MED-TAC INTERNATIONAL

BOMBEROS / RESCATE Y SEM · SERIE PREPARACIÓN INSTITUCIONAL

AUDITORÍA OPERATIVA DE PREPARACIÓN MÉDICA BOMBEROS/SEM

Para cuerpos de bomberos, rescate y SEM

Una herramienta estructurada para que jefes de bomberos, oficiales del SEM, directores médicos y coordinadores de capacitación evalúen y refuercen la preparación ante el trauma cotidiano, los incidentes con víctimas masivas y los eventos de alta amenaza, en doctrina, equipo, capacitación y alianzas.

Código de documento: MTC-RA-002 · v2.0 · 2026

AUTOR

Marco R. Torres, MD, NRP

Médico y educador médico · Veterano de la Marina de EE. UU.

Fundador y CEO, MED-TAC International Corp. · Fundador, ALKEONHealth.com

ESCANEE · GUÍA DE EQUIPO

tactical-medicine.com

INTRODUCCIÓN

Propósito del documento.

Los bomberos y los servicios de emergencias médicas (SEM) ocupan el espacio entre el caos y la sala de trauma. Su servicio atiende la llamada de trauma cotidiana, el caso médico complejo y, cada vez más, el incidente con víctimas masivas y el evento de violencia activa. En la jurisdicción promedio, el paciente que se desangra por una herida en zona de unión dispone de minutos, y solo la llegada del SEM tarda de siete a catorce, antes del traslado a un cirujano de trauma. Lo que hagan sus tripulaciones en esos minutos separa una lesión sobrevivible de una muerte.

La mayoría de los servicios tiene protocolos clínicos sólidos y buena gente que da lo mejor de sí con poco tiempo y presupuesto. Las brechas aparecen donde la excelencia clínica se topa con la realidad operativa: equipo organizado para el almacén y no para la forma en que las tripulaciones trabajan en la escena; ninguna doctrina compartida para operar en zona tibia junto a las fuerzas del orden; capacitación que cumple un requisito sin cambiar la conducta en la unidad. La mayoría de los servicios nunca ha sido auditada frente a un estándar. La mayoría descubre sus brechas reales en el análisis posacción (AAR) de un evento que ya salió mal.

Esta auditoría está diseñada para sacar a la luz esas brechas antes de que aparezcan por sí solas. Se estructura sobre el mismo marco doctrinal que rige la respuesta prehospitalaria moderna al trauma —el Comité de Atención Táctica de Víctimas en Emergencias (C-TECC), el Comité de Atención Táctica de Víctimas en Combate (CoTCCC), el Consenso de Hartford y la NFPA 3000 (norma de respuesta ante tirador activo / evento hostil)—, traducido al lenguaje operativo de un servicio de bomberos y SEM.

CÓMO USAR ESTE DOCUMENTO

Cómo usar esta auditoría.

Este documento está escrito para jefes y subjefes de bomberos, jefes y supervisores del SEM, oficiales de compañía y capitanes, oficiales de capacitación y coordinadores de calidad (QA/QI), y directores médicos que buscan una visión operativa de cómo se aplican realmente sus protocolos en el terreno. Úselo como autoevaluación, como herramienta de diálogo con tripulaciones y mandos, y como línea de base para planificar el próximo ciclo de capacitación y presupuesto.

En cada punto, marque uno de cuatro estados. Sea honesto: no se trata de puntuar bien, sino de hallar las brechas antes de que ellas lo hallen a usted.

CLAVE DE PUNTUACIÓN

SÍ	Implementado y funcionando según lo previsto. Podría mostrarle a un revisor el protocolo escrito, el equipo vigente, registros de capacitación recientes o documentación posacción y demostrar el punto sin improvisar.
PARCIAL	Presente, pero inconsistente, informal, desactualizado o aplicado de forma desigual entre estaciones y turnos. Existe, pero no resistiría un escrutinio en su forma actual.
NO	No está implementado. O nunca lo creó, o lo que tenía caducó y no se ha restablecido.
N/A	Realmente no aplica a su servicio o misión. Úselo con honestidad: no es sinónimo de “no queremos ocuparnos de esto”.

Al final de cada sección hay espacio para anotar acciones y asignar responsables. Úselo. Una puntuación sin seguimiento es teatro administrativo. La Sección 7 ofrece una tabla resumen de puntuación y una plantilla de plan de acción a 30/60/90 días. Recorra las seis secciones operativas, vuelva a la Sección 7, anote sus puntuaciones, identifique sus tres a cinco brechas principales y asigne a cada una un responsable y una fecha. Esa hoja de trabajo es el entregable. El resto del documento es la forma rigurosa de llenarla.

SECCIÓN 1

Doctrina organizacional y dirección médica

Antes de que salga la unidad, el programa ya está decidido.

Los protocolos clínicos dicen a las tripulaciones qué hacer. La doctrina operativa rige el cómo y el cuándo en entornos complejos, cambiantes y peligrosos. La dirección médica es la autoridad clínica que hace defendibles a ambos. Esta sección pregunta si su servicio ha decidido realmente qué postura adopta ante el trauma prehospitalario y la atención en alta amenaza, y si la ha puesto por escrito.

QR Base doctrinal: The Trauma Brief

1.1
Supervisión médica

La preparación operativa descansa sobre una base clínica. Si su dirección médica es un nombre en la portada del protocolo y nada más, el resto del programa es improvisación con uniforme.

Un programa eficaz tiene un director médico identificado que hace tres cosas, no una. Primero, aporta protocolos actuales, basados en la evidencia, y guía sobre el ámbito de práctica: protocolos que reflejan el estándar vigente de atención del trauma, incluidos el control de hemorragias, la posición de la vía aérea y el manejo de la ventilación, las emergencias respiratorias y la respuesta a opioides, el uso del parche torácico ventilado y el triaje en incidentes con víctimas masivas (IVM). Segundo, está realmente disponible para consultas en tiempo real y revisión de casos; no es una firma que se obtiene una vez al año y no se vuelve a ver. Tercero, participa en algún grado en la capacitación y en QA/QI, para que lo que se enseña, lo que se lleva y lo que se revisa remita a la misma autoridad clínica.

Los protocolos solo cuentan si las tripulaciones los usan. Un protocolo que vive en una carpeta o en un PDF que nadie abre no es dirección médica: es la constancia de una intención. La prueba es la alineación: ¿coincide el protocolo escrito con la práctica observada en el terreno, y coinciden ambos con lo que espera el sistema regional de trauma cuando su paciente llega a la puerta? Donde esos tres divergen, hay un problema de defendibilidad que aflorará en el peor foro posible: la exhibición de pruebas de un litigio, o un niño que no sobrevivió a una lesión sobrevivible.

Si su servicio no tiene una relación activa con un director médico para este fin, establecerla es en sí la primera brecha que cerrar. Todo lo que sigue —selección de equipo, estándares de capacitación, la autoridad para llevar y usar intervenciones avanzadas— depende de ello.

