

Problemática de la Atención de Urgencias en Lima Metropolitana

RAUL MORALES *

R E S U M E N

En Lima Metropolitana y Callao se generan anualmente 3 millones de atenciones ambulatorias, contándose en el subsector público con 431 establecimientos asistenciales de los cuales 21 son hospitales. El 90% de las 670,000 atenciones de urgencia se practican en Hospitales Generales y Especializados, pero el 70% de tal demanda es producida por afecciones leves o daños menores que pudieron atenderse en centros periféricos, configurándose una severa distorsión de la demanda. La población urbanomarginal, 2'300,000 habitantes, con cobertura directa de establecimientos periféricos tienen acceso a estos servicios solo durante unas pocas horas al día. En una reciente encuesta algunos usuarios opinaron que en los servicios formales de salud demoran mucho, están lejos, no atienden a toda hora o cuestan demasiado, por lo que sólo el 45% de casos de accidentes buscaba atención en los mismos. No hay un sistema de atención en foco, unos 2,500 pacientes fallecen cada año trayecto al hospital o en las primeras 24 horas de su estancia, generalmente víctimas de graves traumatismos o quemaduras o de infarto de miocardio y la mitad de ellos recibió atención insuficiente o ninguna atención. La cama hospitalaria del subsector sólo puede albergar el 64% de la demanda. Estudios oficiales revelan complejos problemas del recurso, de la distribución de la demanda y de la organización, que conllevan a calificar la atención de la urgencia como insatisfactoria. Los riesgos de grave injuria por violencias y accidentes se incrementan desmesuradamente haciendo extender en la población la sensación de inseguridad. Se propone la implementación de un Sistema de Atención Integral de Emergencias Médicas y Quirúrgicas en Lima Metropolitana y Callao.

S U M M A R Y

There annually 3 million ambulatory attentions in Metropolitan Lima and Callao. Public Sector has 431 medical buildings from which 21 are hospitals. 90% of the total 670,000 urgency attentions are done in General and Specialized Hospitals, but 70% correspond to small injuries which must be attended in small medical centers. Urban-marginal population, about 2'300,000, have attention only during a few hours a day, that is why only 45% go to this centers. There is no plan of attention in foccus, about 2,500 patients die way to the hospital or during the first 24 hours. Each hospitalary bed can receiped only 64% of the damand. Different factors from official data define these attentions as insufficient. We propose the implementation of an Integral Attention System for Medical and Surgical Emergencies in Lima and Callao.

INTRODUCCION

Salud, más allá de considerarse conceptualmente como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de la enfermedad ¹ es una condición de equilibrio siempre inestable resultante de la compleja interacción de factores biológicos, socio-económicos, políticos, culturales y psicológicos, entre otros; equilibrio que al quebrantarse bruscamen-

te genera situaciones de urgencia individual o colectiva, que se traducen en una demanda inmediata de servicios asistenciales. La urgencia, y la demanda que ésta crea, tiene connotaciones médicas, sociales, éticas y legales.

En el nivel de salud de una población necesariamente gravita la urgencia médica con una influencia creciente conforme aumentan los riesgos de enfermedad aguda, de accidentes y violencias, mas aún cuando el recurso disponible se

* Sanidad de las Fuerzas Policiales, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

torna impotente ante la demanda, hecho que impacta poderosamente en la comunidad la cual, a través de la experiencia personal o de la información proveniente de medios de comunicación masiva, se torna consciente de su creciente inseguridad.

Fenómenos de diversa naturaleza han incrementado la demanda sobre los Servicios de Emergencia de los Hospitales de Lima Metropolitana con volúmenes y características que exigen una evaluación cuidadosa y la adopción de medidas conducentes a la implementación de un Sistema de Emergencias que aseguren la atención integral de la urgencia médica individual y colectiva².

MATERIAL Y METODOS

A. MATERIAL

Para el desarrollo de este trabajo se ha utilizado información oficial del Sector Salud y sus diferentes componentes, bibliografía seleccionada que se registra al interior del texto y se enlista en el capítulo correspondiente. Asimismo se han considerado como antecedentes legales aquellos que impartieron disposiciones o que crearon comisiones de estudios cuyos informes, incluyendo Tablas y Figuras, se han considerado en los diversos acápitales anotando siempre su fuente.

