emergencia estatal o local designen estos lugares alternos, y que planifiquen en conjunto con las facilidades locales los aspectos relacionados a personal, equipo y suplidos en los lugares alternos. Estos requisitos sugieren que los proveedores colaboren con sus oficiales de emergencia locales en la planificación proactiva para permitir una respuesta organizada y sistemática que asegure la continuidad del cuidado aun cuando los servicios en sus facilidades sean severamente interrumpidos.

Las políticas y procedimientos de la facilidad deben establecer específicamente el rol de la facilidad en las emergencias cuando el Presidente declare un mayor desastre o emergencia bajo la Ley Stafford o una emergencia bajo la Ley de Emergencias Nacionales, y el Secretario de Salud de HHS declare una emergencia de salud pública. Ejemplos de las exenciones bajo 1135 incluyen algunos de los CoPs existentes; Licencias de médicos u otros para proveer servicios en los Estados afectados; EMTALA; proveedores fuera de la red de los planes de Medicare Advantage e HIPAA.

Las políticas y procedimientos de las facilidades deben establecer que esfuerzos de coordinación son requeridos durante una emergencia declarada en donde se haya emitido una exención de los requisitos federales bajo la

sección 1135 de la Ley por el Secretario. Por ejemplo, si debido a un incidente masivo de bajas en un área geográfica, se pudiera emitir una exención 1135 para eliminar la licencia de los médicos para que estos individuos atiendan en una facilidad específica donde ellos normalmente no practican, entonces la facilidad debe tener políticas y procedimientos que describan las responsabilidades durante la duración del periodo de exención (waiver). Por ejemplo, las políticas deben señalar una persona líder a cargo de la responsabilidad y supervisión de los médicos asistentes que no están bajo contrato con la facilidad.

Además, las facilidades deben implementar políticas y procedimientos que indiquen las situaciones de emergencia en la cual una declaración no fue realizada y donde una exención 1135 puede no ser aplicable, como durante un desastre que afecte a la facilidad individual. En este caso, las políticas y procedimiento deben establecer las transferencias potenciales de pacientes; el tiempo de los pacientes en una facilidad alterna, etc.

Para información adicional sobre las exenciones o flexibilidades 1135, la página de internet sobre SCG Preparación para Emergencias tiene recursos.

#### Procedimientos de Inspección

- Verificar que la facilidad ha incluido políticas y procedimientos en su plan de emergencias que describan el rol de la facilidad en proveer cuidado y tratamiento (excepto para RNHCI, para cuidado solamente) en un lugar de cuidado alterno bajo una exención 1135.

#### E-0027

(Emitido XX-XX-17)

#### §494.62(b)(8) Condición de Cubierta:

**[(b) Políticas y procedimientos. La facilidad de diálisis debe desarrollar e implementar políticas y procedimientos de preparación para emergencias, basado en el plan de emergencia según el párrafo (a) de esta sección, estimado de riesgo según el párrafo (a)(1) de esta sección, y el plan de comunicación según el párrafo (c) de esta sección. Las políticas y procedimientos deben ser revisados y actualizados por lo menos anualmente.] Como mínimo, las políticas y procedimientos deben establecer lo siguiente:]**

**(8) Como la asistencia del sistema médico de emergencia puede obtenerse cuando sea necesario.**

#### Guías Interpretativas para §494.62(b)(8).

Las facilidades de ESRD deben incluir en su plan de emergencias, políticas y procedimientos para obtener asistencia médica de emergencia cuando sea necesario. La asistencia médica de emergencia podrá ser considerada pero no limitada a, asistencia externa como de un hospital cercano. Además, esto pudiera indicar asistencia de otra facilidad de ESRD incluyendo personal para asistir durante un desastre único de la facilidad.

#### Procedimientos de Inspección

- Verificar que la facilidad de ESRD haya incluido en su plan de emergencia, políticas y procedimientos para obtener asistencia médica de emergencia cuando sea necesario.

#### E-0028

(Emitido XX-XX-17)

#### §494.62(b)(9) Condición de Cubierta:

**[(b) Políticas y procedimientos. La facilidad de diálisis debe desarrollar e implementar políticas y procedimientos de preparación para emergencia, basado en el plan de emergencia según el párrafo (a) de esta sección, estimado de riesgo según el párrafo (a)(1) de esta sección, y el plan de comunicación según el párrafo (c) de esta sección. Las políticas y procedimientos deben ser revisados y actualizados por lo menos anualmente.] Como mínimo, las políticas y procedimientos deben establecer lo siguiente:]**

**(9) Un proceso por el cual el personal pueda confirmar que el equipo de emergencia, incluyendo pero no limitándose a, oxígeno, mascarillas, succión, desfibrilador o desfibrilador automático externo, resucitador artificial, y los medicamentos de emergencia, están en la premisas en todo tiempo e inmediatamente disponible.**

#### **Guías Interpretativas para §494.62(b)(9).**

Las facilidades de ESRD deben incluir políticas y procedimientos en su plan de emergencias que establezcan un proceso que confirme que los requisitos listados bajo este estándar se encuentran en las premisas de la facilidad en todo tiempo y están disponibles inmediatamente en el evento de una emergencia. El proceso debe estar por escrito. Es la responsabilidad de la facilidad determinar qué equipo debe permanecer y estar disponible en sus premisas durante una emergencia para asistir a los pacientes durante una emergencia. Además, es responsabilidad de la facilidad asegurar que todo el equipo necesario identificado en el área está en buen funcionamiento en todo tiempo de acuerdo a las instrucciones del fabricante. Los medicamentos de emergencia no deben estar vencidos y deben ser almacenados y mantenidos basado en las instrucciones del fabricante. La facilidad está en la mejor disposición de determinar cuál equipo de emergencia necesita tener disponible. En adición, las facilidades de diálisis necesitan poder manejar las emergencias relacionadas al cuidado durante una emergencia cuando otros sistemas de asistencia de emergencia no estén disponibles para ellos inmediatamente.

#### **Procedimientos de Inspección**

- Verificar que la facilidad de diálisis tiene un proceso implementado por el cual su personal confirme que el equipo de emergencia se encuentra en las premisas y está disponible inmediatamente.
- Verificar que el proceso incluye por lo menos el equipo de emergencia indicado dentro de su plan de emergencias preguntando por una copia del proceso/política escrita sobre equipo de emergencia y medicamentos.
- Mirar que los equipos indicados arriba están disponibles y en funcionamiento. Solicite ver los procedimientos/lista de verificación para asegurarse de que el equipo este verificado.
- Mirar que la fecha de los medicamentos de emergencia no estén expirados.

#### **E-TAG NO CITABLE (Sin etiquetas asignadas)**

##### **Solo Referencia (PACE)**

**(Emitido XX-XX-17)**

#### **§460.84(b)(10) Requisito:**

**[(b) Políticas y procedimientos. La organización PACE debe desarrollar e implementar políticas y procedimientos de preparación para emergencias, basado en el plan de emergencia según el párrafo (a) de esta sección, estimado de riesgo según el párrafo (a)(1) de esta sección, y el plan de comunicación según el párrafo (c) de esta sección. Las políticas y procedimientos deben indicar el manejo de emergencias médicas y no-médicas, incluyendo, pero no limitándose a: Fuego, equipo, electricidad, falla**

**de agua; emergencias relacionadas al cuidado; y desastres naturales que puedan poner en riesgo la salud o la seguridad de los participantes, empleados o el público. Las políticas y procedimientos deben ser revisados y actualizados por lo menos anualmente. Como mínimo, las políticas y procedimientos deben establecer lo siguiente:**

**(10)(i) Equipo de emergencia, incluyendo oxígeno portable, mascarillas, succión y medicamentos de emergencia.**

**(ii) Los empleados que conozcan cómo utilizar el equipo debe estar presente en las premisas de cada centro en todo tiempo y estar disponibles inmediatamente.**

**(iii) Tener un plan documentado para obtener asistencia médica de emergencia de recursos externos cuando sea necesario.**

#### **Guías Interpretativas para §460.84(b)(10).**

Organizaciones de PACE deben incluir políticas y procedimientos en su plan de emergencias para identificar los requisitos en este estándar.

E-0029

(Emitido XX-XX-17)

§403.748(c), §416.54(c), §418.113(c), §441.184(c), §460.84(c), §482.15(c), §483.73(c), §483.475(c), §484.22(c), §485.68(c), §485.625(c), §485.727(c), §485.920(c), §486.360(c), §491.12(c), §494.62(c).

(c) La [facilidad] debe desarrollar y mantener un plan de preparación para emergencias que cumpla con las leyes Federales, Estatales y locales y debe ser revisado y actualizado por lo menos anualmente.

Guías Interpretativas aplican a: §403.748(c), §416.54(c), §418.113(c), §441.184(c), §460.84(c), §482.15(c), §483.73(c), §483.475(c), §484.22(c), §485.68(c), §485.625(c), §485.727(c), §485.920(c), §486.360(c), §491.12(c), §494.62(c).

Nota: Esto no aplica a Centros de Trasplante.

Las facilidades deben tener un plan de comunicación de emergencias escrito que contenga la forma en que la facilidad coordina el cuidado del paciente dentro de su facilidad, entre los proveedores del cuidado de salud, y con los departamentos de salud pública estatal y local. El plan de comunicación debe incluir la forma en que la facilidad interactúa y coordina con las agencias y sistemas de manejo de emergencias para proteger la salud y seguridad del paciente y apoyar la coordinación del cuidado. El plan debe ser revisado anualmente y actualizado según sea necesario. Le permitimos flexibilidad a las facilidades en la forma en que formulan y operacionalizan los requisitos del plan de comunicación.

Las facilidades en áreas rurales o remotas con conectividad limitada a metodologías de comunicación como el Internet, Web, o celulares necesitan asegurar que su plan de comunicación indica la forma en que ellos se van a comunicar y cumplir con estos requisitos en ausencia de estas metodologías de comunicación. Por ejemplo, si la facilidad está localizada en un área rural, con limitación o falta de internet y conectividad telefónica durante una emergencia, debe indicar cuales medios alternos están disponibles para alertar a los oficiales de emergencia local y Estatal. Las facilidades pueden considerar métodos de comunicación alternos incluyendo teléfonos satelitales, radios y radios de onda corta.

Procedimientos de Inspección

- Verificar que la facilidad tiene un plan escrito de comunicación preguntando para ver el plan.
- Preguntar por la evidencia que el plan ha sido revisado (y actualizado según necesario) anualmente.

## **E-0030**

**(Emitido XX-XX-17)**

**§403.748(c)(1), §416.54(c)(1), §418.113(c)(1), §441.184(c)(1), §460.84(c)(1), §482.15(c)(1), §483.73(c)(1), §483.475(c)(1), §484.22(c)(1), §485.68(c)(1), 42 §485.625(c)(1), §485.727(c)(1), §485.920(c)(1), §486.360(c)(1), §491.12(c)(1), §494.62(c)(1).**

**[(c) La [facilidad, excepto RNHCIs, hospicios, centros de trasplante, y HHAs] deben desarrollar y mantener un plan de comunicación de preparación para emergencias que cumpla con las leyes Federales, Estatales y locales y debe ser revisado y actualizado por lo menos anualmente.] El plan de comunicación debe incluir todo los siguientes:]**

**(1) Nombres e información de contacto para los siguientes:**

- (i) Empleados.**
- (ii) Entidades que proveen servicios bajo arreglo/contrato.**
- (iii) Médicos de los pacientes.**
- (iv) Otras [facilidades].**
- (v) Voluntarios.**

**\*[Para Hospitales según §482.15(c) y CAHs según §485.625(c)] El plan de comunicación debe incluir todo lo siguiente:**

**(1) Nombres e información de contacto para los siguientes:**

- (i) Empleados.**
- (ii) Entidades que proveen servicios bajo arreglo/contrato.**
- (iii) Médicos de los pacientes.**
- (iv) Otras [hospitales y CAHs].**
- (v) Voluntarios.**

**\*[Para RNHCIs según §403.748(c):] El plan de comunicación debe incluir todo lo siguiente:**

**(1) Nombres e información de contacto para los siguientes:**

- (i) Empleados.**
- (ii) Entidades que proveen servicios bajo arreglo/contrato.**
- (iii) Pariente más cercano, tutor o custodio.**
- (iv) Otros RNHCIs.**
- (v) Voluntarios.**

*\*[Para ASCs at §416.45(c):]* **El plan de comunicación debe incluir todo lo siguiente:**

**(1) Nombres e información de contacto para los siguientes:**

- (i) Empleados.**
- (ii) Entidades que proveen servicios bajo arreglo/contrato.**
- (iii) Médicos de los pacientes.**
- (iv) Voluntarios.**

*\*[Para Hospicios según §418.113(c):]* **El plan de comunicación debe incluir todo lo siguiente:**