AUDITORÍA · 1.1 — SUPERVISIÓN MÉDICA		S	P	N	NA
1.	Director médico identificado con clara autoridad clínica sobre el programa de trauma.	☐	☐	☐	☐
2.	Protocolos actuales, basados en la evidencia, que cubren control de hemorragias, lesión torácica, vía aérea y triaje en IVM.	☐	☐	☐	☐
3.	El director médico atiende consultas en tiempo real y revisa casos.	☐	☐	☐	☐
4.	El director médico participa en capacitación y QA/QI, no solo en firmar protocolos.	☐	☐	☐	☐
5.	Protocolos alineados con lo que espera el sistema regional de trauma y con sus criterios de destino.	☐	☐	☐	☐
6.	El protocolo escrito coincide con la práctica en el terreno: verificado, no supuesto.	☐	☐	☐	☐

1.2
Doctrina operativa

Los protocolos clínicos responden a “qué atención”. La doctrina operativa responde a “en qué condiciones, con qué riesgo y quién decide”. En entornos de alta amenaza e IVM, la segunda pregunta es la que cuesta vidas cuando queda sin respuesta.

Su doctrina escrita debe abarcar al menos tres contextos operativos, porque cada uno genera un perfil de amenaza, un plazo y una postura de riesgo aceptable distintos. Operaciones rutinarias del SEM: seguridad de la escena, espera en punto seguro y desplazamiento, y autoridad explícita para decidir si se procede o no a medida que cambian las condiciones. Incidentes con víctimas masivas: cuándo y cómo el servicio pasa de

atender a un paciente a la vez a operar con base en el triaje, y cómo se asignan recursos finitos entre muchos pacientes. Operaciones de alta amenaza / zona tibia: las condiciones en que el personal puede trabajar junto a las fuerzas del orden dentro de una zona tibia, y qué postura de protección y nivel de riesgo se consideran aceptables.

Adopte de forma explícita el marco de zonas. El C-TECC divide la atención en Amenaza directa (zona caliente), Amenaza indirecta (zona tibia) y Atención en la evacuación (zona fría), y define qué intervenciones corresponden a cada una. En zona tibia, la atención se limita deliberadamente a las amenazas vitales —control de hemorragias, posición de la vía aérea, movilización rápida— porque el tiempo bajo amenaza es el riesgo dominante. Un servicio que aplica un único estándar de atención de zona fría a los tres contextos sobretratará bajo amenaza o se paralizará cuando la doctrina no se ajuste a la escena.

La doctrina debe establecer quién define y redefine las zonas, quién ejerce el mando médico y cómo y cuándo se transfiere el mando a medida que el incidente escala. Deben conocerla jefes y oficiales de compañía, debe reflejarse en los planes previos y los escenarios de capacitación, revisarse al menos una vez al año y actualizarse tras eventos reales y ejercicios. Una doctrina anterior a la edición vigente de las guías TECC o CoTCCC está desactualizada.

AUDITORÍA · 1.2 — DOCTRINA OPERATIVA		S	P	N	NA
1.	Existe doctrina operativa escrita para operaciones rutinarias, IVM y de alta amenaza / zona tibia.	☐	☐	☐	☐
2.	La doctrina adopta explícitamente el marco de zonas caliente / tibia / fría (C-TECC: directa / indirecta / evacuación).	☐	☐	☐	☐
3.	Umbrales de riesgo para entrar en zona tibia y atender bajo amenaza, explícitos y no implícitos.	☐	☐	☐	☐
4.	La doctrina define quién fija las zonas, quién tiene el mando médico y cómo se transfiere.	☐	☐	☐	☐
5.	La doctrina está en los planes previos y escenarios de capacitación, no archivada y olvidada.	☐	☐	☐	☐
6.	La doctrina tiene un responsable designado y se revisó en los últimos 12 meses.	☐	☐	☐	☐

1.3 Políticas y POE

Doctrina sin políticas es opinión. Los procedimientos operativos estándar (POE) convierten la doctrina en reglas exigibles a las tripulaciones y auditables por los revisores.

Como mínimo, su marco de POE debe codificar el sistema de triaje y las tarjetas en uso (START, SALT o una variante local documentada) y los roles operativos que dirigen un IVM: oficiales de triaje, tratamiento y transporte, el director de la rama médica, y las funciones de área de espera y de recursos que los abastecen. Los roles deben definirse por puesto y entrenarse, para que existan aunque la persona habitual no esté de turno.

La integración con las fuerzas del orden en eventos de violencia activa requiere su propio POE explícito, basado en el modelo de fuerza de tarea de rescate (RTF): cómo se integra y activa una RTF, la postura de protección del personal que opera con escolta armada, cómo se establecen y operan los puntos de concentración de víctimas (CCP) y los procedimientos de entrega desde el punto de lesión al CCP y al transporte. La política de uso de intervenciones —autorización y condiciones para torniquetes, gasa hemostática, parches torácicos ventilados y dispositivos auxiliares de vía aérea dentro del ámbito de práctica— debe revisarla su director médico y alinearse con el sistema regional del SEM.

Las políticas deben remitir a la doctrina, no duplicarla. Cuando una política y la doctrina se contradicen, las tripulaciones no siguen ninguna. Alinéelas, revíselas juntas y actualícelas juntas.

AUDITORÍA · 1.3 — POLÍTICAS Y POE		S	P	N	NA
1.	Sistema y tarjetas de triaje (START, SALT o variante local documentada) definidos y en existencia.	☐	☐	☐	☐
2.	Los roles operativos de IVM se definen por puesto y se ejercitan en la capacitación.	☐	☐	☐	☐
3.	POE de integración con las fuerzas del orden ante amenaza activa (modelo RTF o equivalente).	☐	☐	☐	☐
4.	POE para establecer y operar un punto de concentración de víctimas (CCP).	☐	☐	☐	☐
5.	Política para torniquetes, hemostáticos, parches torácicos y auxiliares de vía aérea según el ámbito.	☐	☐	☐	☐
6.	Las políticas remiten a la doctrina y se revisan en conjunto, no de forma aislada.	☐	☐	☐	☐

SECCIÓN 1 — ACCIONES A TOMAR

¿Qué brechas surgieron? ¿Responsable? ¿Fecha límite? ¿Recursos?

BRECHA A CERRAR	RESPONSABLE	FECHA LÍMITE	RECURSOS

SECCIÓN 2

Equipo y distribución

Lo que lleva la unidad, y si la tripulación lo encuentra bajo estrés.

Un buen equipo mal distribuido falla bajo presión. Esta sección evalúa si sus unidades llevan lo que exige la misión, estandarizado en toda la flota, dispuesto para un acceso rápido y mantenido de modo que lo que está en la unidad esté realmente listo cuando la unidad llega.

QR Catálogo bomberos/SEM: kits y reservas

2.1

Equipo de cada unidad

En la mayoría de las escenas, la primera capacidad médica disponible es lo que lleve la unidad que llegó. Lo que lleva cada unidad de primera línea debe ser clínicamente adecuado, estandarizado y accesible.