Dispositivos Legales

- a. Decreto Ley N° 19609, del 21 NOV. 72, establece la obligatoriedad de las instituciones de salud públicas y privadas de atender las situaciones de emergencia.
- b. Decreto Supremo N° 023-73-SA, del 16 ENE. 73, reglamenta el D.L. N° 19609.
- c. Decreto Ley N° 17505, del 18 MAR. 69, establece el Código Sanitario.
- d. Resolución Directoral N° 0094-80-SA/DS, del 07 OCT. 80, crea la Comisión de Emergencia E-80.
- e. Proyecto Eje-1.7 del Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud 82/85.
- f. Decreto Supremo N° 0008-81-SA, dispone la remodelación de la Asistencia Pública de la Avenida Grau.
- g. Resolución Vice-Ministerial N° 0108-81-SA/DUM del 18 AGO. 81, designa la Comisión para elaborar el Programa Médico Funcional que debe cumplir el Puesto Central de la Avenida Grau.
- h. Resolución Vice-Ministerial N° 0025-82-SA/DUM, del 21 ABR. 82, aprueba el Plan de Atención en Foco y Traslado de Pacientes de Lima Metropolitana.

- i. Resolución Vice-Ministerial N° 0026-82-SA/DUM, del 21 ABR. 82, designa una Comisión para que elabore el Programa de Atención en Foco y Traslado de Pacientes en Lima Metropolitana.
- j. Decreto Ley N° 351, del 28 OCT. 85, Ley Orgánica del Sector Salud.
- k. Decreto Supremo N° 022-86-SA, del 28 JUL. 86, dispone la Integración Funcional del Ministerio de Salud y del Instituto Peruano de Seguridad Social.
- l. Resolución Suprema N° 058-86-SA/DM, del 26 AGO. 86, establece el Reglamento del D.S. N° 022-86-SA.
- m. Resolución Ministerial N° 369-86-SD/DM, aprueba Directivas para Atención de Emergencias.
- n. Resolución Ministerial N° 354-86-SD/DM, designa la Comisión de Reorganización Integral del Instituto de Emergencias.
- o. Resolución Ministerial, N° 597-87-SA/DM, del 15 DIC. 86, constituye la Comisión Permanente para Funcionamiento, Control y Supervisión del Sistema de Atención de Emergencias en Hospitales de Lima y Callao.

B. METODOLOGIA

Se ha practicado el estudio del material asequible siguiendo métodos convencionales de recopilación de la información, sistematización y observación, análisis deductivo, discusión de opciones y formulación de propuestas.

RESULTADOS

Los resultados se exponen en Tablas y Figuras que, para facilitar la comprensión del texto, están inmersas en el capítulo siguiente.

DISCUSION

El riesgo de enfermar agudamente y morir, o el de sufrir una injuria física fatal por efecto de violencias o accidentes, se ha extendido de tal modo que amplios sectores de la comunidad son ahora conscientes del nivel de inseguridad en que viven.

Frente a estos riesgos deben estructurarse las organizaciones de salud con un nivel de solvencia operativa tal que garanticen las acciones por la supervivencia. Sólo ésto puede restaurar la confianza y sensación de seguridad. La responsabilidad por esta imagen descansa en gran parte en los servicios encargados de la atención de emergencias.

A. EL PROBLEMA

¿Es satisfactoria la atención de emergencias en Lima Metropolitana?

Se analizará la interrogante a través de dos temas:

la situación global de salud, los componentes, y se cerrará el capítulo con una síntesis y corolario.

1. LA SITUACION GLOBAL DE SALUD

Condensará aspectos relacionados con los Servicios de Salud y los Servicios de Emergencia.

a. Los Servicios de Salud

Múltiples estudios del diagnóstico de la situación de salud en el Perú, desarrollados en recientes quinquenios por investigadores y organismos oficiales, reportan que el nivel de salud en el país es deficitario en diversos aspectos de la asistencia médica y que existen amplios sectores de la población que no tienen cobertura adecuada y a veces ninguna atención^{3 8}.

Bustios, en la Escuela de Salud Pública del Perú, realiza un cuidadoso análisis de esta problemática siguiendo el contexto histórico de la situación de salud en las dos últimas décadas, estudios que le permite documentar que si bien algunos indicadores del estado de salud mostraron tendencias de evolución favorables, otros señalan un evidente deterioro. Así, la tasa de mortalidad general, a nivel país, descendió en ese lapso de 17.56 a 10.74, la tasa de mortalidad infantil lo hizo de 136.09 a 98.63, mientras que la expectativa de vida se elevó de 49.13 a 58.60 años. Sin embargo, precisa que la morbilidad por tuberculosis ha vuelto a incrementarse y, aunque ha disminuído la incidencia de enfermedades controlables por vacuna, han aumentado notablemente las enfermedades transmisibles controlables por saneamiento del medio⁹.