**(1) Nombres e información de contacto de los siguientes:**

- (i) Empleados del Hospicio.**
- (ii) Entidades que proveen servicios bajo arreglo/contrato.**
- (iii) Médicos de los pacientes.**
- (iv) Otros hospicios.**

*\*[Para los OPOs según §486.360(c):]* **El plan de comunicación debe incluir todo lo siguiente:**

**(1) Nombres e información de contacto de los siguientes:**

- (i) Empleados.**
- (ii) Entidades que proveen servicios bajo arreglo/contrato.**
- (iii) Voluntarios.**
- (iv) Otros OPOs.**
- (v) Hospitales de Trasplante en Área de Servicio de Donación de OPOs (DSA en inglés).**

**Guías Interpretativas aplican a: §403.748(c)(1), §416.54(c)(1), §418.113(c)(1), §441.184(c)(1), §460.84(c)(1), §482.15(c)(1), §483.73(c)(1), §483.475(c)(1), §484.22(c)(1), §485.68(c)(1), §485.625(c)(1), §485.727(c)(1), §485.920(c)(1), §486.360(c)(1), §491.12(c)(1), §494.62(c)(1).**

**Nota: Esto no aplica a Centros de Trasplante.**

Una facilidad debe tener la información de contacto de aquellos individuos y entidades indicados en el estándar. El requisito de tener la información de contacto para “otras facilidades” requiere que el proveedor o suplidor tenga la información de contacto de otros proveedores o suplidores de su mismo tipo. Por ejemplo, los hospitales deben tener información de contacto para otros hospitales y los CORFs deben tener la información de contacto de otros CORFs, etc., Mientras no se requiere, las facilidades pudieran encontrar prudente el tener información de contacto para otras facilidades que no sean del mismo tipo. Por ejemplo un hospital pudiera encontrar apropiado tener la información de contacto de las facilidades LTC dentro de un área geográfica razonable, lo cual pudiera asistir en facilitar la transferencia de pacientes. Las facilidades tienen discreción en establecer el formato de esta información, sin embargo debe estar disponible y accesible inmediatamente al liderato y el personal durante una emergencia. Aquellas facilidades que utilicen el almacenamiento de datos electrónicos deben poder proporcionar evidencia de respaldo de datos con copias impresas o demostrar capacidad para reproducir listas de contactos o acceder a estos datos durante emergencias. Toda la información

de contacto debe ser revisada y actualizada según sea necesario por lo menos una vez al año. La información de contacto contenida en el plan de comunicación debe ser precisa y actualizada. Las facilidades deben actualizar la información de contacto para personal nuevo y aquellos que renuncian o dejan la facilidad a través de los años y cualquier otro cambio a la información de aquellos individuos y entidades en la lista de contacto.

Los Centros de Trasplante deben ser incluidos en el desarrollo de los planes de comunicación de los hospitales. En el caso de los centros de trasplante aprobados por Medicare, estos necesitan desarrollar un plan de comunicación y ser diseminado entre los hospitales, OPO, y los pacientes trasplantados. Por ejemplo, si el programa de trasplante planifica transferir pacientes a otro centro de trasplante debido a una emergencia, el plan de comunicación entre los hospitales, el OPO, y el paciente debe incluir las responsabilidades de cada tipo de facilidad para asegurar la continuidad del cuidado. Durante una emergencia, surge una oferta de donación de órgano en el momento en que el paciente está en el “hospital transferido”, el plan de comunicación de preparación para emergencias del OPO debe indicar como esta información será comunicada a ambos, al OPO y al paciente en donde su cuidado se está brindando.

### **Procedimientos de Inspección**

- Verificar que todos los contactos requeridos están incluidos en el plan de comunicación preguntando por el listado de contactos y confirmándolo con su información de contacto.
- Verificar que toda la información de contacto ha sido revisada y actualizada por lo menos anualmente revisando la evidencia de la revisión anual.

### **E-0031**

**(Emitido XX-XX-17)**

§403.748(c)(2), §416.54(c)(2), §418.113(c)(2), §441.184(c)(2), §460.84(c)(2), §482.15(c)(2), §483.73(c)(2), §483.475(c)(2), §484.22(c)(2), §485.68(c)(2), §485.625(c)(2), §485.727(c)(2), §485.920(c)(2), §486.360(c)(2), §491.12(c)(2), §494.62(c)(2).

**[(c) La [facilidad] debe desarrollar y mantener un plan de comunicación y preparación para emergencias que cumpla con las leyes Federales, Estatales, locales y ser revisado y actualizado por lo menos anualmente] El plan de comunicación debe incluir todo lo siguiente:**

#### **(2) Información de Contacto de los siguientes:**

- (i) Personal de preparación para emergencias Federal, Estatal, tribal, regional, y local.**
- (ii) Otros recursos de asistencia.**

**\*[Para Facilidades de LTC según §483.73(c):] (2) Información de contacto de los siguientes:**

- (i) Personal de preparación para emergencias Federal, Estatal, tribal, regional, o local.**
- (ii) Agencia Estatal de Certificación y Licencia.**
- (iii) Oficina Estatal del Procurador de Cuidado Prolongado.**
- (iv) Otros recursos de asistencia.**

**\*[Para ICF/IIDs según §483.475(c):] (2) Información de Contacto de los siguientes:**

- (i) Personal de preparación para emergencias Federal, Estatal, tribal, regional, y local.**
- (ii) Otros recursos de asistencia.**
- (iii) Agencia Estatal de Certificación y Licencia.**
- (iv) Agencia Estatal de Protección y Procuraduría.**

**Las Guías Interpretativas aplican a:** §403.748(c)(2), §416.54(c)(2), §418.113(c)(2), §441.184(c)(2), §460.84(c)(2), §482.15(c)(2), §483.73(c)(2), §483.475(c)(2), §484.22(c)(2), §485.68(c)(2), §485.625(c)(2), §485.727(c)(2), §485.920(c)(2), §486.360(c)(2), §491.12(c)(2), §494.62(c)(2).

**Nota: Esto no aplica a Centros de Trasplante.**

La facilidad debe tener la información de contacto de aquellos individuos y entidades delineadas dentro del estándar. Las facilidades tienen discreción en cuanto al formato de la información, sin embargo, esta debe estar disponible de inmediato a los líderes durante un evento de emergencia. Se motiva a las facilidades pero no se requiere que mantengan esta lista de contactos en ambos formatos electrónicos y en papel en la eventualidad que los sistemas electrónicos no estén accesibles. Toda la información de contacto debe ser revisada y actualizada por lo menos anualmente.

### **Procedimientos de Inspección**

- Verificar que todos los contactos requeridos son incluidos en el plan de comunicación preguntando por un listado de los contactos con su información de contacto.
- Verificar que toda la información de contacto ha sido revisada y actualizada por lo menos anualmente preguntado por la evidencia de la revisión anual.

### **E-0032**

**(Emitido XX-XX-17)**

**§403.748(c)(3), §416.54(c)(3), §418.113(c)(3), §441.184(c)(3), §460.84(c)(3), §482.15(c)(3), §483.73(c)(3), §483.475(c)(3), §484.22(c)(3), §485.68(c)(3), §485.625(c)(3), §485.727(c)(3), §485.920(c)(3), §486.360(c)(3), §491.12(c)(3), §494.62(c)(3).**

**[(c) La [facilidad] debe desarrollar y mantener un plan de comunicación de preparación para emergencias que cumpla con las leyes Federales, Estatales y locales y debe ser revisado y actualizado por lo menos anualmente.] El Plan de comunicación debe incluir todo lo siguiente:**

**(3) Medios primarios y alternos de comunicación con los siguientes:**

**(i) [Facilidad] personal.**

**(ii) Agencias Federales, Estatales, tribales, regionales, y locales de manejo de emergencias.**

**\*[Para ICF/IIDs según §483.475(c):] (3) Medios primarios y alternos para comunicación con personal de los ICF/IID's Federales, estatales, tribales, regionales, y locales de manejo de emergencias.**

**Guías Interpretativas aplican a:** §403.748(c)(3), §416.54(c)(3), §418.113(c)(3), §441.184(c)(3), §460.84(c)(3), §482.15(c)(3), §483.73(c)(3), §483.475(c)(3), §484.22(c)(3), §485.68(c)(3), §485.625(c)(3), §485.727(c)(3), §485.920(c)(3), §486.360(c)(3), §491.12(c)(3), §494.62(c)(3).

**Nota: Esto no aplica a Centros de Trasplante.**

Se requiere que las facilidades tengan medios primarios y alternos de comunicación con el personal, y las agencias de manejo de emergencias Federales, Estatales, tribales, regionales y locales. Las facilidades tienen la discreción de utilizar sistemas de comunicación alternos que mejor cumplan con sus necesidades. Sin embargo, se espera que las facilidades consideren buscapersonas (pagers), teléfonos celulares, radio transmisores, (walkie-talkies), y otros dispositivos de radio como los sistemas de Radio del Tiempo NOAA y Operadores de Radio Aficionados (HAM Radio), así como sistemas de teléfonos satelitales. Reconocemos que algunas

facilidades, especialmente en áreas remotas, pudieran tener dificultad utilizando algunos sistemas de comunicación, como teléfonos celulares, aun en situaciones normales, por lo que debe ser indicado en el estimado de riesgo bajo el plan de comunicación. Se espera que estas facilidades estos desafíos cuando establezcan y mantengan un sistema de comunicación bien diseñado que funcione durante la emergencia.

El plan de comunicación debe incluir procedimientos sobre cuando y como se usaran métodos alternos de comunicación y quien los utilizara. Además, la facilidad debe asegurar que los métodos alternos seleccionados de comunicación son compatibles con los sistemas de comunicación de otras facilidades, agencias y oficiales estatales y locales con los cuales planea comunicarse durante las emergencias. Por ejemplo, si los oficiales locales del Estado X usan un el Programa SHARES de radio de alta frecuencia (HF en inglés) y la facilidad Y está tratando de comunicarse con el programa RACES, es prudente que consideren si estos dos métodos alternos de comunicación pueden comunicarse en las mismas frecuencias.

Las facilidades pueden buscar información acerca del Sistema de Comunicación Nacional (NCS en inglés) que ofrece un rango amplio de los servicios de comunicaciones de Seguridad Nacional y Preparación para Emergencias, Los Servicios de Telecomunicaciones de Emergencia del Gobierno (GETS, en inglés), el Programa Prioritario de Servicio de Telecomunicaciones (TSP, en inglés), Servicio de Prioridad Inalámbrico (WPS, en inglés), y SHARES. Otros metidos de comunicación pueden incluir, pero no se limitan a, teléfonos satelitales, radio, y radio de onda corta. El Servicio de Radio Emergencia Civil para Aficionados (RACES, en inglés) es una parte integral de las operaciones del manejo de emergencias.

### **Procedimientos de Inspección**

- Verificar que el plan de comunicación incluye los métodos primarios y alternos de comunicación para comunicarse con el personal de la facilidad, las agencias de manejo de emergencias Federales, Estatales tribales, regionales y locales, verificando el plan de comunicación.
- Pregunte por el equipo de comunicación o los Sistemas de comunicación indicados en el plan.

### **E-0033**

(Emitido XX-XX-17)

§403.748(c)(4)-(6), §416.54(c)(4)-(6), §418.113(c)(4)-(6), §441.184(c)(4)-(6), §460.84(c)(4)-(6), §441.184(c)(4)-(6), §460.84(c)(4)-(6), §482.15(c)(4)-(6), §483.73(c)(4)-(6), §483.475(c)(4)-(6), §484.22(c)(4)-(5), §485.68(c)(4), §485.625(c)(4)-(6), §485.727(c)(4), §485.920(c)(4)-(6), §491.12(c)(4), §494.62(c)(4)-(6).