Toda unidad de primera línea —ambulancia, autobomba o unidad de rescate— debe llevar material de control de hemorragias para más de un paciente: varios torniquetes de extremidad recomendados por el CoTCCC (el C-A-T Gen 7, el SOF-T Wide, el SAM XT y el TMT figuran entre los dispositivos recomendados), gasa hemostática (Combat Gauze y equivalentes), vendajes compresivos y parches torácicos ventilados en presentación doble. “Varios, no uno” es el estándar para torniquetes: un solo torniquete en una unidad no cubre ni un accidente de tránsito con dos pacientes. Torniquetes y hemostáticos deben adquirirse a distribuidores autorizados: el mercado gris está lleno de falsificaciones que fallan al llegar a la presión final, y una falsificación en la unidad es peor que una bolsa vacía porque da una falsa confianza.

Las herramientas de vía aérea y ventilación deben corresponder a su nivel de atención, de soporte vital básico a avanzado, con opciones de respaldo como los dispositivos supraglóticos si el ámbito lo permite. El material de circulación, acceso y monitorización —insumos IV/IO, líquidos, medicamentos y monitores operativos— debe estar presente y vigente. Nada de esto sirve si la tripulación no lo encuentra: cada artículo va en ubicaciones predecibles y estandarizadas entre unidades similares, bien rotulado y accesible con poca luz y en espacios reducidos. Si el mismo cajón de cada ambulancia guarda el mismo material en el mismo orden, cualquier profesional puede trabajar en cualquier unidad. Si el vehículo lo permite, considere reservas preposicionadas a bordo —botiquines de control de hemorragias en soporte o estuche rígido, fijados en la cabina o el compartimento de la tripulación— para que el primero en bajar tenga torniquetes y hemostáticos antes de abrir los compartimentos traseros. Si la distribución depende de cada unidad, la confiabilidad queda en manos de quien haya surtido ese vehículo en particular.

AUDITORÍA · 2.1 — EQUIPO DE CADA UNIDAD		S	P	N	NA
1.	Cada unidad de primera línea lleva varios torniquetes recomendados por el CoTCCC, gasa hemostática, vendajes compresivos y parches torácicos ventilados.	☐	☐	☐	☐
2.	El material de control de hemorragias se adquiere a distribuidores autorizados, con verificación antifalsificación.	☐	☐	☐	☐
3.	El equipo de vía aérea y ventilación corresponde al nivel de atención y funciona, con opciones de respaldo dentro del ámbito.	☐	☐	☐	☐
4.	El equipo de circulación, acceso y monitorización está presente, vigente y operativo.	☐	☐	☐	☐
5.	Distribución estandarizada entre unidades similares y bien rotulada.	☐	☐	☐	☐
6.	Los artículos críticos son accesibles con poca luz y en espacios reducidos.	☐	☐	☐	☐
7.	Se lleva material pediátrico: torniquetes de tamaño adecuado, referencias de dosis por peso y criterios de triaje pediátrico (JumpSTART o equivalente).	☐	☐	☐	☐

2.2
Equipo para alta amenaza e IVM

Los entornos de alta amenaza y los incidentes con víctimas masivas imponen exigencias que ninguna mochila de uso diario puede cubrir. Requieren una capacidad dedicada, diseñada para ello y preposicionada.

Arme botiquines dedicados de RTF / alta amenaza, físicamente separados del suministro de rutina, para que estén completos y listos para desplegarse en el momento en que se necesiten, y no canibalizados durante un mes flojo de reposición. Estos botiquines concentran lo que exige el trabajo en zona tibia: control de hemorragias en cantidad, parches torácicos ventilados y material de movilización de víctimas para un despliegue rápido con escolta. Deben ser compatibles con el equipo de sus socios policiales —las mismas familias de torniquetes, apósitos intercambiables— para que un evento con víctimas compartidas no se convierta en una búsqueda del tesoro entre los botiquines incompatibles de dos instituciones.

Las reservas para IVM le permiten ir más allá de lo que puede llevar cualquier unidad: kits de triaje y tarjetas preempacados, material de control de hemorragias a granel, y camillas y dispositivos de movilización adicionales para incidentes en espacios reducidos y en áreas extensas. El factor de planificación estándar para un evento de amenaza activa contenido es de dos a tres víctimas graves por agresor, más heridos que pueden caminar; su capacidad total debe permitir que las primeras unidades controlen la hemorragia de varias víctimas a la vez mientras se posicionan recursos adicionales. Las reservas deben ubicarse donde se puedan alcanzar en minutos, bien rotuladas y conocidas por todos los supervisores, no detrás de una puerta que solo el oficial de logística puede abrir a las 03:00 de un sábado.

AUDITORÍA · 2.2 — EQUIPO PARA ALTA AMENAZA E IVM		S	P	N	NA
1.	Botiquines dedicados de RTF / alta amenaza, separados físicamente del suministro de rutina.	☐	☐	☐	☐
2.	Botiquines de alta amenaza compatibles con los torniquetes y apósitos de los socios policiales.	☐	☐	☐	☐
3.	Reserva IVM: kits de triaje preempacados, control de hemorragias a granel y equipo de movilización.	☐	☐	☐	☐
4.	La capacidad total responde a un factor de planificación multivíctima, no a un solo paciente.	☐	☐	☐	☐
5.	Reservas y botiquines listos para despliegue rápido y conocidos por supervisores y tripulaciones.	☐	☐	☐	☐
6.	Revisiones documentadas de inventario y vencimientos de reservas y botiquines de alta amenaza.	☐	☐	☐	☐

2.3
Mantenimiento y revisiones

Por bueno que sea el equipo en el papel, si no está listo en la unidad, no existe. La rendición de cuentas sostenida es lo que distingue un programa de una compra única.

Cree un sistema de revisiones por niveles con responsables designados. Las revisiones diarias o por turno del equipo crítico verifican presencia y funcionamiento, y que nada se haya consumido en la última llamada sin reponerse. Las auditorías formales mensuales o trimestrales van más a fondo: vencimientos en toda la unidad, funcionamiento de monitores, bombas y dispositivos especializados, y el estado de los botiquines de alta amenaza y las reservas para IVM, que rara vez se abren y por eso rara vez se revisan.

Las fechas de los componentes importan y varían. Los torniquetes no tienen fecha de vencimiento, pero se degradan con la radiación UV, los ciclos de calor y el uso en entrenamiento, y un compartimento de la unidad en pleno verano es un entorno para el que no fueron diseñados. La gasa hemostática y los parches torácicos tienen vida útil impresa: contrólela en un registro central, no en notas adhesivas, y rote el material de forma proactiva en vez de descubrir el vencimiento en plena llamada. Todo artículo usado en el terreno o en entrenamiento se repone

antes de que la unidad vuelva al servicio, desde una ubicación de reserva predecible.

La rendición de cuentas debe ser explícita: quién firma por cada unidad y quién revisa el cumplimiento a nivel de supervisor o jefatura. Una revisión que nadie audita se reduce a un ritual de firmas. Las discrepancias y fallas deben documentarse y corregirse con responsabilidad trazable, y los datos de uso —cada torniquete y hemostático aplicado— deben retroalimentar la capacitación y el presupuesto.