La más reciente publicación oficial referida a diagnóstico reconoce que la situación de salud en el país es crítica y se ha agravado en los últimos años⁷. Precisa que una de cada dos defunciones en el país es la de un niño menor de 5 años y que, en la mitad de los casos la muerte se pudo evitar con programas de saneamiento e inmunizaciones. De cada mil nacidos vivos, 127

mueren antes de cumplir un año, llegando esta mortalidad a 275 por mil en el trapezio andino. Cada cuatro y medio minutos fallece un niño menor de 2 años y 34 de cada 100 lo hacen sin haber tenido la oportunidad de ingresar a un centro asistencial. En la zona surandina mueren 35 madres por cada diez mil nacidos vivos, siendo la hemorragia la causa del óbito en 57% de los casos. Uno de cada dos habitantes del país no tiene agua potable, mientras que en el medio rural apenas uno de cada 7 habitantes cuentan con este servicio y sólo uno de cada 143 dispone de algún sistema sanitario de eliminación de excretas; todo lo cual contribuye a mantener una elevada incidencia de enfermedades generadas por el pobre saneamiento ambiental. Tuberculosis y malaria están nuevamente en incremento, sobre todo en el medio rural y el urbano-marginal⁷.

La desnutrición afecta severamente a gestantes y niños, 7 de cada 10 embarazadas o lactantes sufre anemia, así como 1 de cada 2 niños preescolares, lo que conlleva un alto nivel de abandono escolar, morbilidad y retraso intelectual. El habitante promedio en el país ingiere menos de 2,350 calorías por día⁷.

En relación a la población total del país la disponibilidad de camas hospitalarias ha descendido en los últimos 20 años, siendo su distribución desigual geográficamente. La distribución de médicos y otros trabajadores de salud es asimismo desigual, notándose desmesurada concentración en ciudades grandes y en especial en la capital; igual ocurre con los recursos financieros cuyo mayor volumen se destina a los establecimientos de mayor complejidad⁷, aunque son los establecimientos de escalones periféricos e intermedios los que deben asistir a la población rural 35.2% del total —y la urbano marginal— 2.3 millones de habitantes en Lima Metropolitana en cuya población, menor de 5 años, se ha reportado una incidencia promedio de 10 episodios diarreicos por año¹⁰.

Existe consenso, finalmente, en que la medicina actualmente puesta en práctica en el medio, puede ser calificada como tendente a la sofisticación en el estudio clínico, haciéndose una apreciación unipersonal del enfermo, sin considerar el contexto de familia o de comunidad; se observa marcado centralismo en el desarrollo y distribución de los recursos, así como un notable exclusivismo en las acciones y en la utilización de los recursos por determinados gru-

FIGURA 1



pos e instituciones; la acción de salud es básicamente recuperativa en desmedro de las acciones preventivo-promocionales; se evidencia desigualdad en el uso del recurso económico y discordancia en el gasto entre acciones de salud y labor administrativa, Figura N° 1 ³⁶.

B. LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

Generalidades

La calidad de la atención médica en el Servicio de Emergencia evidencia con mucha transparencia el estado de organización y la capacidad operativa —también las deficiencias— de un establecimiento asistencial. En la Emergencia Hospitalaria convergen problemas de salud de origen y gravedad variables cuyo volumen y urgencia son a veces inusitados, todo lo cual pone a prueba la calidad y flexibilidad de la organización y de sus recursos humanos y materiales ¹¹.

La capacidad para la atención oportuna y eficaz de la urgencia y el traslado pertinente de la víctima hacia el nosocomio que asegure su atención definitiva, con el nivel tecnológico preciso a la gravedad de su caso, establecen el patrón de medida de la integración de los servicios de emergencia de una ciudad. Es ésta la diferencia entre un conglomerado de servicios y un sistema de atención integral de urgencias; sólo el último, puede garantizar la validez del esfuerzo por la

supervivencia del ciudadano, en situación de gravedad súbita extrema.

Estudios Previos de la Problemática

La norma legal expuesta y las disposiciones que ésta imparte, las comisiones oficiales creadas y el trabajo realizado ^{12 27}, constituyen un evidente esfuerzo e interés del nivel central por afrontar y solucionar la compleja problemática de la atención de urgencias y de los servicios de emergencia.