**[(c) La [facilidad] debe desarrollar y mantener un plan de comunicación de preparación para emergencias que cumpla con las leyes Federales, Estatales y locales y que sea revisado y actualizado por lo menos anualmente. ] El plan de comunicación debe incluir lo siguiente:**

**(4) Un método para compartir información y documentación medica para los pacientes al cuidado de la [facilidad], según sea necesario, con otros proveedores de salud para mantener la continuidad del cuidado.**

**(5) Un método, en el evento de un desalojo, para divulgar información del paciente según permitido en 45 CFR 164.510(b)(1)(ii).** *[Esta provisión no es requerida para los HHAs según §484.22(c), CORFs según §485.68(c)]*

**(6) [(4) o (5)] Un método para proveer información acerca de la condición general y la localización de los pacientes bajo el cuidado de la [facilidad] según permitido en 45 CFR 164.510(b)(4).**

**\*[Para los RNHCIs según §403.748(c):] (4) Un método para compartir información y la documentación del cuidado de los pacientes bajo el cuidado de un RNHCI, según sea necesario, con los proveedores del cuidado para mantener la continuidad del cuidado, basado en una declaración de elección escrita por el paciente o su representante legal.**

**\*[Para los RHCs/FQHCs según §491.12(c):] (4) Un método de proveer información acerca de la condición general y la localización de los pacientes bajo el cuidado de la facilidad según permitido en 45 CFR 164.510(b)(4).**

**Guías Interpretativas aplican a: §403.748(c)(4)-(6), §416.54(c)(4)-(6), §418.113(c)(4)-(6), §441.184(c)(4)-(6), §460.84(c)(4)-(6), §482.15(c)(4)-(6), §441.184(c)(4)-(6), §460.84(c)(4)-(6), §483.73(c)(4)-(6), §483.475(c)(4)-(6), §484.22(c)(4)-(5), §485.68(c)(4), §485.625(c)(4)-(6), §485.727(c)(4), §485.920(c)(4)-(6), §491.12(c)(4), §494.62(c)(4)-(6).**

**Nota: Para los RHCs/FQHC's el lenguaje regulatorio difiere bajo (c)(4). En adición, un método para compartir información y la documentación medica de los pacientes bajo el cuidado de RHC/FQHC's, según necesario, con otros proveedores de salud para mantener la continuidad del cuidado y un método de proveer información acerca de la condición general y localización de los pacientes no aplica.**

**Nota: Esto no aplica a Centros de Trasplante.**

Se requiere que las facilidades desarrollen un método para compartir información y documentación médica (o del cuidado solamente para los RNHCIs) de los pacientes bajo su cuidado, según sea necesario, con otros proveedores de cuidado para mantener la continuidad del cuidado. El sistema debe asegurar que la información necesaria para proveer el cuidado a los pacientes es enviada con el paciente movilizado al siguiente proveedor de cuidado y además que esté disponible de inmediato para los pacientes que han sido refugiados en algún lugar. Ya que la regulación no especifica el tiempo para entregar la información de cuidado del paciente, se espera que las facilidades provean la información de cuidado del paciente durante un desalojo, dentro de un tiempo que permita un tratamiento efectivo y continuidad de cuidado. Las facilidades no deben atrasar la transferencia de los pacientes durante una emergencia por organizar los reportes, pruebas y otros de los pacientes a ser enviados con el paciente. Las facilidades deben enviar toda la información necesaria que esté disponible del paciente y debe incluir por lo menos, nombre del paciente, edad, Fecha de Nacimiento, alergias, medicamentos actuales, diagnósticos médicos, razón actual para la admisión (si esta admitido), tipo de sangre, directrices anticipadas y contactos de emergencia del paciente. No se especifican los medios (como papel o electrónico) sobre como las facilidades van a compartir la información requerida.

Se requiere que las facilidades (con excepción de los HHAs, RHCs/FQHCs y los CORFs) tengan los medios, en el evento de un desalojo, para divulgar información del paciente según permitido bajo 45 CFR 164.510 y un medio de proveer información acerca de la condición general y localización de los pacientes bajo el cuidado de una facilidad según permitido bajo 45 CFR 164.510(b)(4). De modo que las facilidades deben tener un plan de comunicación capaz de general información a tiempo y exacta que pueda ser diseminada, según permitido bajo 45 CFR 164.510(b)(4), a los familiares y otros. Las facilidades tienen la flexibilidad de desarrollar y mantener su propio sistema de manera que cumpla con sus necesidades.

Los requisitos de HIPAA no son suspendidos durante una emergencia nacional o emergencia de salud pública. Sin embargo, la Regla de Privacidad de HIPAA específicamente permite ciertos usos y divulgaciones de la información de salud protegida en circunstancias de emergencia y para propósitos de alivio de desastres. La Sección 164.510 “Usos y Divulgaciones que requieren de una oportunidad para que el individuo opte u objete” es parte de los “Estándares de Privacidad para la Información de Salud Identificada Individualmente”, comúnmente conocida como “La Regla de Privacidad”. La regulación de HIPAA según 45 CFR 164.510(b)(4),

“Uso y Divulgación para propósitos de alivio de desastres,” establece los requisitos para divulgación de información del paciente al público o entidades privadas autorizadas por ley o por estatuto para asistir en el alivio de desastres para propósitos de notificar a los miembros de la familia, representantes, o ciertos otros de la localización del paciente o condición general.

## Procedimientos de Inspección

- Verificar que el plan de comunicación incluye un método para compartir la información y documentación medical (o para los RNHCIs solamente, el cuidado) de los pacientes bajo el cuidado de la facilidad, según sea necesario, con otros proveedores de salud (o el cuidado para los RNHCIs) para mantener la continuidad del cuidado, revisando el plan de comunicación.
  - Para los RNHCIs, verificar que el método para compartir la información del paciente está basado en el requisito de selección escrito hecho por el paciente o su representante legal.
- Verificar que la facilidad haya desarrollado políticas y procedimientos que establezcan los medios que utilizará la facilidad para divulgar la información del paciente e incluir la condición general y localización de los pacientes, revisando el plan de comunicación.

## E-0034

(Emitido XX-XX-17)

§403.748(c)(7), §416.54(c)(7), §418.113(c)(7) §441.184(c)(7), §482.15(c)(7), §460.84(c)(7), §483.73(c)(7), §483.475(c)(7), §484.22(c)(6), §485.68(c)(5), §485.68(c)(5), §485.727(c)(5), §485.625(c)(7), §485.920(c)(7), §491.12(c)(5), §494.62(c)(7).

**[(c) La *[facilidad]* debe desarrollar y mantener un plan de comunicación para emergencias que cumpla con las leyes Federales, Estatales y locales y debe ser revisado y actualizado por lo menos anualmente.] El plan de comunicación debe incluir por lo menos lo siguiente:**

**(7) [(5) o (6)] Medio de proveer información acerca de la ocupación de la *[facilidad]*, necesidades, y habilidad para proveer asistencia, a la autoridad que tiene jurisdicción, el Centro de Comando de Incidentes, o su designado.**

**\*[Para los ASCs según 416.54(c)]: (7) Un medio de proveer información acerca de las necesidades del ASC, y su habilidad de proveer asistencia, a la autoridad que tiene jurisdicción, el Centro de Comando de Incidentes, o su designado.**

**\*[Para Hospicios de Pacientes Internados según §418.113(c):] (7) Un medio de proveer información acerca de la ocupación del hospicio, necesidades, y su habilidad de proveer asistencia, a la autoridad que tiene jurisdicción, el Centro de Comando de Incidentes, o su designado.**

**Guías Interpretativas aplican a: §403.748(c)(7), §416.54(c)(7), §418.113(c)(7), §441.184(c)(7), §460.84(c)(7), §482.15(c)(7), §483.73(c)(7); §483.475(c)(7); §484.22(c)(6); §485.68(c)(5), §485.625(c)(7); §485.727(c)(5); §485.920(c)(7); §491.12 (c)(5), §494.62(c)(7).**

**Nota: Esto no aplica a Hospicios ambulatorios o Centros de Trasplante.**

Las facilidades, con excepción de los centros de trasplante, deben tener una forma de proveer información acerca de las necesidades de la facilidad y su habilidad de proveer asistencia a la jurisdicción que tienen bajo su

autoridad (Agencias para el manejo de emergencias Estatales y locales, departamento de salud pública local y estatal, Centro de Comando de Incidencias, o su designado). Para hospitales, CAHs, RNHCIs, hospicios de pacientes hospitalizados, PRTFs, facilidades LTC, deben tener además medios de proveer información acerca de su ocupación.

El reporte de ocupación es considerado, pero no limitado a, reportar el número de pacientes actuales en la facilidad recibiendo tratamiento y cuidado o el porcentaje de ocupación de la facilidad. La facilidad debe considerar la forma en que su ocupación afecta su habilidad de proveer asistencia. Por ejemplo, si el porcentaje de ocupación de la facilidad está cerca del 100% la facilidad no puede aceptar pacientes de facilidades cercanas. El tipo de “necesidad” que una facilidad puede tener durante una emergencia y pudiera comunicar a la autoridad apropiada debe incluir pero no limitarse a, limitación de provisiones como la comida, agua, suplidos médicos, asistencia con desalojo y transferencias, etc.

**Nota:** La autoridad que tiene jurisdicción pudiera variar de acuerdo a la estructura local, estatal y federal así como el tipo de desastre. Por ejemplo, en el evento de un fuego forestal, la autoridad con jurisdicción que debe tomar el control del Centro de Comando de Incidentes o la coordinación a nivel estatal del desastre probablemente sería una agencia relacionada con el fuego.

No estamos indicando los métodos que las facilidades deben utilizar en diseminar la información requerida. Sin embargo, las facilidades deben incluir en sus planes de comunicación, un proceso para comunicar la información requerida.

**Nota:** Según definido por la Administración del Manejo de Emergencias Federal (FEMA, en inglés), un Sistema de Comando de Incidentes (ICS, en inglés) es un sistema diseñado para permitir el manejo de incidentes domésticos efectivo y eficiente integrando una combinación de facilidades, equipos, personal, procedimientos, y comunicaciones operadas dentro de una estructura organizacional común. (FEMA 2016). La industria, así como los proveedores/suplidores, usan varios términos para referirse a la misma función y nosotros hemos utilizado el término “Centro de Comando de Incidentes” para referirnos al “Centro de Operaciones de Emergencias” o “Puesto de Comando de Incidentes”. Los oficiales de preparación para emergencia Locales, Estatales, Tribales y Federales, así como las coaliciones regionales, pueden asistir a las facilidades en la identificación de sus Centros de Comando de Incidentes y reportar los requerimientos que dependen de una emergencia.

### **Procedimientos de Inspección**

- Verificar que el plan de comunicación incluye los medios para proveer información acerca de las necesidades de la facilidad, y su habilidad de proveer asistencia, a la autoridad que tenga jurisdicción, el Centro de Comando de Incidentes, o su designado a través de la revisión del plan de comunicación.
- Para hospitales, CAHs, RNHCIs, hospicios de pacientes admitidos, PRTFs, facilidades LTC, y ICF/IIDs, además verificar si el plan de comunicación incluye los medios para proveer información acerca de su ocupación.

### **E-0035**

**(Emitido XX-XX-17)**

**§483.73(c)(8); §483.475(c)(8)**

*\*[Para facilidades LTC según §483.73(c) y ICF/IIDs según §483.475(c) :]*

**[(c) La [facilidad LTC y ICF/IID] debe desarrollar y mantener un plan de comunicación de preparación para emergencias que cumpla con las leyes Federales, Estatales y locales y ser revisado y actualizado por lo menos anualmente.] El plan de comunicación debe incluir todo lo siguiente:**

**(8) Un método de compartir información del plan para emergencia, que la facilidad determine apropiado, con residentes [o clientes] y su familia o representantes.**

**Guías Interpretativas para §483.73(c)(8) and §483.475(c)(8).**

**Nota: Esto SOLAMENTE aplica a Facilidades de LTC y ICF/IIDs.**

Es requerido que las facilidades LTC y ICF/IIDs compartan sus planes y políticas de preparación para emergencias con los miembros de la familia y representantes de los residentes o clientes, respectivamente. Las facilidades tienen la flexibilidad de decidir qué información del plan de emergencia van a compartir, así como el tiempo y la manera en que debe ser diseminada. Si bien no requerimos a las facilidades que lleven a cabo pasos específicos o utilicen ciertas estrategias para compartir esta información con sus residentes o clientes y sus familiares o representantes, también recomendamos que las facilidades provean una hoja informativa a los miembros de la familia y sus residentes o representantes que destaquen las secciones más importantes del plan de emergencia y las políticas y procedimientos que la facilidad entiendan apropiados. Otras opciones incluyen el proveer instrucciones en la web o como parte del procedimiento de admisión de la facilidad sobre la forma de contactar a la facilidad en el evento de una emergencia. La facilidad puede proveer esta información al inspector durante una inspección para demostrar cumplimiento con el requisito.

### **Procedimiento de Inspección**

- Pregunte al personal que demuestre el método que la facilidad ha desarrollado para compartir su plan de emergencia con los residentes o clientes y sus familiares o representantes.
- Entreviste residentes o clientes y sus familiares o representantes y pregúnteles si han recibido información relacionada al plan de emergencias de la facilidad.
- Verifique que el plan de comunicación incluye un método para compartir la información del plan de emergencia, y que la facilidad ha determinado que es apropiado con los residentes o clientes y sus familiares o representantes mediante la revisión del plan.