AUDITORÍA · 2.3 — MANTENIMIENTO Y REVISIONES		S	P	N	NA
1.	Revisiones escritas diarias / por turno del equipo crítico, con firma.	☐	☐	☐	☐
2.	Auditorías formales mensuales o trimestrales de vencimientos y funcionamiento.	☐	☐	☐	☐
3.	Vencimientos de componentes controlados en un registro central y rotados proactivamente.	☐	☐	☐	☐
4.	Lo usado se repone desde una reserva antes de que la unidad vuelva al servicio.	☐	☐	☐	☐
5.	Responsabilidad clara: quién firma por unidad y quién revisa el cumplimiento.	☐	☐	☐	☐
6.	Discrepancias documentadas y corregidas con responsabilidad trazable.	☐	☐	☐	☐

SECCIÓN 2 — ACCIONES A TOMAR

¿Qué brechas surgieron? ¿Responsable? ¿Fecha límite? ¿Recursos?

BRECHA A CERRAR	RESPONSABLE	FECHA LÍMITE	RECURSOS

SECCIÓN 3

Formación y competencia del personal

La destreza se pierde: entrénela.

Equipo sin capacitación es un riesgo. Capacitación sin refuerzo es un evento único con rendimientos decrecientes. El deterioro de la destreza en control de hemorragias está bien documentado: la aplicación correcta del torniquete cae de forma medible en seis meses sin práctica y de forma significativa en doce. Esta sección evalúa si su infraestructura de capacitación puede formar —y seguir formando— tripulaciones competentes.

QR Referencia doctrinal básica: The Trauma Brief

3.1
Habilidades clínicas esenciales

Las habilidades esenciales de trauma y cuidados críticos deben ser un hábito, no un recuerdo. El umbral es si un profesional puede realizar cada intervención crítica bajo estrés, no si alguna vez la ha visto.

La práctica manual y periódica es innegociable en las intervenciones que deciden la supervivencia: control de hemorragias (aplicación de torniquete, taponamiento de heridas, vendajes compresivos, parches torácicos ventilados), manejo de la vía aérea y la ventilación con los dispositivos específicos que lleva su servicio, y reconocimiento y manejo inicial del choque. Las clases y los videos sirven para familiarizarse; no crean la destreza motora ni la rapidez de decisión que exige un paciente que sangra. Cada profesional debe manejar con soltura cada herramienta de control de hemorragias que realmente lleva su unidad.

Entrene en condiciones realistas, porque la llamada no será un maniquí tranquilo bajo luz fluorescente a la 1 p. m. Diseñe escenarios con trauma multisistémico, poca luz, acceso reducido o difícil, pacientes pediátricos y la carga emocional de múltiples víctimas. Quien solo ha taponado una herida en un simulador limpio, en un aula silenciosa, no está entrenado para la llamada que realmente atenderá. Use deliberadamente la presión del tiempo y las prioridades en competencia; la carga cognitiva es el objetivo.

Documente cada sesión —fecha, contenido, calificación del instructor y resultado de la evaluación individual— en el expediente del personal. Esa documentación protege al servicio cuando, en una declaración judicial, se pregunta por la base del programa de trauma, y permite a QA/QI ver quién necesita un repaso antes de que la destreza se deteriore.

AUDITORÍA · 3.1 — HABILIDADES CLÍNICAS ESENCIALES		S	P	N	NA
1.	Repasos prácticos de control de hemorragias al menos una vez al año (cada seis meses es el estándar de oro).	☐	☐	☐	☐
2.	Las destrezas de vía aérea y ventilación se practican con los dispositivos que realmente se usan.	☐	☐	☐	☐
3.	Escenarios de capacitación con limitaciones reales: poca luz, acceso reducido, múltiples víctimas.	☐	☐	☐	☐
4.	El personal maneja con soltura cada herramienta de control de hemorragias de su unidad.	☐	☐	☐	☐
5.	El reconocimiento del choque y la reanimación inicial se entrenan, no se suponen.	☐	☐	☐	☐
6.	La capacitación consta en el expediente del personal con fecha, contenido, instructor y resultado.	☐	☐	☐	☐

3.2
Formación en alta amenaza / RTF

Si sus tripulaciones deben operar en zona tibia o cerca de ella con las fuerzas del orden, esa capacidad se entrena de forma deliberada y conjunta; no se da por sentada porque alguien asistió a un curso.

Quien opera en zona tibia debe comprender la doctrina antes de entrar: los conceptos operativos de la zona tibia, su postura de protección y su EPP, y los límites deliberados de la intervención clínica bajo amenaza. La atención en zona tibia es abreviada por diseño —control de hemorragias que amenazan la vida, posición de la vía aérea y movilización rápida— porque cada minuto adicional bajo amenaza es un riesgo tanto para el profesional como para el paciente. Una tripulación que intenta brindar atención de zona fría en una zona tibia pone en peligro a todos en la escena.

La capacidad solo es real si se entrena junto con las fuerzas del orden. Las tripulaciones deben haber practicado moverse y

trabajar con escolta armada, hacer triaje rápido y control de hemorragias mientras movilizan pacientes, y establecer y operar puntos de concentración de víctimas. El modelo de fuerza de tarea de rescate —elementos integrados de policía, bomberos y SEM que avanzan dentro de una zona tibia asegurada— es el marco hacia el que convergen la mayoría de las regiones bajo la NFPA 3000; si sus planes y su capacitación no se alinean con él, probablemente esté desfasado respecto de cómo se han entrenado sus socios para operar.

Las expectativas sobre qué atención se brinda en qué zona deben ser explícitas y compartidas entre instituciones. Cuando un policía y un paramédico entienden cosas distintas por “seguro” o “despejado”, la víctima paga por la ambigüedad.

AUDITORÍA · 3.2 — FORMACIÓN EN ALTA AMENAZA / RTF		S	P	N	NA
1.	Formación en doctrina de zona tibia, postura de protección y límites de la atención bajo amenaza.	☐	☐	☐	☐
2.	Las tripulaciones practicaron moverse y trabajar con escolta armada.	☐	☐	☐	☐
3.	Se han realizado ejercicios conjuntos de alta amenaza con las fuerzas del orden (RTF o equivalente).	☐	☐	☐	☐
4.	Las tripulaciones han practicado establecer y operar un punto de concentración de víctimas.	☐	☐	☐	☐
5.	Expectativas explícitas sobre qué atención se brinda en cada zona, compartidas con la policía.	☐	☐	☐	☐
6.	Capacitación alineada con la NFPA 3000 / doctrina regional ante amenaza activa.	☐	☐	☐	☐

3.3

Simulación, seguimiento de competencias y reentrenamiento

Las destrezas de alta consecuencia necesitan más que una verificación anual. Asistir no es ser competente; un programa defendible evalúa contra un estándar, hace seguimiento y corrige cuando no se cumple.