Reconocidas entidades oficiales y científicas nacionales ²⁸ e internacionales ³⁰, contribuyeron al estudio del tema, planteando alternativas que llevaron, incluso, a la creación de una sociedad médica especializada ³¹.

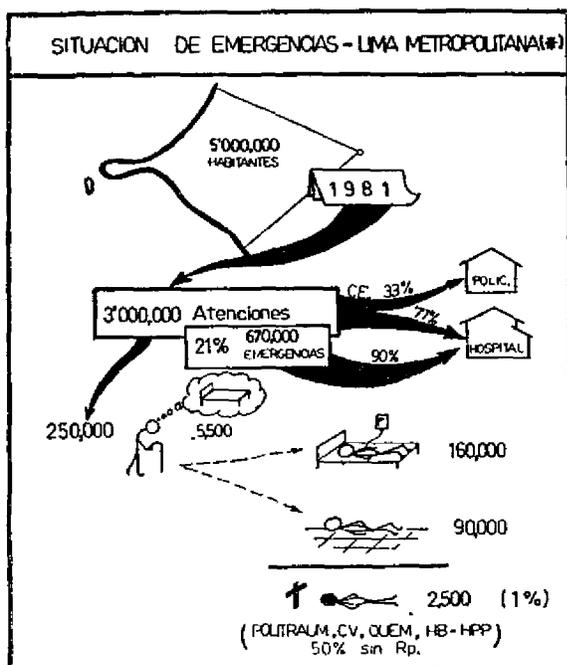
Disposiciones específicas, R.M. N° 0105-83-SA/DUM, del 29ABR83, y RVM. N° 0020-83 SA/DUM, del 16JUN83 ^{32 33}, incluyeron estudios específicos de la problemática, tales como los ligados a las radiocomunicaciones y el transporte terrestre ³⁴.

Se ha escrito inclusive sobre la historia de los servicios de emergencia ³⁵ pero, es destacable, que los estudios sobre la problemática de los Servicios de Emergencia son referidos a los Hospitales y poco o nada se dice de la actividad o apoyo que en este campo pueden proporcionar los establecimientos asistenciales periféricos de menor complejidad tecnológica.

Un bien documentado estudio es el publicado en 1983 por la Comisión encargada de diseñar el "Plan Operativo para las Atenciones de Emergencias Médico-Quirúrgicas en Lima Metropolitana" ³⁶, documento en el cual se precisa que "la organización y la capacidad instalada de los establecimientos de atención médica (VI Región de Salud de Lima) son insuficientes para afrontar satisfactoriamente la demanda cada vez más creciente por el desmesurado aumento de la población de estas urbes y de sus áreas de influencia".

Considera, asimismo, que el principal obstáculo para el logro de un eficiente sistema de emergencias en Lima Metropolitana ha sido el incipiente desarrollo de los servicios de emergencia de los hospitales y la carencia de un sistema uniforme y coordinado que regule dicha atención en el ámbito urbano, desarrollo que no pudo suplir la atención de emergencias médico-quirúrgicas que afrontaba el "Servicio Nacional de Asistencia Pública", cuyos Puestos Distritales fueron desactivados desde fines de la década del 60

FIGURA 2



(*) COMISION Nº 0026 - 82 - SA/DM, MARZO 1983

siendo finalmente clausurado el 20 de Julio de 1980 el propio Puesto Central de la Avenida Grau ³⁶.

Se menciona en este estudio que, en 1981, en Lima Metropolitana se generaron 3'216,712 atenciones ambulatorias, de las cuales 2'527,712 fueron Consultas Externas. Estas demandaron atención en un 67% en Hospitales y sólo en un 33% en Centros de Salud. Las Atenciones de Emergencia sumaron 668,379 casos, 21.4% del total (porcentaje entonces en aumento), y que en un 90% acudieron a Hospitales Generales y Especializados ³⁶.

En los ámbitos administrativos que la Comisión examinó existían 7,675 camas hospitalarias de las cuales debieron excluirse 2,200 destinadas a pacientes crónicos. Las 5,475 camas restantes debían absorber la demanda de hospitalización generada por la consulta ambulatoria, estimándose ésta en un 10%. Durante el año sólo se lograron 159,590 hospitalizaciones en los nosocomios estudiados.