### **E-0036**

**(Emitido XX-XX-17)**

**§403.748(d), §416.54(d), §418.113(d), §441.184(d), §460.84(d), §482.15(d), §483.73(d), §483.475(d), §484.22(d), §485.68(d), §485.625(d), §485.727(d), §485.920(d), §486.360(d), §491.12(d), §494.62(d).**

**(d) Adiestramiento y prueba. La [facilidad] debe desarrollar y mantener un adiestramiento de preparación para emergencias y un programa de prueba que esté basado en el plan de emergencia establecido de acuerdo al párrafo (a)(1) de esta sección, políticas y procedimientos según el párrafo (b) de esta sección, y el plan de comunicación según el párrafo (c) de esta sección. El programa de adiestramiento y prueba debe ser revisado y actualizado por lo menos anualmente.**

**\*[Para ICF/IIDs según §483.475(d):] Adiestramiento y prueba. El ICF/IID debe desarrollar y mantener un programa de adiestramiento y prueba que esté basado en el plan de emergencia según establecido en el párrafo (a) de esta sección, un estimado de riesgo según el párrafo (a)(1) de esta sección, políticas y procedimientos según el párrafo (b) de esta sección, y el plan de comunicación según el párrafo (c) de esta sección. El programa de adiestramiento y prueba debe ser revisado y actualizado por lo menos**

**anualmente. El ICF/IID debe cumplir con los requerimientos de simulacros de desalojo y adiestramiento según §483.470(h).**

*\*[Para Facilidades de ESRD según §494.62(d).]* **Adiestramiento, prueba, y orientación. La facilidad de diálisis debe desarrollar y mantener un programa de adiestramiento, prueba y orientación al paciente sobre preparación para emergencias, que este basado en el plan de emergencias establecido según el párrafo (a) de esta sección, estimado de riesgo según el párrafo (a)(1) de esta sección, políticas y procedimientos según el párrafo (b) de esta sección, y el plan de comunicación según el párrafo (c) de esta sección. El programa de adiestramiento, prueba y orientación debe ser revisado y actualizado por lo menos anualmente.**

**Guías Interpretativas aplican a: §403.748(d), §416.54(d), §418.113(d), §441.184(d), §482.15(d), §460.84(d), §483.73(d), §483.475(d), §484.22(d), §485.68(d), §485.625(d), §485.727(d), §485.920(d), §486.360(d), §491.12(d), §494.62(d).**

**Nota: Esto no aplica a Centros de Trasplante.**

**Nota: La cita en §483.470(h) que hace referencia en §483.475(d) para los requisitos de ICF/IIDs es incorrecta ya que fue un error técnico de la Regla Final.**

Un programa de adiestramiento y prueba sobre preparación para emergencias según indicado en este requisito debe estar documentado, revisado y actualizado por lo menos anualmente. El programa de adiestramiento y prueba debe reflejar los riesgos identificados en el estimado de riesgo de la facilidad y ser incluidos en su plan de emergencia. Por ejemplo, una facilidad que identifica la inundación como un riesgo debe incluir políticas y procedimientos en su plan de emergencia para cerrar o desalojar su facilidad e incluir esto en su programa de adiestramiento y prueba. Esto pudiera incluir, pero no se limita a, adiestramiento y prueba sobre como la facilidad comunicará el cierre a los individuos requeridos y agencias, sistemas de rastreo de pacientes y pruebas de procedimientos de transporte para movilizar de forma segura a los pacientes a otra facilidad. Además, para facilidades con múltiples localidades, como hospitales con múltiples localidades, el programa de adiestramiento y prueba debe reflejar el estimado de riesgo de cada localidad específica.

El adiestramiento se refiere a la responsabilidad de la facilidad de proveer educación e instrucciones al personal, contratistas, y los voluntarios de la facilidad para asegurar que los individuos están al tanto del programa de preparación para emergencias. La prueba es el concepto en el cual el adiestramiento se lleva a cabo (operacionalizado) y la facilidad puede evaluar la efectividad del adiestramiento así como el programa completo de preparación para emergencias. Las pruebas incluyen hacer simulacros o ejercicios para probar el plan emergencia para identificar brechas y áreas para mejorar.

### **Procedimientos de Inspección**

- Verificar que la facilidad tenga un programa escrito de adiestramiento y prueba (y para las facilidades de ESRD, orientación al paciente) que cumpla con los requisitos de esta regulación.
- Verificar que el programa ha sido revisado y actualizado, por lo menos anualmente, preguntando por documentación de la revisión anual así como cualquier actualización realizada.
- Verificar que los planes del ICF/IID también cumplen con los requisitos de simulacro de desalojo y adiestramiento según §483.470(i).

**E-0037**

**(Emitido XX-XX-17)**

§403.748(d)(1), §416.54(d)(1), §418.113(d)(1), §441.184(d)(1), §460.84(d)(1), §482.15(d)(1), §483.73(d)(1), §483.475(d)(1), §484.22(d)(1), §485.68(d)(1), §485.625(d)(1), §485.727(d)(1), §485.920(d)(1), §486.360(d)(1), §491.12(d)(1).

**(1) Programa de Adiestramiento.** La [facilidad, excepto Hospicios, PRTFs, organizaciones PACE, Hospitales, CAHs, RHCs/ FQHCs, y facilidades de diálisis] deben hacer todo lo siguiente:

- (i) Adiestramiento inicial sobre las políticas y procedimientos de preparación para emergencias a todo el personal Nuevo y existente, individuos que proveen servicios bajo arreglo contractual, y voluntarios, consistente con su rol esperado.**
- (ii) Proveer adiestramiento de preparación para emergencias por lo menos anualmente.**
- (iii) Mantener documentación de todos los adiestramientos de preparación para emergencia.**
- (iv) Demostrar conocimiento del personal en los procedimientos de emergencia.**

*\*[Para Hospitales según §482.15(d) y RHCs/FQHCs según §491.12:]* **(1) Programa de adiestramiento.** El [Hospital o RHC/FQHC] debe hacer todo lo siguiente:

- (i) Adiestramiento inicial sobre las políticas y procedimientos de preparación para emergencia a todo el personal nuevo y existente, los individuos que proveen servicios en la facilidad bajo arreglo contractual, y voluntarios, que sea consistente con sus roles esperados.**
- (ii) Proveer adiestramiento de preparación para emergencias por lo menos anualmente.**
- (iii) Mantener documentación del adiestramiento.**
- (iv) Demostrar conocimiento del personal sobre los procedimientos de preparación para emergencias.**

*\*[Para Hospicios según §418.113(d):]* **(1) Adiestramiento.** El hospicio debe realizar todo lo siguiente:

- (i) Adiestramiento inicial sobre las políticas y procedimientos de preparación para emergencias a todo el personal Nuevo y empleados existentes del hospicio, individuos que proveen servicios bajo arreglo contractual, consistente con sus roles esperados.**
- (ii) Demostrar conocimiento del personal sobre los procedimientos de preparación para emergencias.**
- (iii) Proveer adiestramiento de preparación para emergencias por lo menos anualmente.**
- (iv) Periódicamente revisar y ensayar su plan de preparación para emergencias con los empleados del hospicio (incluyendo personal no empleado), con énfasis especial en realizar procedimientos necesarios para proteger los pacientes y otros.**

*\*[Para PRTFs según §441.184(d):]* **(1) Programa de Adiestramiento.** El PRTF debe realizar todo lo siguiente:

- (i) Adiestramiento inicial sobre las políticas y procedimientos de preparación para emergencias a todo el personal Nuevo y existente, individuos que proveen servicios bajo arreglo contractual, y voluntarios, consistente con sus roles esperados.**
- (ii) Luego del adiestramiento inicial, proveer adiestramiento de preparación para emergencias por lo menos anualmente.**
- (iii) Demostrar conocimiento del personal en los procedimientos de emergencia.**
- (iv) Mantener documentación de todos los adiestramientos de preparación para emergencia.**

*\*[Para PACE según §460.84(d):]* **(1) La organización PACE debe realizar todo lo siguiente:**

- (i) Adiestramiento inicial sobre las políticas y procedimientos de preparación para emergencias a todo el personal nuevo y existente, individuos que ofrecen servicios en la facilidad bajo arreglo contractual, contratistas, participantes y voluntarios, consistente con sus roles esperados.**
- (ii) Proveer adiestramiento de preparación para emergencias por lo menos anualmente.**

- (iii) Demostrar que el personal tiene conocimiento de los procedimientos de emergencia, incluyendo informarle a los participantes sobre qué hacer, donde ir, y a quien contactar en caso de una emergencia.**
- (iv) Mantener documentación de todos los adiestramientos.**

**\*[Para CORFs según §485.68(d):](1) Adiestramiento. El CORF debe hacer todo lo siguiente:**

- (i) Proveer adiestramiento inicial sobre las políticas y procedimientos de preparación para emergencias a todo el personal nuevo y existente, individuos que proveen servicios bajo arreglo contractual, y voluntarios, consistente con sus roles esperados.**
- (ii) Proveer adiestramiento de preparación para emergencias por lo menos anualmente.**
- (iii) Mantener documentación de los adiestramientos.**
- (iv) Demostrar que el personal tiene conocimiento de los procedimientos de preparación para emergencias. Todo el personal nuevo debe estar orientado y asignado las responsabilidades específicas relacionadas al plan de emergencias del CORF dentro de las primeras dos semanas de su primer día de trabajo. El programa de adiestramiento debe incluir instrucciones sobre la ubicación y el uso de los sistemas de alarma y señales y el equipo de lucha contra incendios.**

**\*[Para CAHs según §485.625(d):] (1) Programa de Adiestramiento. El CAH debe hacer todo lo siguiente:**

- (i) Adiestramiento inicial sobre las políticas y procedimientos de preparación para emergencia, incluyendo reporte a tiempo y extinción de fuegos, protección, y cuando sea necesario, desalojo de pacientes, personal y visitantes, prevención de fuego y cooperación con las autoridades de fuego y desastre, a todo personal nuevo y existente, individuos que proveen servicios bajo arreglo, y voluntarios con sus roles esperados.**
- (ii) Proveer adiestramiento de preparación para emergencias por lo menos anualmente.**
- (iii) Mantener documentación de los adiestramientos.**
- (iv) Demostrar que el personal tiene conocimiento de los procedimientos de emergencia.**

**\*[Para CMHCs según §485.920(d):] (1) Adiestramiento. El CMHC debe proveer adiestramiento inicial sobre las políticas y procedimientos de preparación para emergencia a todos los nuevos y actual empleados, individuos que proveen servicios bajo arreglo contractual, y voluntarios, que sea consistente con sus roles esperados, y mantener documentación del adiestramiento. El personal del CMHC debe demostrar conocimiento de los procedimientos de emergencia. Por consiguiente, el CMHC debe proveer adiestramiento sobre preparación para emergencias por lo menos anualmente.**

**Guías Interpretativas aplican a: §403.748(d)(1), §416.54(d)(1), §418.113(d)(1), §441.184(d)(1), §460.84(d)(1), §482.15(d)(1), §483.73(d)(1), §483.475(d)(1), §484.22(d)(1), §485.68(d)(1), §485.625(d)(1), §485.727(d)(1), §485.920(d)(1), §486.360(d)(1), §491.12(d)(1)**

**Nota: Esto no aplica a Centros de Trasplante o facilidades de Diálisis (ESRD).**

Se requiere que las facilidades provean adiestramiento inicial en las políticas y procedimientos de preparación para emergencias que sea consistente con sus roles en una emergencia a todos los nuevos y actuales empleados, individuos que proveen servicios bajo arreglo contractual, y voluntarios. Esto incluye a los individuos que proveen servicios en una base diaria (per-diem) como personal de enfermería y cualquier otro individuo que provea servicios de manera intermitente y que espera que asista durante una emergencia.

Organizaciones PACE y CAHs tienen requisitos adicionales. Las organizaciones PACE debe además proveer adiestramiento inicial a los contratistas y los participantes de PACE. Los CAHs deben además incluir adiestramiento en lo siguiente: reporte a tiempo y extinción de fuegos; protección; y cuando sea necesario,

desalojo de pacientes, empleados, y visitantes, prevención de fuego, y cooperación con las autoridades de fuego y desastre.

Las Facilidades deben proveer adiestramiento de emergencia inicial durante la orientación (o inmediatamente después) para asegurar que no hay atrasos en el adiestramiento inicial. Con excepción de los CORFs que deben completar el adiestramiento dentro de las primeras dos semanas de comienzo del empleado, recomendamos que el adiestramiento inicial sea completado durante el tiempo que el empleado completa su programa de orientación inicial. En adición, en el caso de facilidades con múltiples localidades, como múltiples hospitales, el personal, los individuos que proveen servicios bajo arreglo contractual, o los voluntarios se les debe proveer adiestramiento inicial en sus localidades específicas y cuando sean asignados a una nueva localidad.

Las facilidades tienen flexibilidad para determinar el enfoque de su adiestramiento anual, siempre y cuando esté alineado con el plan de emergencia y el estimado de riesgo. Idealmente, el adiestramiento anual debe ser modificado anualmente e incorporando las lecciones aprendidas de los ejercicios más recientes, emergencias de vida reales que ocurrieron en el último año y durante la revisión anual del programa de emergencias de la facilidad. Por ejemplo, el adiestramiento anual puede incluir adiestramiento del personal sobre los procedimientos nuevos de desalojo o movilización donde haya sido identificado como una buena práctica y documentado en el AAR (Reporte Luego de la Acción) durante el último simulacro de emergencia y ser incorporados en la revisión anual del programa de emergencia.