Defina por escrito estándares de desempeño y evalúe contra ellos: aplicación correcta del torniquete con una mano en una autolesión simulada en menos de sesenta segundos, aplicación con dos manos en una víctima en menos de treinta, taponamiento correcto de la herida con presión durante el tiempo adecuado, colocación del parche torácico ventilado verificada en ambas heridas. Las evaluaciones deben hacerlas instructores calificados con una lista de verificación escrita, no el criterio del grupo ni la firma complaciente de un compañero. Una decisión clara de aprobado/reprobado deja menos margen al “ya está bien” que una impresión.

Mantenga un registro central de competencias: quién completó qué, cuándo le toca repaso a cada profesional y cualquier historial de reentrenamiento. El registro le permite actuar antes de que una destreza se deteriore, y no después de que una mala llamada lo revele. Debe existir un proceso definido de reentrenamiento —práctica supervisada adicional, simulación dirigida y evaluación de seguimiento— para quienes no alcanzan el estándar, y quien no logre el mínimo tras el reentrenamiento no debe llevar esa intervención al terreno. Es una conversación difícil; un programa defendible está preparado para tenerla.

La capacitación y QA/QI deben comunicarse con regularidad, para que lo que los datos muestran que falla en el terreno sea lo que practique el siguiente bloque de capacitación. Lo que se evalúa es lo que se entrena; lo que no se evalúa se atrofia, sin importar cuántas veces lo nombre la política.

AUDITORÍA · 3.3 — SIMULACIÓN, SEGUIMIENTO DE COMPETENCIAS Y REENTRENAMIENTO		S	P	N	NA
1.	Estándares escritos de destreza con criterios específicos de tiempo y exactitud (con referencia a TECC / CoTCCC).	☐	☐	☐	☐

AUDITORÍA · 3.3 — SIMULACIÓN, SEGUIMIENTO DE COMPETENCIAS Y REENTRENAMIENTO (CONT.)		S	P	N	NA
2.	Evaluaciones a cargo de instructores calificados con lista de verificación escrita, documentadas como un examen práctico.	☐	☐	☐	☐
3.	Se mantiene un registro central de competencias individuales y fechas de repaso.	☐	☐	☐	☐
4.	Existe un proceso definido de reentrenamiento para quienes no alcanzan el estándar.	☐	☐	☐	☐
5.	Quien no alcanza el mínimo tras el reentrenamiento no lleva intervenciones avanzadas.	☐	☐	☐	☐
6.	Capacitación y QA/QI se comunican con regularidad para que los datos guíen el siguiente bloque.	☐	☐	☐	☐

SECCIÓN 3 — ACCIONES A TOMAR

¿Qué brechas surgieron? ¿Responsable? ¿Fecha límite? ¿Recursos?

BRECHA A CERRAR	RESPONSABLE	FECHA LÍMITE	RECURSOS

SECCIÓN 4

Planes de respuesta: IVM y alta amenaza

El plan que nunca se ejercitó es un deseo.

Ningún servicio de bomberos o SEM responde solo a un incidente con víctimas masivas o de amenaza activa. Estos incidentes exigen que policía, bomberos, SEM, hospitales y gestión de emergencias operen dentro de un mismo incidente bajo un mismo mando. Los planes que lo hacen posible se construyen antes del evento, y se ejercitan, porque un plan que nunca se ha puesto en práctica es solo una aspiración.

QR MED-TAC — tactical-medicine.com

4.1

Incidentes con víctimas masivas (IVM)

Un plan para IVM escrito, distribuido y ejercitado separa una respuesta organizada de una escena donde todos atienden al primer paciente que encuentran mientras otros se desangran sin ser vistos.

Un plan real para IVM define cuándo se declara un IVM y quién tiene esa autoridad; el sistema de triaje y las tarjetas en uso (START, SALT o una variante local documentada), incluidos criterios de triaje pediátrico (JumpSTART o equivalente) donde pueda haber niños; y los roles operativos que estructuran la respuesta: triaje, tratamiento, transporte y mando médico, con la distribución de las áreas de tratamiento y transporte que permite que esos roles funcionen. Describe cómo se solicitan e integran recursos adicionales y ayuda mutua, y cómo se notifica, actualiza y equilibra la carga de hospitales y centros de trauma para que el centro más cercano no quede desbordado mientras otros están vacíos.

El plan debe estar por escrito, accesible en cada unidad y —esto es clave— entrenado, para que los roles sean memoria muscular y no un documento que alguien abre por primera vez en el peor día de su carrera. El triaje es donde se ganan o se pierden los IVM: un servicio que ha practicado el triaje rápido lleva a transporte a los recuperables, mientras que uno que no lo ha hecho se estanca en el primer paciente crítico que encuentra. Las tarjetas deben estar en existencia y en la reserva, no especificadas en teoría en una carpeta.

AUDITORÍA · 4.1 — INCIDENTES CON VÍCTIMAS MASIVAS (IVM)		S	P	N	NA
1.	El plan escrito para IVM está accesible en cada unidad y lo conocen los supervisores.	☐	☐	☐	☐
2.	Sistema y tarjetas de triaje definidos, entrenados y físicamente en existencia.	☐	☐	☐	☐
3.	Los roles operativos (triaje, tratamiento, transporte, mando médico) están definidos y se ejercitan.	☐	☐	☐	☐
4.	Procedimientos definidos para solicitar recursos e integrar ayuda mutua.	☐	☐	☐	☐
5.	Procedimientos definidos para notificar a hospitales y centros de trauma y equilibrar la carga.	☐	☐	☐	☐
6.	Los roles y el triaje de IVM forman parte de la capacitación periódica, no solo del plan.	☐	☐	☐	☐

4.2

Amenaza activa / incidentes de alto riesgo

Su plan ante amenaza activa vale lo que vale el acuerdo que lo respalda. Debe elaborarse junto con las fuerzas del orden y la gestión de emergencias, y ejercitarse con movilización real de víctimas.

Un plan defendible ante amenaza activa se elabora junto con las fuerzas del orden, la gestión de emergencias y los hospitales receptores, y responde de forma explícita a las preguntas que paralizan una escena descoordinada: quién define y redefine las zonas caliente, tibia y fría; en qué condiciones entra el SEM a una zona tibia, si es que entra; cómo pasan las víctimas del punto de lesión al punto de concentración de víctimas y al transporte; y cómo y cuándo se ejerce y transfiere el mando en una estructura de comando unificado. La NFPA 3000 y el Consenso de Hartford aportan la columna doctrinal, y el constructo THREAT (siglas en inglés de supresión de la amenaza, control de la hemorragia, extracción rápida, evaluación por personal médico y transporte) es el marco integrado al que se alinean la mayoría de las regiones.

El plan debe ejercitarse en simulacros reales, no validarse en un ejercicio de mesa y archivarse. Los ejercicios de mesa sirven para el mando y control, pero la fricción que cuesta vidas está en la ejecución en el terreno: cómo entra físicamente la RTF a la zona tibia, quién designa el CCP, cómo se llevan las víctimas de un espacio interior a una ambulancia, qué canal de radio comparten realmente el paramédico a cargo

y el comandante táctico. Ejecútelo en vivo, al menos una vez al año, con los problemas de comunicación y la presión del tiempo incorporados, y registre lo que falle.