“En un muestreo realizado en 8 de los hospitales más representativos de Lima, se ha comprobado que de los casos que se han derivado a estos hospitales, por razones de Emergencia, 1068 han llegado muertos y otros 1309 han fallecido antes de las 24 horas. Por consiguiente, el número total de fallecidos pre-

cozmente representa aproximadamente el 1% del total de los atendidos en los servicios de Emergencia de los Hospitales. El 50% de los fallecidos precozmente no recibió ninguna atención médica”. Figura Nº 2, ³⁶.

Describe, asimismo, que no existe una sectorización racional para la cobertura y que “la referencia de pacientes de emergencia en estado crítico, sólo por excepción conduce a éstos a los Hospitales mejor dotados para su atención, por lo que con frecuencia los casos muy graves de politraumatizados, de pacientes neuro quirúrgicos, intoxicados, los de cardiología y quemados, son conducidos a Hospitales que no se encuentran en condiciones de proporcionarles tratamiento adecuado” ³⁶. Los pacientes de Emergencia no tienen prioridad en la hospitalización.

En la problemática de los recursos, reportan los autores, que la planta física de los Servicios de Emergencia es inadecuada arquitectónicamente, tanto para la atención médica como para el flujo de personas y transporte de pacientes, los ambientes estrechos, ruidosos y que, mantenimiento, conservación y limpieza son inadecuados e insuficientes. En la mayoría de Hospitales los servicios de Laboratorio y Radiología no son de uso exclusivo de Emergencia y sólo por excepción funcionan las 24 horas del día, un solo Hospital poseía Banco de Sangre operativo en forma permanente. Nueve servicios de Emergencia no disponían de ninguna ambulancia ³⁶.

Se cita además que tales servicios de Emergencia carecen de personal profesional de salud propio, los Jefes de Servicio son eventuales y tienen corta permanencia, faltan especialistas en áreas críticas como neurocirugía, traumatología y anestesiología; el personal de Emergencia no tiene particulares incentivos económicos, educacionales ni de confort personal y, por el contrario, están expuestos a riesgos de naturaleza médico-legal ante los cuales no tienen protección alguna. La mayoría de Servicios de Emergencia no se rigen por Manuales de Organización y Funciones con aprobación formal, tampoco cuentan con normas y procedimientos concordados; la heterogeneidad en procedimientos, equipos y materias de consumo es generalizada ³⁶.

En un enjuiciamiento final de esta situación la Comisión mencionada concluye en que la atención en los Servicios de Emergencia es insatisfactoria, identificando, entre otros, los siguientes problemas:

Ubicación orgánica no definida: los Servicios de Emergencias de los Hospitales no están claramente definidos ni delimitados en el contexto de la entidad, y por esta causa su estructura, su equipamiento y dotación, así como su administración no son adecuados.

Deficiente organización interna: la organización y la administración de los Servicios de Emergencia no tienen uniformidad ni obedecen a un criterio sistemático, la mayoría de los servicios no están regidos por un Manual de Organización y Funciones con aprobación formal.

Inexistente coordinación interna y externa: no existen normas y procedimientos uniformes para la recepción, derivación, transferencia y alta de pacientes de emergencia; tales pacientes no tienen prioridad para su internamiento y permanecen más de 24 horas.

Equipamiento insuficiente e inadecuado: equipamiento y dotación de los Servicios de Emergencia son insuficientes e inadecuados; en especial, para las necesidades de la población marginada y para los pacientes en estado crítico.

Incremento de producción sin mejorar la calidad: la demanda exagerada sobre los Servicios de Emergencia de los Hospitales, que incluye a pacientes que eludieron los trámites y espera de turnos en los Consultorios Externos, han generado un aumento de la producción que no va aparejado a la mejora de la calidad de la atención dispensada. La incompetencia se extiende al proceso de transferencia del enfermo, lo que ocasiona la movilización de pacientes por sucesivos hospitales para luego retornar a su punto de origen. Hay áreas críticas que corresponden a pacientes quemados, politraumatizados, psiquiátricos y personas en abandono social, cuya atención debe ser prevista y adecuadamente normalizada.

Tecnología no adecuada ni concordada: las características técnicas y la disponibilidad de los ambientes de apoyo diagnóstico y de tratamiento son disímiles y deficiente; sobre todo en aspectos de equipos de laboratorio, radiología, banco de sangre, quirófanos, equipo médico y quirúrgico, material de tópicos, equipos de comunicaciones y de transporte terrestre de pacientes ³⁶.

No hay atención en foco: los pacientes en estado de emergencia que se atienden son únicamente los que llegan al Hospital. Estos pacientes no son atendidos previamente en la escena de los hechos.