Mientras que se requiere a las facilidades que provean adiestramiento anual a todo su personal, es potestad de la facilidad decidir el nivel de adiestramiento que se requiere a cada empleado para completar anualmente basado en el involucramiento del individuo o el rol esperado durante una emergencia. Existen temas claves que aplican a todo el personal, mientras que cierto personal clínico pudiera requerir temas adicionales. Por ejemplo, el personal de dietas que prepara las comidas no necesita cumplir el adiestramiento anual enfocado en procedimientos de desalojo de pacientes. Por el contrario, la facilidad puede proveer adiestramiento que se enfoque en la preparación apropiada y almacenaje de comidas durante una emergencia. En adición, dependiendo de las tareas específicas del personal durante una emergencia, la facilidad puede determinar que el adiestramiento externo documentado es suficiente para cumplir con algunos o todos los requisitos de adiestramiento anual de la facilidad. Por ejemplo, los empleados que trabajen con radiofármacos pueden asistir a adiestramientos externos que les enseñe como manejar las emergencias de radiofármacos. Es potestad de la facilidad decidir si el adiestramiento externo cumple con los requisitos de la facilidad.

Las facilidades deben mantener documentación del adiestramiento anual para todo el personal. La documentación debe incluir el adiestramiento específico completado así como los métodos utilizados para demostrar conocimiento del programa de adiestramiento. Las facilidades tienen la flexibilidad en la forma de demostrar que el personal tiene conocimiento de los procedimientos de emergencia. El método seleccionado probablemente se basa en la forma de llevar a cabo el adiestramiento. Por ejemplo: paquetes de adiestramientos en computadora o en papel pueden contener una prueba para demostrar conocimiento. Si las facilidades escogen adiestramiento dirigido por un instructor, una sesión de preguntas y respuestas debe hacerse luego del adiestramiento. Independientemente del método, las facilidades deben mantener documentación de que el adiestramiento fue completado y que el personal tiene conocimiento de los procedimientos de emergencia.

### **Procedimientos de Inspección**

- Solicite copias del adiestramiento inicial de preparación para emergencias de la facilidad relacionado con la preparación para emergencias y los realizados anualmente.
- Entreviste varios empleados y pregunte sobre el curso de adiestramiento inicial y anual para verificar conocimiento del personal en cuanto los procedimientos de emergencia.

- Revise una muestra de los adiestramientos del personal para verificar que el personal recibió el adiestramiento de preparación para emergencias inicial y anual.

## **E-0038**

(Emitido en XX-XX-17)

### **§494.62(d)(1): Condición de Cubierta:**

**(d)(1) Programa de Adiestramiento. La facilidad de diálisis debe todo lo siguiente:**

- (i) Proveer adiestramiento inicial sobre las políticas y procedimientos a todo el personal nuevo y existente, los individuos que proveen servicios bajo arreglo contractual, y voluntarios, que sea consistente con sus roles esperados.**
- (ii) Proveer adiestramiento de preparación para emergencias por lo menos anualmente. El personal debe:**
- (iii) Demostrar conocimiento de los procedimientos de emergencia, incluyendo el informar a los pacientes de:**
  - (A) ¿Qué hacer?;**
  - (B) A dónde ir, incluyendo instrucciones para ocasiones en que el área geográfica donde ubica la facilidad de diálisis debiera ser desalojada;**
  - (C) A quien contactar si ocurriese una emergencia mientras el paciente no está en la unidad de diálisis. Esta información de contacto debe incluir un numero de emergencia alternativo para la facilidad en momentos cuando la facilidad de diálisis no pudiera recibir llamadas telefónicas debido a una situación de emergencia (a menos que la facilidad tenga la habilidad de transferir las llamadas a un número de teléfono que funcione bajo dichas condiciones de emergencia); y**
  - (D) Como auto-desconectarse de la máquina de diálisis si ocurriese una emergencia.**
- (iv) Demostrar como mínimos que el personal de cuidado al paciente mantiene la certificación de CPS actualizada; y**
- (v) Adiestramiento apropiada al personal de enfermería sobre el uso de equipo de emergencia y medicamentos de emergencia.**
- (vi) Mantener documentación del adiestramiento.**

### **Guías Interpretativas para §494.62(d)(1).**

Se requiere que la facilidad de ESRD adiestre el personal nuevo y existente sobre las políticas y procedimientos de preparación para emergencia anualmente. Adicionalmente, los individuos que proveen servicios bajo arreglo contractual y voluntarios se les requiere tomar el adiestramiento según aplique a sus roles y responsabilidades dentro de la facilidad.

Muchas redes grandes de ESRD han implementado adiestramientos para todo el personal sobre procedimientos de desalojo de las facilidades. Con este requisito, se requiere que durante la inspección a todas las facilidades, el personal conozca los planes de desalojo actuales, localidades alternas así como sus contactos de emergencia. Durante el adiestramiento, el personal de ESRD debe estar disponible para demostrar conocimiento de los procedimientos para informar a los pacientes como desconectarse ellos mismos de una máquina de diálisis en el evento de un desastre.

La facilidad de ESRD debe adiestrar al personal para decirle a los paciente a quien contactar si la facilidad cierra y no puede proveer tratamiento debido a una situación de emergencia y como puede localizar una facilidad de diálisis alterna (e.g. Programa de Respuesta a Emergencias de la Comunidad de Riñón, (KCER, en inglés)) u hospital que los pudiera asistir.

Se espera que las facilidades de ESRD reprogramen las citas de los pacientes si un desastre o emergencia es pronosticado a través de los canales de notificación de emergencias, como el Pronóstico Nacional del Tiempo. Por ejemplo, para inclemencias del tiempo como tormentas de nieve que pudiera causar el cierre de las comunidades y condiciones peligrosas de las carreteras, esperamos que la facilidad realice los arreglos apropiados para que los pacientes reciban su diálisis o sean transferidos a un escenario de hospital donde se les provea el cuidado apropiado. Por lo tanto, las facilidades de ESRD adaptar su programa de adiestramiento y prueba para incluir procedimientos de desalojo en la eventualidad que una facilidad no pueda cerrar previo a una emergencia.

Se requiere que todo el personal de cuidado al paciente de una facilidad de ESRD mantenga sus certificación de CPR y todo el personal de enfermería se requiere que este propiamente adiestrado en los protocolos de emergencia que incluye el uso de equipo de emergencia y medicamentos de emergencia. Las certificaciones de CPR y el adiestramiento deben ser documentados y guardados en el expediente.

### **Procedimientos de Inspección:**

- Verifique la facilidad tiene un programa de adiestramiento de preparación para emergencias y que es actualizado anualmente.
- Entreviste al personal y dígame que describa los procedimientos y el plan de desalojo.
- Verifique que las copias recientes de las certificaciones de CPR para todo el personal de cuidado a pacientes están en el expediente.

### **E-0039**

(Emitido en XX-XX-17)

§416.54(d)(2), §418.113(d)(2), §441.184(d)(2), §460.84(d)(2), §482.15(d)(2), §483.73(d)(2), §483.475(d)(2), §484.22(d)(2), §485.68(d)(2), §485.625(d)(2), §485.727(d)(2), §485.920(d)(2), §491.12(d)(2), §494.62(d)(2).

**(2) Pruebas.** La [facilidad, exceptuando las facilidades de LTC, RNHCIs y OPOs] debe realizar ejercicios para probar el plan de emergencias por lo menos anualmente. La [facilidad, exceptuando los RNHCIs y los OPOs] debe realizar todo lo siguiente:

**\*[Para facilidades LTC según §483.73(d):] (2) Prueba.** Las facilidades LTC deben realizar ejercicios para probar su plan de emergencias por lo menos anualmente, incluyendo simulacros no anunciados con el personal utilizando los procedimientos de emergencia. La facilidad LTC debe hacer todo lo siguiente:]

**(i) Participar en un ejercicio a grande escala que incluya la comunidad o si la comunidad no está accesible, entonces hacerlo individual con toda la facilidad. Si la [facilidad] experimenta una emergencia natural o causada por el hombre que requiera la activación del plan de emergencias, la [facilidad] está exenta de involucrarse en un ejercicio basado en la comunidad o individual por 1 año luego del evento actual.**

**(ii) Realizar un ejercicio adicional que incluya, pero que no se limite a lo siguiente:**

**(A) Un Segundo ejercicio a grande escala que sea basado en la comunidad o individual basado en la facilidad.**

**(B) Un ejercicio de mesa que incluya discusión de grupo liderado por un facilitador, utilizando un escenario clínico relevante, y un conjunto de problemas, mensajes directos, o preguntas preparadas diseñadas para retar un plan de emergencia.**

**(iii) Analizar la respuesta de la [facilidad] y mantener documentación de todos los simulacros, ejercicios de mesa, y eventos de emergencia, y revisar el plan de emergencia de la [facilidad], según sea necesario.**

**\*[Para RNHCIs según §403.748 y OPOs según §486.360] (d)(2) Prueba. El [RNHCI y OPO] debe realizar ejercicios para probar el plan de emergencia. El [RNHCI y OPO] deben hacer lo siguiente:**

**(i) Realizar un ejercicio de mesa por lo menos anualmente. Un ejercicio de mesa es una discusión de grupo liderado por un facilitador, usando un escenario narrado y clínicamente relevante, y un conjunto de declaraciones de problemas, mensajes dirigidos, o preguntas preparadas y diseñadas para retar al plan de emergencia. (ii) Analizar la respuesta de [RNHCI's y OPO's] para y mantener la documentación de todos los ejercicios de mesa, y eventos de emergencia, y revisar el plan de emergencias de [RNHCI's y OPO's] según sea necesario.**

**Guías Interpretativas Aplican a: §403.748(d)(2), §416.54(d)(2), §418.113(d)(2), §441.184(d)(2), §460.84(d)(2), §482.15(d)(2), §483.73(d)(2), §483.475(d)(2), §484.22(d)(2), §485.68(d)(2), §485.625(d)(2), §485.727(d)(2), §485.920(d)(2), §486.360(d)(2) §491.12(d)(2), §494.62(d)(2)**

**Nota: Esto no aplica a Centros de Trasplante.**

**Nota: Se requiere que los RNHCIs y OPOs solamente realicen ejercicios de mesa anualmente para probar su plan de emergencia. No se les requiere realizar ejercicios individuales de la facilidad y ejercicios a grande escala con la comunidad.**

Las facilidades deben realizar ejercicios anuales para evaluar su plan de emergencias, que para los LTC también incluye simulacros sin anunciar con el personal utilizando los procedimientos de emergencia. Específicamente, se requiere que las facilidades realicen ejercicios de mesa y que participen en ejercicios a grande escala con la comunidad o que realicen un ejercicio individual de la facilidad si no está disponible el ejercicio con la comunidad. Debido a que el ejercicio a grande escala pudiera variar por sector, no se requiere que las facilidades realicen un ejercicio a grande escala según definido por FEMA o DHS (Homeland Security, en inglés) y el Programa de Evaluación (HSEEP, en inglés). Para propósitos de este requisito, un ejercicio a grande escala se define y acepta como cualquier ejercicio basado en la operación de la facilidad (simulacro, funcional o ejercicio a grande escala) que evalúe la capacidad funcional de la facilidad a través de simular una respuesta a una emergencia que pudiera impactar las operaciones de la facilidad y la comunidad que sirve. Un ejercicio a grande escala es también un ejercicio operacional que típicamente involucra múltiples agencias, jurisdicciones, y disciplinas realizando elementos funcionales u operacionales. También existe la definición de “comunidad” según es sujeto a la variación basado en el escenario geográfico, (e.g. rural, suburbio, urbano, etc.) roles y responsabilidades de las agencias estatales y locales, los tipos de proveedores en un área en adición a otros factores. Al hacer esto, las facilidades tienen la flexibilidad de participar en y realizar ejercicios que reflejen la realidad de los riesgos y composición de su comunidad. Se espera que las facilidades consideren su localización física, agencia y otras responsabilidades de la facilidad y necesidades de la comunidad cuando planifican o participan en sus ejercicios. El término podría, sin embargo, significar entidades dentro de un estado o región de múltiples estados.