AUDITORÍA · 4.2 — AMENAZA ACTIVA / INCIDENTES DE ALTO RIESGO	S	P	N	NA
1. Plan ante amenaza activa elaborado con fuerzas del orden, gestión de emergencias y hospitales.	☐	☐	☐	☐
2. El plan define quién fija las zonas, cuándo entra el SEM a zona tibia y cómo llegan las víctimas al transporte.	☐	☐	☐	☐
3. Comando unificado y criterios de transferencia del mando especificados.	☐	☐	☐	☐
4. El plan se alinea con la NFPA 3000, el Consenso de Hartford y el constructo THREAT / RTF.	☐	☐	☐	☐
5. El plan se ejercita en simulacros reales al menos una vez al año, no solo en mesa.	☐	☐	☐	☐
6. El simulacro incluye establecer y operar el punto de concentración de víctimas.	☐	☐	☐	☐

4.3

Comunicaciones e interoperabilidad

Las comunicaciones entre instituciones fallan justo cuando más se necesitan. Las soluciones no son exóticas: canales acordados, lenguaje claro compartido y disciplina de radio ejercitada bajo carga.

Establezca y publique un plan de comunicaciones para los tipos de incidente previsibles —interfaz rutinaria SEM-policía, IVM y amenaza activa— que especifique qué canales o grupos de conversación usa cada quien, cuándo y con qué autoridad se cambia de canal, y cómo se incorpora el centro regional de operaciones de emergencia. Remita a la arquitectura de interoperabilidad P25 de su jurisdicción o equivalente. Si sus unidades de bomberos/SEM y las fuerzas del orden aún no pueden hablar directamente por un canal compartido, es un hallazgo que corregir, no una peculiaridad que sortear.

Estandarice el lenguaje. El lenguaje claro es el estándar nacional para incidentes multiinstitucionales desde 2006 bajo NIMS/ICS; aun así, los códigos propios de cada institución siguen contaminando la radio en las respuestas reales. Adopte el lenguaje claro en todo incidente que involucre a más de una institución o que pueda llegar a hacerlo, y estandarice el vocabulario que cruza entre instituciones: categorías de víctimas, designación de zonas (caliente / tibia / fría), puntos de espera y de reunión, y roles de RTF y de mando. Cuando dos rescatistas de dos instituciones usan la misma palabra para cosas distintas, la víctima lo paga.

Pruebe las comunicaciones bajo carga. Un sistema que funciona un martes tranquilo puede colapsar en una respuesta con múltiples unidades en la que todos transmiten a la vez. Ejercite la interoperabilidad en condiciones cercanas a la carga real de un incidente, entre sus propias unidades y con las instituciones asociadas, al menos una vez al año, y registre y corrija las fallas.

AUDITORÍA · 4.3 — COMUNICACIONES E INTEROPERABILIDAD	S	P	N	NA
1. Plan de comunicaciones documentado y publicado para rutina SEM-policía, IVM y amenaza activa.	☐	☐	☐	☐
2. Bomberos/SEM y policía pueden hablar directo por canales compartidos o enlaces documentados.	☐	☐	☐	☐
3. El lenguaje claro es el estándar en todo incidente multiinstitucional.	☐	☐	☐	☐
4. Categorías de víctimas, nombres de zonas y vocabulario de roles estandarizados entre instituciones.	☐	☐	☐	☐

AUDITORÍA · 4.3 — COMUNICACIONES E INTEROPERABILIDAD (CONTINUACIÓN)		S	P	N	NA
5.	La interoperabilidad se ejercita bajo carga, con instituciones asociadas, al menos una vez al año.	☐	☐	☐	☐
6.	Las fallas de comunicación en incidentes reales se registran y se usan para revisar el plan.	☐	☐	☐	☐

SECCIÓN 4 — ACCIONES A TOMAR

¿Qué brechas surgieron? ¿Responsable? ¿Fecha límite? ¿Recursos?

BRECHA A CERRAR	RESPONSABLE	FECHA LÍMITE	RECURSOS

SECCIÓN 5

Datos, QA/QI y debriefing

Lo que se mide es lo que mejora.

Un programa de preparación es un proceso continuo, no un proyecto. Cada llamada significativa es un dato. Cada cuasi incidente es retroalimentación. Y la resiliencia de cada profesional tras un incidente difícil es parte de lo que determina si el programa sobrevive a quienes lo construyeron. Esta sección pregunta si su servicio aprende de sus propias operaciones.

QR Talking TACMED: educación continua

5.1

Revisión de eventos y análisis posacción (AAR)

Los incidentes significativos —éxitos y cuasi incidentes por igual— deben revisarse. Un AAR no es una sesión de críticas ni un ejercicio de reivindicación: es un examen estructurado de qué cambió y por qué.

Realice un debriefing estructurado tras toda llamada de trauma mayor, todo IVM o casi IVM y toda operación de alta amenaza. Hágalo con una cadencia definida: un debriefing operativo en unas setenta y dos horas y un AAR estructurado dentro de las dos semanas siguientes, porque pasadas dos semanas los recuerdos divergen y el valor de aprendizaje se reduce. Use un marco escrito; el modelo militar de cuatro preguntas —qué debía pasar, qué pasó realmente, por qué la diferencia y qué hacemos al respecto— es común, pero la disciplina importa más que el formato.

La revisión debe incluir las perspectivas médica, operativa y de comunicaciones, y un representante de las instituciones asociadas cuando el incidente tocó su ámbito. Separe el AAR operativo de cualquier proceso disciplinario: si el debriefing se percibe como una herramienta disciplinaria, no obtendrá aportes veraces, y sin aportes veraces no hay aprendizaje. Registre con honestidad lo que hay que mantener y lo que hay que mejorar.

Convierta los hallazgos en acciones. Cada AAR debe generar unos pocos cambios concretos —una actualización de protocolo, un ajuste de capacitación, un cambio de equipo, una revisión del plan de comunicaciones—, cada uno con responsable y fecha, con seguimiento hasta su cierre y retroalimentación a las tripulaciones. Un AAR que produce hallazgos pero ningún cambio es la forma más cara de teatro administrativo.

AUDITORÍA · 5.1 — REVISIÓN DE EVENTOS Y ANÁLISIS POSACCIÓN (AAR)		S	P	N	NA
1.	Proceso formal de debriefing para trauma mayor, IVM / casi IVM e incidentes de alta amenaza.	☐	☐	☐	☐
2.	Debriefing operativo en ~72 horas; AAR estructurado en un plazo de dos semanas.	☐	☐	☐	☐
3.	El AAR usa un marco escrito e incluye las perspectivas médica, operativa y de comunicaciones.	☐	☐	☐	☐
4.	El AAR se separa de la revisión disciplinaria para preservar aportes veraces.	☐	☐	☐	☐
5.	Los hallazgos generan cambios concretos con responsable y fecha, seguidos hasta su cierre.	☐	☐	☐	☐
6.	Los hallazgos se comparten de forma adecuada con tripulaciones y mandos.	☐	☐	☐	☐

5.2

Datos y mejora de la calidad

Las anécdotas no justifican presupuestos, no perfeccionan la capacitación ni sobreviven a un concejo municipal. Los datos sí. Un servicio que recopila y usa sus datos operativos se defiende y mejora.