En muchas áreas del país, las agencias Estatales y locales (agencias de manejo de emergencias y departamentos de salud) y algunas entidades regionales, como coaliciones de salud pueden realizar ejercicios a grande escala y comunitarios en un esfuerzo para evaluar ampliamente la planificación de emergencia de la comunidad, brechas potenciales, y la integración de la capacidad de respuesta en una emergencia. Las facilidades deben activamente comprometer estas entidades para identificar oportunidades potenciales, según sea apropiado, a la vez que ofrecen a la facilidad la oportunidad no de solamente evaluar su plan de emergencia pero también para que entiendan como pueden contribuir y coordinar e integrarse en la respuesta de la comunidad en general durante una emergencia. También provee de un foro colectivo para evaluar sus planes de comunicación para asegurar que tienen los contactos apropiados y entienden como incluir y comunicarse mejor con sus agencias de manejo

de emergencias y salud pública estatales y locales y otros colaboradores relevantes como coaliciones de salud locales, durante la emergencia.

Se espera que las facilidades contacten sus coaliciones de salud y agencias estatales, donde sea apropiado, para determinar si existe una oportunidad y determinar si su participación llena este requisito. Al hacer esto, se espera que ellos documenten la fecha, el personal y la agencia o coalición de salud que han contactado. Es también importante notar que las agencias o las coaliciones de salud que realizan estos ejercicios no tendrán los recursos para llenar los requisitos individuales de la agencia y por lo tanto, solo servirá como un conducto para una mayor participación y coordinación de la comunidad antes, durante y después del ejercicio basado en la comunidad a escala completa. Las facilidades son responsables de proporcionar recursos para su participación y asegurar que todos los requisitos de documentación se desarrollan y están disponibles para demostrar el cumplimiento con este requisito.

Se motiva a las facilidades a comprometerse con las Coaliciones de Salud en su área (HCC en inglés) (colaboradores del sistema de salud, salud pública, EMS, y manejo de emergencias) para explorar oportunidades de integración. Coaliciones de Salud (HCCs) son grupos de individuos de salud y organizaciones de respuesta que colaboran para asegurar que cada miembro tiene lo que necesita para responder a las emergencias y eventos planificados. HCCs planifican y llevan a cabo ejercicios coordinados para evaluar la preparación del sistema de prestación de salud. Hay mucho valor en participar en los HCCs en cuanto a la planificación estratégica, compartir información y coordinación de recursos. Los HCCs no coordinan los ejercicios individuales de la facilidad sino que sirven como un puente para proveer la oportunidad de que otros tipos de proveedores participen en el ejercicio. Los HCCs deben comunicar los planes de ejercicios con las agencias de preparación para emergencia estatales y locales y los HCCs se pueden beneficiar de la preparación completa de la comunidad. Además, CMS no regula las agencias de gobierno locales de planificación de desastres. Es responsabilidad de la facilidad estar en cumplimiento.

Las facilidades que no puedan identificar un ejercicio a grande escala basado en la comunidad, pueden cumplir con esta parte del requisito realizando un ejercicio individual basado en su facilidad, documentando una emergencia que requirió que activaran completamente su plan de emergencia, o realizando un ejercicio menor basado en la comunidad con otras facilidades cercanas. Las facilidades que elijan desarrollar un ejercicio menor basado en la comunidad tienen la oportunidad no solamente de evaluar su propio plan de preparación para emergencias sino que además de entender mejor todas las necesidades de la comunidad, identificar las interdependencias o brechas críticas y potencialmente minimizar el impacto financiero de este requisito. Por ejemplo, una facilidad LTC, un hospital, y una facilidad de ESRD, y una agencia de Salud en el Hogar, todas dentro de una misma área, pudieran realizar un ejercicio menor basado en la comunidad para evaluar sus planes individuales e identificar interdependencias que pudieran impactar el desalojo de la facilidad y/o identificar posibles escenarios de sobre voltaje debido a interrupción prolongada en la diálisis y los servicios de salud en el hogar. Aquellos que elijan realizar un ejercicio basado en comunidad deben hacer un esfuerzo de contactar sus oficiales de emergencia locales/estatales y las coaliciones de salud, donde sea apropiado, y ofrecerles la oportunidad de participar ya que ellos pueden proveer información valiosa sobre la planificación de emergencia y las actividades de respuesta en su área. Las facilidades que realicen un ejercicio individual basado en la facilidad necesitarán demostrar como identificaron cualquier riesgo identificado en su estimado de riesgo. Por ejemplo, una facilidad con pacientes admitidos podría probar que sus políticas y procedimientos para inundación que requiera el desalojo de pacientes a un lugar externo o a un refugio interno (e.g. vestíbulo, cafetería, etc.) e incluir requisitos para pacientes con necesidades funcionales y de acceso y las dependencias potenciales en equipos médicos dependientes de electricidad que salvan vidas. Una facilidad ambulatoria, como un proveedor de salud en el hogar, podría comprobar sus políticas y procedimientos de inundación que requieran localizar de inmediato al personal de turno o que requiera ser admitido a un hospital, comunicar las necesidades de un potencial desalojo a las agencias locales, y proveer información médica para apoyar la continuidad del cuidado del paciente.

Cada facilidad es responsable de documentar su cumplimiento y asegurar que esta información está disponible para revisión en cualquier momento por un periodo no menos de tres (3) años. Las facilidades deben además documentar sus lecciones aprendidas siguiendo sus ejercicios de mesa, los de grande escala y emergencias reales y demostrar que han incorporado cualquier mejoramiento necesario en sus programas de preparación para emergencias. Las facilidades pueden completar un proceso de revisión después de la acción para ayudarles a desarrollar un reporte de acción posterior (AAR, en inglés). El proceso incluye la discusión en mesa redonda que incluya los líderes, jefes de departamentos y personal critico que puedan identificar y documentar las lecciones aprendidas y el mejoramiento necesario en un AAR oficial. El AAR debe determinar por lo menos 1) que se supone que pasara; 2) que ocurrió; 3) que se hizo bien; 4) lo que la facilidad puede hacer de forma diferente o mejorar; y 5) un plan con fechas límites para incorporar el mejoramiento necesario. Finalmente, las facilidades que sean parte de un sistema de salud, pueden elegir participar en sus sistemas integrados y unificar los ejercicios y el programa de preparación para emergencias. Sin embargo, aquellos que lo hagan seguirán siendo responsables de documentar y demostrar el cumplimiento de su facilidad a nivel individual con los requisitos de ejercicios y capacitación.

Finalmente, una emergencia actual o una respuesta de gran magnitud que requiera la activación de los planes de emergencia relevantes cumple con el requisito anual del ejercicio y la facilidad está exenta de comprometerse con los ejercicios requeridos para el año siguiente al evento actual; y la facilidad debe demostrar esto a través de documentación escrita.

Para información adicional y herramientas, por favor visite la página de CMS sobre Certificación y Licencia de Preparación para Emergencias en el siguiente enlace: <https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/SurveyCertEmergPrep/index.html> o ASPR TRACIE.

### **Procedimientos de Inspección**

- Pregunte por la documentación de ejercicio anual de mesa (tabletop) y los ejercicios a grande escala (que pudiera incluir, pero no se limita a, el plan de los ejercicios, el AAR, y cualquier otra documentación utilizada por la facilidad para apoyar el ejercicio).
- Pregunte por la documentación de los esfuerzos de la facilidad de identificar el ejercicio a grande escala basado en la comunidad si no participaron en uno (i.e. fecha, personal y agencias contactadas y las razones de su inhabilidad de participar en un ejercicio basado en la comunidad).
- Solicite documentación del análisis y respuesta de la facilidad y como la facilidad actualice su programa de emergencias basado en este análisis.

### **E-0040**

(Emitido XX-XX-17)

#### **§494.62(d)(3) Condición de Cubierta:**

**Orientación del Paciente. Adiestramiento de preparación para emergencias. La unidad de diálisis debe proveer orientación y adiestramiento apropiados a los pacientes, incluyendo las áreas indicadas en el párrafo (d)(1) de esta sección.**

#### **Guías Interpretativas para §494.62(d)(3).**

Se requiere que las facilidades de ESRD implementen un programa de orientación y adiestramiento que eduque a los pacientes en cuanto a las políticas y procedimientos de preparación para emergencias de la facilidad, incluyendo los requisitos del programa de adiestramiento de preparación para emergencias de la facilidad ESRD según §494.62(d)(1). Por ejemplo, el programa de orientación y adiestramiento debe incluir la forma en que los

pacientes van a ser notificados de una emergencia; qué procedimientos particulares ellos esperan seguir; protocolos de comunicación para contactar la facilidad de diálisis e identificar una localidad alterna para su tratamiento en el evento del cierre de la facilidad así como el refugio.

En adición, los pacientes deben ser orientados sobre cómo deben desalojar la facilidad (si fuera requerido) y la localización de lugares potenciales de transferencia o servicios. Por ejemplo, si una situación de emergencia requiere el desalojo durante un tratamiento de diálisis, la facilidad debe adiestrar a los pacientes sobre como desconectarse de forma segura de su máquina. Además, en este ejemplo, si el paciente fue desconectado, el paciente debe ser notificado que él o ella serán transferidos a otra facilidad u hospital para completar su diálisis (si fuera requerido).

Finalmente, la orientación y adiestramiento sobre preparación de emergencias para los pacientes debe establecer adecuadamente los escenarios que fueron identificados en el estimado de riesgo de la unidad de diálisis e identificar las acciones específicas para la situación de emergencia. El programa de orientación y adiestramiento intenta asegurar que los pacientes son informados, están listos para asistirse ellos mismos, y que están alerta de los procedimientos y recursos de la facilidad (e.g. KCER) que puedan proveer información actualizada durante y luego de una emergencia.

### **Procedimientos de Inspección**

- Verifique que la facilidad de ESRD haya implementado sus políticas y procedimientos y que están activamente proveyendo orientación y adiestramiento a todos sus pacientes como para el programa de preparación para emergencias.
- Entreviste a un paciente y pregunte que le describa su orientación de la facilidad en términos de los procedimientos y protocolos de emergencia.

## **E-0041**

**(Emitido XX-XX-17)**

### **§482.15(e) Condición de Participación:**

**(e) *Sistemas de energía de emergencia y reserva.* El hospital debe implementar sistemas de energía y de reserva basados en su plan de emergencia según establecido en el párrafo (a) de esta sección y en sus políticas y su plan de procedimientos según los párrafos (b)(1)i y (ii) de esta sección.**

### **§483.73(e), §485.625(e)**

**(e) *Sistemas de energía de emergencia y reserva.* La facilidad [LTC y CAH] debe implementar sistemas de energía de emergencia y de reserve en su plan de emergencia según indicado en el párrafo (a) de esta sección.**

### **§482.15(e)(1), §483.73(e)(1), §485.625(e)(1)**

***Localización del Generador de Emergencia.* El generador debe estar localizado de acuerdo con los requisitos de localización indicados en el Código de Facilidades de Salud (NFPA 99 y Enmiendas Interinas Tentativas TIA 12–2, TIA 12–3, TIA 12–4, TIA 12–5, and TIA 12–6), Código de Seguridad de Vida (NFPA 101 y Enmiendas Interinas Tentativas TIA 12–1, TIA 12–2, TIA 12–3, y TIA 12–4), y NFPA 110, cuando se construye una nueva estructura o cuando una estructura existente o edificio es renovado.**

### **482.15(e)(2), §483.73(e)(2), §485.625(e)(2)**

***Inspección del Generador de Emergencia y Pruebas.* El [hospital, CAH y LTC] debe implementar la inspección del Sistema de generación de emergencia, pruebas, y los requisitos de [mantenimiento] según el Código de Facilidades de Salud, NFPA 110, y el Código de Seguridad de Vida.**

482.15(e)(3), §483.73(e)(3), §485.625(e)(3)

**Combustible del Generador de Emergencia.** [Hospitales, CAHs y LTC] que mantengan una Fuente de combustible para alimentar al generador de emergencia deben tener un plan sobre como mantendrán los sistemas de generación de emergencia operacionales durante la emergencia, a menos que sean desalojados.

\*[Para hospitales según §482.15(h), LTC según §483.73(g), y CAHs §485.625(g):]

Los estándares incorporados como referencia en esta sección son aprobados para incorporarse como referencia por el Director de la Oficina del Registro Federal de acuerdo con 5 U.S.C. 552(a) y 1 CFR parte 51. Debe obtener el material de los recursos indicados abajo. Usted puede verificar una copia en el Centro de Recursos de Información de CMS (NARA, en inglés). Para información en cuanto a la disponibilidad de este material en NARA, llame al 202-741-6030, o visite:

[http://www.archives.gov/federal/register/code\\_of\\_federal\\_regulations/ibr\\_locations.html](http://www.archives.gov/federal/register/code_of_federal_regulations/ibr_locations.html).

Si se incorpora por referencia cualquier cambio en esta edición del Código, CMS publicará un documento en el Registro Federal anunciando estos cambios.

(1) Asociación Nacional de Protección de Fuegos, 1 Batterymarch Park, Quincy, MA 02169, [www.nfpa.org](http://www.nfpa.org), 1.617.770.3000.

(i) NFPA 99, Código de Facilidades de Salud, edición 2012, emitida Agosto 11, 2011.

(ii) Enmienda Técnica Interina (TIA) 12–2 to NFPA 99, emitida Agosto 11, 2011.

(iii) TIA 12–3 a NFPA 99, emitida Agosto 9, 2012.

(iv) TIA 12–4 a NFPA 99, emitida Marzo 7, 2013.

(v) TIA 12–5 a NFPA 99, emitida Agosto 1, 2013.

(vi) TIA 12–6 a NFPA 99, emitida Marzo 3, 2014.

(vii) NFPA 101, Life Safety Code, edición 2012, emitida Agosto 11, 2011.

(viii) TIA 12–1 a NFPA 101, emitida Agosto 11, 2011.

(ix) TIA 12–2 a NFPA 101, emitida Octubre 30, 2012.

(x) TIA 12–3 a NFPA 101, emitida Octubre 22, 2013.

(xi) TIA 12–4 a NFPA 101, emitida Octubre 22, 2013.

(xiii) NFPA 110, (Estándares para Emergencia y Sistemas de Generación Alterna, edición 2010), incluye TIAs a capítulo 7, emitido Agosto 6, 2009.

**Guías Interpretativas aplican a:** 482.15(e), §485.625(e), §483.73(e).

**Nota:** Para los CAHs bajo §485.625(e)(2) “mantenimiento” no está incluido en el lenguaje regulatorio.

**Nota:** Esta provisión para hospitales, CAHs y LTC requiere a este tipo de facilidades que basen sus planes de generación de emergencia y sistemas alternos en sus planes de emergencia, estimado de riesgo y políticas y procedimientos. La determinación para un generador debe ser hecha a través del estimado de riesgo de la facilidad y sus políticas y procedimientos. Si estas facilidades determinan que no es necesario un generador para cumplir con los requisitos de generación energética y sistemas alternos, entonces §§482.15(e)(1) y (2), §483.73(e)(1) y (2), §485.625(e)(1) y (2), no aplicaran.

**Sin embargo, este tipo de facilidades deben continuar cumpliendo con las disposiciones y requisitos existentes para sus tipos de proveedor/suplidor bajo las CoPs de ambiente físico o cualquier guía existente del LSC.**

Sistemas de Generación de Emergencia y Alternos

CMS requiere que los Hospitales, CAHs y LTCs cumplan con la edición 2012 de la Asociación Nacional de Protección de Fuego (NFPA, en inglés) 101 – Código de Seguridad de Vida (LSC, en inglés) y la edición 2012 de NFPA99 – Código de Facilidades de Salud de acuerdo con la Regla Final (CMS – 3277 – F). NFPA 99 requiere que los Hospitales, CAHs y ciertas facilidades de LTC que instalen, mantengan, inspeccionen y prueben un Sistema Eléctrico Esencial (EES, en inglés) en áreas del edificio donde las fallas del equipo o sistemas es más común que pueda causar heridas o muertes a pacientes o cuidadores. Un EES es un sistema que incluye un recurso de energía alterno, sistema de distribución, y equipo asociado que es diseñado para asegurar continuidad de energía en áreas seleccionadas y funciones durante la interrupción del servicio normal de energía. El recurso alterno de EES para este tipo de facilidades es típicamente un generador. (Nota: se espera que las facilidades LTC cumplan con los requisitos bajo el LSC y NFPA99 según indicado dentro del Apéndice de LTC del Manual de Operaciones Estatal (SOM en inglés). Además, NFPA99 identifica la edición 2010 del NFPA110 – Estándar para Emergencia y Sistemas Alternos de Energía como una referencia mandatoria, la cual indica los requisitos de ejecución para emergencia y sistemas alternos de energía e incluye instalación, mantenimiento, operación y requisitos de pruebas.

En adición a los requisitos de LSC, NFPA99 y NFPA110, la reglamentación de Preparación para Emergencias requiere a todos los Hospitales, CAHs, y facilidades LTC que implementen sistemas energía de emergencia y alternos basados en el plan de emergencias de la facilidad, y sus políticas y procedimientos. Se requiere que las políticas y procedimientos de preparación para emergencias (estándar (b) de los requisitos de preparación para emergencias) indiquen las necesidades de subsistencia del personal y los residentes, ya sea que la facilidad decida desalojar o tener un refugio. Las necesidades de subsistencia incluyen, pero no se limitan a, alimento, agua, suplidos médicos y farmacéuticos, y recursos alternos de energía para mantener: temperaturas para proteger la salud y seguridad de los pacientes/residentes y el almacenaje sanitario de provisiones; luces de emergencia; detección de fuego, extintores, y sistemas de alarma; y disposición de basura y aguas usadas.

NFPA99 contiene requisitos de energía de emergencia para luces de emergencia, sistemas de detección de fuego, sistemas de extinción, y sistemas de alarma. Pero, NFPA99 no especifica los requisitos de energía de emergencia para mantener los suplidos, y los requisitos de temperatura de la facilidad están limitados a equipos de calefacción para las salas de operación, parto, recuperación, cuidado intensivo, cuidado coronario, guardería (nursery), cuartos de aislamiento, espacios de tratamiento de emergencias, y habitaciones generales para pacientes/residentes. En adición, NFPA99 no requiere calefacción en las habitaciones generales de pacientes durante la interrupción de energía bajo condiciones normales cuando la temperatura externa es más alta de los 20 grados Fahrenheit o donde una habitación ha sido seleccionada para proveer las necesidades de todos los pacientes (donde serán re-localizados los pacientes internamente), entonces solamente esa habitación necesita ser calentada. Por lo tanto, EES en Hospitales, CAHs y facilidades de LTC debe incluir consideración de diseño para acomodar cualquier carga eléctrica adicional que la facilidad determine que es necesaria para satisfacer todas las necesidades de subsistencia requeridas por los planes, políticas y procedimientos de preparación para emergencias, a menos que los planes de emergencia de la facilidad, políticas y procedimientos requieran según el párrafo (a) y (b)(1)(i) y (ii) de esta sección determine que el hospital, CAH o LTC va a relocalizar los pacientes internamente o desalojarlos en el evento de una emergencia. Las facilidades deben planificar desalojar a todos los pacientes o relocalizar internamente solamente a aquellos pacientes localizados en ciertas áreas de la facilidad basado en la habilidad de cumplir con los requisitos de energía de emergencia en ciertos lugares de la facilidad. Por ejemplo un hospital que tenga la habilidad de mantener los requisitos de temperatura en el 50% de las áreas de pacientes admitidos durante un apagón de energía, debe desarrollar un plan de emergencia que incluya el proveer energía alterna, capacidad de calefacción o enfriamiento, y la relocalización parcial o desalojo de pacientes durante el apagón en vez de instalar recursos adicionales de energía para mantener las temperaturas en todas las áreas de pacientes. Una facilidad LTC puede decidir relocalizar sus residentes a una parte de la facilidad, como la cocina o cuarto de actividades, donde la facilidad puede mantener los requisitos de temperatura apropiados en vez de mantener la temperatura en toda la facilidad. Es potestad de cada facilidad

tomar las decisiones de los sistemas de energía de emergencia basado en su plan de emergencia y estimado de riesgo.

### Localización del Generador de Emergencia

NFPA 110 contiene los requisitos mínimos y consideraciones para la instalación las condiciones ambientales que pudieran tener un efecto en el equipo de Sistema de Suplido de Energía de Emergencia (EPSS, en inglés), incluyendo el tipo de edificio, la clasificación de ocupación, contenido peligroso, y localización geográfica. NFPA110 requiere que los equipos de EPSS, incluyendo generadores, a ser diseñados y localizados para minimizar daños (e.g., inundación). NFPA110 requiere sistemas de suplido de energía de emergencia que estén conectados permanentemente, por lo tanto, generadores móviles y portátiles no serán permitidos como una opción de proveer o complementar la energía de emergencia en Hospitales, CAHs o LTCs.

Bajo la preparación para emergencias, las regulaciones requieren que el generador y equipo asociado estén localizados de acuerdo con el LSC, NFPA99 y NFPA100 cuando se construye una nueva estructura o cuando se renueva el edificio. Sin embargo, las nuevas estructuras o renovaciones de edificios que ocurran luego del 15 de noviembre de 2016, la fecha de efectividad la Regla Final de Preparación para Emergencias debe considerar los requisitos de NFPA para asegurar que el equipo de EPSS es localizado en un área que minimice el daño.

### Inspección y Prueba del Generador de Emergencia

NFPA110 contiene requisitos de mantenimiento rutinario y operacional para emergencias al igual que los sistemas de energía de emergencia, incluyendo generadores. Los generadores de emergencia requeridos por NFPA99 y la Regla Final de Preparación para Emergencias deben ser mantenidos y probados de acuerdo con los requisitos de NFPA110, los cuales están basados en las recomendaciones del manufacturero, manual de instrucciones y los requisitos mínimos de NFPA110, Capítulo 8.

### Combustible del Generador de Emergencia

NFPA110 permite recursos de combustible para generadores como productos de petróleo líquido (e.g., gas, diésel), gas de petróleo licuado, (e.g., propano) y gas sintético o natural (e.g., gas natural). Los generadores requeridos por NFPA99 son diseñados por Clase, que definen el tiempo mínimo, en horas, que un EES es diseñado para operar a la carga establecida sin tener que ser rellenado de combustible. Los Generadores requeridos por NFPA99 para Hospitales, CAHs y facilidades LTC, son designados como Clase X, que define el tiempo mínimo de ejecución como “otro tiempo, en horas, según lo requiera la aplicación, el código o el usuario”. Sin embargo, NFPA110 requiere que las facilidades consideren los eventos sísmicos para mantener un suministro mínimo de combustible de 96 horas. NFPA110 también requiere que las instalaciones del generador en ubicaciones donde la probabilidad de interrupción del suministro de combustible fuera del sitio (e.g., gas natural) sea alta para mantener el almacenamiento en el lugar de una fuente de combustible alterna que sea suficiente para permitir la salida completa del ESS para la clase especificada.

La Regla Final de Preparación para Emergencia de Hospitales, CAHs y facilidades LTC requiere que las facilidades mantengan un recurso de combustible en el lugar (e.g., gas, disel, propano) y que tengan un plan para mantener el ESS operacional por la duración de las emergencias según definido en el plan de emergencias de las facilidades, sus políticas y procedimientos, a menos que desalojen. Esto debe incluir mantener combustible en el lugar para mantener la operación del generador o pudiera incluir el hacer arreglos para el despacho de combustible en un evento de emergencia. Si el combustible va a ser despachado durante un evento de emergencia, la planificación debe considerar las limitaciones y atrasos que pudieran impactar el despacho del combustible durante el evento. Además, la planificación debe asegurar que los recursos de suplido de combustible no serán limitados por la demanda de otras comunidades durante el mismo evento de emergencia.

En ocasiones cuando la facilidad mantiene recursos de combustible en su facilidad y planifican desalojar durante una emergencia, debe mantener suficiente cantidad de combustible en la facilidad para mantener el ESS en función hasta el momento en que se desaloje el edificio.

## **Procedimientos de Inspección**

- Verificar que el Hospital, CAH y LTC tiene el sistema de emergencia y alerno requerido para cumplir con los requisitos del plan de emergencias de la facilidad y políticas y procedimientos correspondientes.
- Revise el plan de emergencia para los refugios en el lugar y los planes de desalojo. Basado en estos planes, ¿tiene la facilidad un sistema de energía de emergencia o planes implementados para mantener una operación segura mientras se refugian en el lugar?
- Para hospitales, CAHs y LTC que están bajo construcción o tienen edificios bajo renovación, verificar que la facilidad tiene un plan escrito para relocalizar el EPSS por el tiempo que se completa la construcción.

Para hospitales, CAHs y LTCs con generadores:

- Para nuevas construcciones entre el 15 de noviembre de 2016 y es completado el 15 de noviembre de 2017, verifique que el generador está localizado e instalado de acuerdo con NFPA110 y NFPA99 cuando se construye una estructura nueva o cuando una estructura existente o edificio se renueva. La aplicación de ambos NFPA110 y NFPA99 consideran solamente las localizaciones nuevas, alteradas, renovadas o modificadas del generador.
- Verifique que los hospitales, CAHs y LTCs, con un recurso de combustible es mantenido de acuerdo con NFPA 110 para su generador, y tiene un plan sobre cómo mantener el generador operacional durante una emergencia, a menos que planifiquen desalojar.