Registre como mínimo: el uso de torniquetes y agentes hemostáticos (en el terreno y en capacitación), el tiempo desde la llegada hasta el primer control eficaz de la hemorragia, los tiempos en escena en trauma mayor en relación con la gravedad, las intervenciones de vía aérea y sus resultados cuando se puedan rastrear, y las desviaciones del protocolo con sus motivos. Recoja suficiente contexto —categoría del paciente, mecanismo— para que las cifras le enseñen algo en lugar de solo acumularse.

La infraestructura puede ser sencilla: una hoja de cálculo a cargo del coordinador de capacitación o de QA/QI, alimentada con los registros de atención y los AAR, basta para la mayoría de los servicios. Lo que importa es la disciplina de alimentarla y el hábito de

revisarla: cada trimestre, a nivel de mando, buscando patrones. Los patrones le indican dónde invertir horas de capacitación y dinero en equipo, y sustituyen la influencia de los proveedores y las anécdotas por evidencia.

Use los datos públicamente cuando corresponda. “En el último año, nuestras tripulaciones aplicaron torniquetes once veces y diez de esos pacientes sobrevivieron hasta el alta” es una frase que mueve una reunión de presupuesto, una solicitud de subvención y una presentación comunitaria como nunca lo harán las estadísticas nacionales. Cierre el círculo con los profesionales de primera línea que generaron los datos.

AUDITORÍA · 5.2 — DATOS Y MEJORA DE LA CALIDAD		S	P	N	NA
1.	Se monitorean métricas básicas de trauma (uso de torniquetes, tiempo hasta el control de la hemorragia, tiempos en escena).	☐	☐	☐	☐
2.	Se registran las desviaciones del protocolo y sus motivos.	☐	☐	☐	☐
3.	Un puesto designado (coordinador de capacitación o QA/QI) se encarga de los datos.	☐	☐	☐	☐
4.	El mando revisa los datos del programa al menos cada trimestre y busca patrones.	☐	☐	☐	☐
5.	Los datos orientan capacitación, equipo y defensa del presupuesto, no las anécdotas ni la influencia de proveedores.	☐	☐	☐	☐
6.	Hay retroalimentación de hallazgos al personal de primera línea.	☐	☐	☐	☐

5.3

Apoyo y resiliencia del personal

El trauma grave y los eventos críticos dejan huella. Un programa de preparación honesto cuida a quienes atienden las llamadas, no solo el equipo que llevan.

Quien atiende un paro pediátrico, un IVM con múltiples muertes o la lesión en acto de servicio de un compañero carga con un peso psicológico que se acumula a lo largo de la carrera. El servicio debe ofrecer acceso real a apoyo confidencial entre pares y a recursos de salud mental, un programa de asistencia al empleado (EAP) que realmente responda y no un número que nadie contesta, y el Manejo del Estrés por Incidentes Críticos integrado en el proceso de AAR, para que el debriefing operativo y el humano no sean ajenos entre sí.

La cultura decide si algo de eso se usa. El mensaje de los mandos debe dejar claro que buscar apoyo es profesional, no una debilidad ni un daño a la carrera, y los propios líderes deben dar ejemplo de formas sanas de manejar el estrés acumulado. Un programa de apoyo entre pares que existe en el papel, pero cuyo uso la cultura vuelve tabú, no es un programa. Las verificaciones posteriores al incidente deben ser rutina tras eventos significativos, no algo excepcional ni estigmatizante.

Esto es operativo, no un tema blando. El agotamiento, la rotación de personal y el estrés acumulado sin atender deterioran a las mismas tripulaciones que pasó años formando. Proteger la resiliencia del personal protege la inversión en preparación. La salud conductual es una de las ocho áreas centrales de la doctrina docente clínica de MED-TAC International: se trata como una capacidad operativa, no periférica.

AUDITORÍA · 5.3 — APOYO Y RESILIENCIA DEL PERSONAL		S	P	N	NA
1.	Hay acceso disponible y ágil a apoyo confidencial entre pares y a recursos de salud mental.	☐	☐	☐	☐
2.	El EAP está activo y responde con prontitud a las solicitudes del personal.	☐	☐	☐	☐

AUDITORÍA · 5.3 — APOYO Y RESILIENCIA DEL PERSONAL (CONTINUACIÓN)	S	P	N	NA
3. El Manejo del Estrés por Incidentes Críticos está integrado al proceso de AAR / debriefing.	☐	☐	☐	☐
4. El mensaje de los mandos apoya el uso de estos recursos sin estigma.	☐	☐	☐	☐
5. Las verificaciones de bienestar posincidente son rutina tras eventos significativos.	☐	☐	☐	☐
6. El estrés acumulado y el agotamiento se vigilan como asunto operativo, no periférico.	☐	☐	☐	☐

SECCIÓN 5 — ACCIONES A TOMAR

¿Qué brechas surgieron? ¿Responsable? ¿Fecha límite? ¿Recursos?

BRECHA A CERRAR	RESPONSABLE	FECHA LÍMITE	RECURSOS

SECCIÓN 6

Integración comunitaria e interinstitucional

Usted es un nodo de un sistema regional. Actúe como tal.

La supervivencia en el trauma a gran escala es un producto regional. Los testigos son los verdaderos primeros respondientes en los minutos antes de que lleguen sus unidades; las instituciones vecinas, los hospitales y la gestión de emergencias son sus socios en todo lo que supera a un solo servicio. Esta sección evalúa qué tan bien opera su servicio dentro de ese sistema mayor.

QR MED-TAC — tactical-medicine.com

6.1

Educación pública y participación de testigos

Quien está junto a la herida cuando ocurre casi nunca lleva su uniforme. La capacidad comunitaria de control de sangrado extiende la supervivencia a los minutos previos a su llegada.

Ofrezca o apoye la capacitación pública en control de sangrado (el programa nacional Stop the Bleed®), que enseña a personas sin formación médica a reconocer una hemorragia potencialmente mortal, taponar una herida y aplicar correctamente un torniquete. Los mismos minutos que importan a sus tripulaciones importan aún más al testigo que ya está ahí, y una comunidad capacitada para controlar el sangrado gana un tiempo que su respuesta no puede fabricar. Acompañe las destrezas con orientación pública clara sobre qué hacer mientras llega la ayuda y cómo interactuar con seguridad con la policía y el SEM en una escena.

La alineación es la disciplina que mantiene honesta la educación pública. Su mensaje público debe coincidir con lo que sus tripulaciones realmente pueden respaldar al llegar: prometer una capacidad que no puede cumplir erosiona la confianza y confunde las escenas. Coordine el mensaje entre las instituciones con las que se encontrará el público, para que un testigo que tomó su curso escuche las mismas instrucciones del operador de despacho, del paramédico que responde y del policía que llega primero.