## **E-0042**

**(Emitido XX-XX-17)**

**§416.54(e), §418.113(e), §441.184(e), §460.84(e), §482.15(f), §483.73(f), §483.475(e), §484.22(e), §485.68(e), §485.625(f), §485.727(e), §485.920(e), §486.360(f), §491.12(e), §494.62(e).**

**(e) [y (f)] Sistemas de Salud Integrados. Si la [facilidad] es parte de un Sistema de salud que consiste de múltiples facilidades certificadas que eligen tener un programa de prepracion para emergencias integrado y unificado, la [facilidad] debe escoger participar en el programa de preparación para emergencias integrado y unificado – [realice lo siguiente:]**

**(1) Demostrar que cada facilidad certificada dentro del Sistema participa activamente en el desarrollo del programa de preparación para emergencias integrado y unificado.**

**(2) Sea desarrollado y mantenido de tal manera que considere las circunstancias individuales de cada facilidad certificada, población de pacientes y servicios ofrecidos.**

**(3) Demostrar que cada facilidad certificada es capaz de usar activamente el programa de preparación para emergencias integrado y unificado y que está en cumplimiento [con el programa].**

**(4) Incluir un plan de emergencia integrado y unificado que cumpla con los requisitos en los párrafos (a)(2), (3), y (4) de esta sección. Un plan de emergencias integrado y unificado debe basarse en e incluir lo siguiente:**

(i) **Un estimado de riesgo basado en la comunidad, utilizando un enfoque de todo-peligro.**

(ii) **Un estimado de riesgo basado en la facilidad individual para cada facilidad certificada dentro del sistema de salud, utilizando un enfoque todo-peligro.**

**(5) Incluir políticas y procedimientos que cumplan con los requisitos indicados en el párrafo (b) de esta sección, un plan coordinado de comunicación, y un programa de adiestramiento y prueba que cumpla con los requisitos de los párrafos (c) y (d) de esta sección, respectivamente.**

**Guías Interpretativas aplican a: §482.15(f), §416.54(e), §418.113(e), §441.184(e), §460.84(e), §482.78(f), §483.73(f), §483.475(e), §484.22(e), §485.68(e), §485.625(f), §485.727(e), §485.920(e), §486.360(f), §491.12(e), §494.62(e).**

*\* [Para ASCs según §416.54, PRTFs según §418.113, Organizaciones PACE según §460.84, ICF/IIDs según §483.475, HHAs según §484.22, CORFs según §485.68, Clínicas y facilidades de Rehabilitación según §485.727, CMHCs según §485.920, RHCs/FQHCs según §491.12, y facilidades ESRD según §494.62], los requisitos para los **sistemas de salud integrados se encuentran en el estándar (e), y (f).***

**Nota: Esto no aplica a Centros de Trasplante.**

Los sistemas de salud que incluyen múltiples facilidades que son certificadas individualmente como proveedor o suplidor de Medicare tienen la opción de desarrollar un programa de preparación para emergencias unificado e integrado que incluya a todas las facilidades dentro del Sistema de Salud en vez de que cada facilidad desarrolle un programa separado de preparación para emergencia. Si el Sistema de salud integrado selecciona esta opción, cada facilidad certificada en el sistema puede elegir participar en el programa integrado y unificado de emergencia o desarrollar su propio programa de preparación para emergencias. Es importante que se entienda que no es requerido que los sistemas de salud desarrollen un programa de emergencia integrado y unificado. Más bien es una opción permisible. En adición, a las facilidades certificadas separadas dentro del sistema de salud no se les requiere que participen en el programa de preparación para emergencias integrado y unificado. Es simplemente una opción para cada facilidad. Si se escoge esta opción, el programa de preparación para emergencias unificado e integrado debe ser actualizado cada vez que cada facilidad entra o sale del programa del sistema de salud.

Si un Sistema de Salud elige tener un programa de preparación para emergencias unificado, el programa integrado debe demostrar que cada facilidad certificada dentro del sistema y que elige participar en el programa integrado del sistema debe demostrar que ha participado activamente en el desarrollo del programa. Por lo tanto, cada facilidad debe designar el personal que va a colaborar con el sistema de salud en el desarrollo del plan. El plan integrado y unificado debe incluir documentación que verifique que cada facilidad ha participado en el desarrollo del plan. Esto puede incluir los nombres del personal de cada facilidad que asistió en el desarrollo del plan y las minutas de las reuniones de planificación. Todos los componentes del programa de preparación para emergencias que se requiera ser revisados y actualizados por lo menos anualmente debe incluir todas las facilidades participantes. De nuevo, cada facilidad debe poder probar que estuvo involucrada en la revisión y actualización anual del programa. El sistema de salud y cada facilidad debe documentar su gestión activa en la revisión y actualización, según aplique.

Un programa unificado debe ser desarrollado y mantenido de tal manera que considere las circunstancias únicas, población de pacientes, y servicios ofrecidos en cada facilidad que participa en el programa integrado. Por ejemplo, para un plan unificado que cubre a los dos, hospital y LTC, el plan de emergencia debe considerar los residentes en la facilidad LTC así como aquellos pacientes admitidos en el hospital, mientras que toma en consideración la diferencia en servicios que son provistos en el LTC y en el hospital. Las circunstancias

individuales que deben ser establecidas en cada facilidad debe incluir cualquier cosa que impacte las operaciones durante una emergencia, como por ejemplo, la localización de la facilidad, recursos como la disponibilidad de personal, suplidos médicos, subsistencia, agudeza y movilidad de los pacientes y residentes en las diferentes tipos de facilidades de un sistema de salud unificado, etc.

Cada facilidad certificada debe ser capaz de demostrar separadamente durante una inspección que puede implementar efectivamente un programa de preparación para emergencias y demostrar cumplimiento con todos los requisitos de preparación para emergencia a nivel individual. El cumplir con los requisitos de preparación para emergencias es responsabilidad de cada facilidad individualmente.

El programa de preparación para emergencias unificado debe incluir un estimado de riesgo basado en la comunidad y un estimado de riesgo basado en la facilidad por separado para cada facilidad certificada dentro del sistema de salud, utilizando un enfoque de todo-riesgo. Esto es especialmente importante si la facilidad en el sistema de salud está localizada en un área geográfica con condiciones climáticas diferentes.

Por último, el programa unificado debe tener un plan de comunicación, adiestramiento y pruebas coordinado. Por ejemplo, si el programa unificado de emergencia incorpora un punto central de contacto a nivel del sistema que asiste en la coordinación y comunicación, como durante un desalojo, cada facilidad debe tener la información delineada dentro de su plan individual.

Este tipo de programa de emergencia del sistema de salud integrado debe enfocarse en adiestramientos y ejercicios para asegurarse que los planes de comunicación y los mecanismos de reporte sean integrales para los oficiales del manejo de emergencia a nivel estatal y local para evitar mala comunicación entre el sistema y las múltiples facilidades bajo su control.

El programa de adiestramiento y prueba en un programa de preparación para emergencias unificado debe ser desarrollado considerando todos los requisitos de cada facilidad. Por ejemplo, si un sistema de salud incluye, hospitales, LTCs, ESRD y ASC, entonces el adiestramiento y las pruebas del sistema unificado deben cumplir con todos los requisitos específicos para cada tipo de facilidad.

Debido a las muchas configuraciones del sistema de salud, desde diferentes tipos de facilidades en el sistema hasta las localizaciones de las facilidades, no es posible especificar la forma de desarrollar los programas unificados de adiestramiento y pruebas. Sin embargo, si el sistema decide desarrollar un programa de adiestramiento y pruebas unificado e integrado, el adiestramiento y las pruebas deben ser desarrollados basado en los estimados de peligro de la comunidad y la facilidad para cada facilidad que participa en el programa de preparación para emergencias unificado. Cada facilidad debe mantener evidencia del adiestramiento individual del personal y registro de todos los ejercicios de adiestramiento requeridos.

## **Procedimientos de Inspección**

- Verificar si la facilidad ha optado o no ser parte de sus Sistema de salud unificado e integrado en el programa de preparación para emergencias. Verificar si están incluidos preguntándoles por la documentación de su inclusión en el programa.
- Pregunte por documentación que verifique o confirme que la facilidad dentro del Sistema ha participado activamente en el desarrollo del programa de preparación para emergencias.
- Preguntar por la documentación que verifique que la facilidad estuvo activa en la revisión anual de los requisitos del programa de preparación para emergencias y cualquier actualización del programa.
- Preguntar por una copia del programa completo unificado e integrado de preparación para emergencias y todos los componentes requeridos (plan de emergencia, políticas y procedimientos, comunicación, planificación, programa de adiestramiento y pruebas).

- Preguntar al liderato de la facilidad que describa como el programa unificado e integrado de preparación para emergencias es actualizado basado en los cambios del sistema de salud como cuando las facilidades entran o dejan el sistema.

## **EP-043**

(Emitido XX-XX-17)

### **§482.15(g)**

**(g) Hospitales de Trasplante. Si un hospital tiene uno más centros de trasplante (según lo define § 482.70)—**

- (1) Un representante de cada centro de trasplante debe estar incluido en el desarrollo y mantenimiento del programa de preparación para emergencias del hospital; y**
- (2) El hospital debe desarrollar y mantener acuerdos mutuos en sus protocolos que establezcan las áreas y responsabilidades del hospital, cada centro de trasplante, y el OPO para el DSA donde el hospital está situado, a menos que se haya otorgado alguna excepción o flexibilidad (waiver) para trabajar con otro OPO durante una emergencia.**

### **Guías Interpretativas para §482.15(g).**

Los Hospitales con centros de trasplante deben incluir dentro de su planificación y preparación de emergencia un representante, como mínimo, del centro de trasplante. Si un hospital tiene múltiples centros de trasplante, cada centro debe tener por lo menos un representante que esté involucrado en el desarrollo y mantenimiento de los procesos de preparación para emergencia del hospital. El hospital debe incluir el centro de trasplante en su plan de emergencias incluyendo políticas y procedimientos, plan de comunicación, así como el adiestramiento y pruebas del programa.

El hospital también debe colaborar con cada OPO en su área designada (DSA en inglés) u otro OPO si el hospital ha sido aprobado con una excepción/flexibilidad para desarrollar políticas y procedimientos (protocolos) que establezcan las tareas y responsabilidades de cada entidad durante una emergencia.

Se requiere que ambos, el hospital y el centro de trasplante demuestren durante una inspección que han colaborado en la planificación y el desarrollo de un programa de emergencia. A ambos se les requerirá que tengan documentación escrita de los planes de preparación para emergencias. Sin embargo, el centro de trasplante no es individualmente responsable por los requisitos de preparación para emergencias según §482.15 (vea etiqueta [INSERT] en §482.78).

### **Procedimientos de Inspección**

- Verifique que el hospital posee documentación escrita que demuestra que un representante de cada centro de trasplante participó en el desarrollo del programa de emergencias.
- Pida ver la documentación de los protocolos de emergencia que incluyan los protocolos de trasplante, que incluyen el hospital, el centro de trasplante y los OPOs asociados.

## **EP-044**

(Emitido: 09-16-16; Efectivo en 11-15-16; Fecha de Implementación 11-15-17)

### **§486.360(e)**

**(e) Continuidad de operaciones del OPO durante una emergencia. Cada OPO debe tener un plan para continuar sus operaciones durante una emergencia.**

**(1) El OPO debe desarrollar y mantener en sus protocolos con los programas de trasplante según requerido en § 486.344(d), acordar mutuamente que los protocolos establecen las áreas y responsabilidades del programa de trasplante, el hospital donde opera el programa de trasplante, y el OPO durante una emergencia.**

**(2) El OPO debe tener la capacidad de continuar su operación desde una localidad alterna durante una emergencia. El OPO podría tener:**

**(i) Un acuerdo con uno o más OPOs para proveer servicios de entrega de órganos a todos a una porción de su DSA en el evento de que el OPO no pueda proveer dichos servicios durante una emergencia;**

**(ii) Si el OPO tiene mas de una localidad, una localidad alterna donde el OPO pueda conducir su operación; o**

**(iii) Un plan para relocalizarse a otro lugar como parte de su plan de emergencia según requerido en el párrafo (a) de esta sección.**

#### **Guías Interpretativas para §486.360(e).**

Un OPO puede escoger relocalizarse a un lugar alternativo dentro de su DSA. Por ejemplo, si un tornado o inundación mayor se anticipa en el área, pero sin embargo existe otra localidad a 20 millas para que el OPO se relocalice, nosotros anticipamos que el OPO lo establezca así en su plan de emergencia. Además, los OPOs deben desarrollar acuerdos mutuos en sus protocolos que incluyan las áreas y responsabilidades del hospital, centro de trasplante y el OPO durante emergencias según indicado anteriormente (Referencia: 0002, 0012, 0014, 0042). Por lo tanto, estos tres tipos de facilidades deben trabajar en conjunto en el desarrollo y mantenimiento de políticas y programas que incluyan preparación para emergencias.

#### **Procedimientos de Inspección**

- Verifique que el OPO haya acordado mutuamente los protocolos con cada programa de trasplante certificado al que esté asociado, que incluya los deberes y responsabilidades del hospital, el programa de trasplante y OPO durante las emergencias.
- Verifique que el OPO tiene un plan implementado para asegurar la continuidad de su operación desde una localidad alterna durante una emergencia.