AUDITORÍA · 6.1 — EDUCACIÓN PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN DE TESTIGOS		S	P	N	NA
1.	Se ofrece o apoya formación pública en control de sangrado (programa nacional Stop the Bleed®).	☐	☐	☐	☐
2.	Orientación pública: qué hacer mientras llega la ayuda y cómo actuar con seguridad en la escena.	☐	☐	☐	☐
3.	El mensaje público coincide con lo que las tripulaciones pueden respaldar al llegar.	☐	☐	☐	☐
4.	El mensaje se coordina entre las instituciones con las que se encontrará el público.	☐	☐	☐	☐

6.2

Cooperación regional

Ninguna institución actúa sola en un incidente a gran escala. Las relaciones que hacen funcionar una respuesta regional se construyen al planificar sin presión, no se improvisan en la escena en el peor momento.

Participe activamente en grupos regionales de preparación y en la planificación conjunta con servicios vecinos de bomberos/SEM, fuerzas del orden, hospitales y centros de trauma, y gestión de emergencias. Estas relaciones permanentes son las que producen planes conjuntos viables para los escenarios de alta consecuencia —amenaza activa, IVM, grandes eventos públicos— y las que permiten que las instituciones que planificaron juntas se coordinen de verdad en la escena, en lugar de conocerse por primera vez en plena crisis.

Organice ejercicios conjuntos y participe en ellos, y trate el debriefing conjunto como el propósito del ejercicio, no la foto de las instituciones juntas al final. Comparta lecciones aprendidas, cambios de protocolo que afecten el trabajo entre instituciones y un balance honesto de sus capacidades y limitaciones, para que sus socios planifiquen sobre la realidad. Gestionar expectativas es en sí una función de seguridad: un socio que sabe lo que usted no puede hacer planifica en torno a ello, mientras que uno que supone una capacidad que usted no tiene introduce una brecha en la respuesta regional.

AUDITORÍA · 6.2 — COOPERACIÓN REGIONAL		S	P	N	NA
1.	Participación activa en grupos regionales de preparación y en planificación conjunta.	☐	☐	☐	☐
2.	Se realizan ejercicios conjuntos con bomberos/SEM vecinos, fuerzas del orden y hospitales.	☐	☐	☐	☐
3.	Se comparten lecciones aprendidas y cambios de protocolo con impacto interinstitucional.	☐	☐	☐	☐
4.	Capacidades y limitaciones se comunican con honestidad para gestionar expectativas de los socios.	☐	☐	☐	☐

SECCIÓN 6 — ACCIONES A TOMAR

¿Qué brechas surgieron? ¿Responsable? ¿Fecha límite? ¿Recursos?

BRECHA A CERRAR	RESPONSABLE	FECHA LÍMITE	RECURSOS

SECCIÓN 7

Puntuación y plan de acción

Ya recorrió seis secciones sobre doctrina y dirección médica, equipo y distribución, formación y competencia, planes de respuesta, datos y mejora, e integración comunitaria. El paso final es convertir sus puntuaciones en acción. La matriz siguiente resume su situación; el plan de acción a 30/60/90 días que sigue es la hoja de trabajo que su personal de mando usará realmente para asignar el trabajo y darle seguimiento.

Escala de madurez (0–2 por sección):

0 — AUSENTE No existe. O nunca se creó, o caducó y solo se recupera con un esfuerzo dedicado de reconstrucción.

1 — INFORMAL Existen algunos elementos, pero son inconsistentes, informales, desactualizados o se aplican de forma desigual entre estaciones y turnos. No resistiría un escrutinio en su forma actual.

2 — DEFINIDO Establecido formalmente, documentado y aplicado de forma constante. Resistiría un escrutinio. Constituye la base operativa del programa.

Puntuación por sección:

ÁREA DEL PROGRAMA	0	1	2	NOTAS
1. Doctrina organizacional y dirección médica	◯	◯	◯	
2. Equipo y distribución	◯	◯	◯	
3. Formación y competencia del personal	◯	◯	◯	
4. Planes de respuesta: IVM y alta amenaza	◯	◯	◯	
5. Datos, QA/QI y debriefing	◯	◯	◯	
6. Integración comunitaria e interinstitucional	◯	◯	◯	

TOTAL POSIBLE: 12 10–12 = programa maduro · 6–9 = formalizar y sostener · ≤5 = construir desde la doctrina

Puntuación total del servicio: _____ / 12

SECCIÓN 7 — CONTINUACIÓN

Plan de acción a 30 / 60 / 90 días

Elija las tres a cinco brechas que, al cerrarse, producirían la mayor mejora de la preparación o reducción del riesgo. Resista la tentación de enumerarlo todo: un plan enfocado que cierra tres brechas vale más que un plan aspiracional que nombra doce. Asigne cada punto a una persona con nombre, no a una unidad. Fije una fecha límite concreta. Identifique los recursos necesarios. Revise el avance a los 30, 60 y 90 días.

30 DÍAS — *Logros rápidos. Doctrina y protocolos, cadencia de revisiones, plantillas de AAR.*

BRECHA A CERRAR	RESPONSABLE	FECHA LÍMITE	RECURSOS

60 DÍAS — *Ciclo de compras. Estandarización de botiquines, reservas RTF / IVM, contratos de capacitación.*

BRECHA A CERRAR	RESPONSABLE	FECHA LÍMITE	RECURSOS

90 DÍAS — *Infraestructura sostenible. Primer ciclo de refuerzo, ejercicio conjunto, reevaluación.*

BRECHA A CERRAR	RESPONSABLE	FECHA LÍMITE	RECURSOS

QR Solicite una cotización: suele enviarse en 1 día hábil a agencias de gobierno.

MED-TAC INTERNATIONAL

PRÓXIMO PASO

Arme el programa.
Lo equipamos nosotros.

MED-TAC International Corp. es una empresa de medicina táctica creada por clínicos, con veteranos al mando y certificada SDVOSB, con sede en Pembroke Pines, Florida. Abastecemos a servicios de bomberos y SEM, fuerzas del orden, socios federales y clientes gubernamentales internacionales con equipo recomendado por el CoTCCC, adquirido exclusivamente a fabricantes autorizados. Estamos registrados en SAM.gov, contamos con certificación SDVOSB y trabajamos con mecanismos de contratación federales, estatales, locales, tribales y territoriales.

Si encontró brechas en esta auditoría:

Si completó esta auditoría e identificó brechas en los botiquines de sus unidades, las reservas de RTF e IVM o la capacitación, podemos ayudarle a presupuestar, configurar y adquirir lo necesario para cerrarlas. Las cotizaciones para agencias gubernamentales acreditadas suelen enviarse en un día hábil, con pago a 30 días (Net 30).

CONTACTO DE COMPRAS INSTITUCIONALES

Marco R. Torres, MD, NRP — Fundador y CEO
marco@tactical-medicine.com
tactical-medicine.com/pages/government-procurement-solutions

ESCANEE · MED-TAC INTERNATIONAL
tactical-medicine.com