No hay traslado con criterio técnico: la decisión del traslado es adoptado espontáneamente por el usuario sobre un criterio basado exclusivamente en razones geográficas y por las facilidades que pueda proporcionar el tránsito automotor de Lima y Callao. No hay elección del Hospital adecuado: son deficientes la calificación y sectorización existentes para derivar a los Hospitales los casos de emergencia; no existe un patrón para establecer la complejidad y especialización de los hospitales que permita definir los criterios en la selección de pacientes en el momento de los hechos, con la finalidad de hacer su distribución en forma correcta y adecuada al Hospital más indicado. "Las muertes que se producen en el trayecto al Hospital y antes de las 24 horas de permanencia en el servicio, constituyen hechos que llaman a reflexión y ameritan el establecimiento de un nuevo sistema de atención más eficiente y eficaz. La estructura de la mortalidad revela que el mayor número de fallecidos corresponde a pacientes politraumatizados, cardiocirculatorios y quemados, lo que refleja también una situación insatisfactoria", Figura N° 3, ³⁶.

En 1978 el Colegio Médico del Perú designó una Comisión para estudio de los Servicios Hospitalarios de Emergencia en la Región de Lima ²³. Se formuló una encuesta sobre recursos, demanda y propuesta de recomendaciones que fue respondida por 6 Hospitales Generales y 9 Especializados del Ministerio de Salud, 2 de la Seguridad Social y uno de la Fuerza Armada. La Comisión concluyó que la planta física de los Hospitales —a excepción de los recientemente construidos— no era adecuada; la mayoría contaba con ambientes adaptados, no funcionales y que, algunos hospitales especializados, no otorgaban atención de urgencia a los pacientes internados. Asimismo encontró que las instalaciones y el equipamiento eran inadecuados, insuficientes y obsoletos, el mantenimiento era deficiente y el personal estaba incompleto en la mayoría de los hospitales. La organización, el funcionamiento y la disciplina laboral eran deficientes; había caren-

FIGURA 3

EVALUACION DE SERVICIOS DE EMERGENCIAS *	
PROBLEMAS IDENTIFICADOS:	
1.	UBICACION ORGANICA NO DEFINIDA
2.	DEFICIENTE ORGANIZACION INTERNA
3.	INEXISTENTE COORDINACION EXTERNA E INTERNA
4.	EQUIPAMIENTO INSUFICIENTE E INADECUADO
5.	INCREMENTO DE PRODUCCION SIN MEJORAR LA CALIDAD
6.	TECNOLOGIA NO ADECUADA NI CONCORDADA
7.	NO HAY ATENCION EN FOCO, NI TRASLADO CON CRITERIO TECNICO, NI ELECCION DEL HOSPITAL ADECUADO.
ATENCION INSATISFACTORIA	

* Comisión Nº 0026-82-SA/ DVM. MAR. 1983.

cia de reglamentos de organización y funciones, de manuales de procedimientos y de preparación adecuada para enfrentamiento a desastres.

Esta Comisión finalmente recomendaba que se hiciera un diagnóstico de situación de salud; que todo hospital debería contar con una Unidad de Emergencia y que ésta debería tener una jefatura definida y estable, con normatividad y líneas de autoridad precisas, con mecanismos de coordinación eficientes con otros estamentos de la organización; que el diseño y desarrollo de las Unidades de Emergencia deberían ser hechos por especialistas y que contara con la atención preferente de las autoridades de salud por el rol que estos servicios debían de cumplir ²⁸.

En 1980 fue publicado un simposio sobre organización de servicios de emergencia ²⁹. En el mismo fueron revisados la normatividad, organización, funciones y administración de los servicios de emergencia de algunos hospitales ^{37 40}, proponiéndose recomendaciones para mejorar esta atención teniendo en consideración los recursos limitados del Sector Salud ⁴¹ y esbozando un anteproyecto de integración funcional de los mismos ⁴².

Se precisaba que el 65.6% de la población

estaba entonces protegida por servicios asistenciales y que la infraestructura de los Centros de Salud al 17.7% de la población, y en el de las Postas Sanitarias al 27.4% de la misma, pero que este 45.1% de la población tenía atención sólo durante 6 horas al día en tales establecimientos, por tanto, la atención de urgencias era mucho más limitado que la atención habitual de la Consulta Externa ⁴². En este trabajo ya son mencionados los conceptos de sectorización y desconcentración, de integración funcional de los recursos y de programación de actividades y acciones por niveles de complejidad.

En 1983 se reportó que un Hospital en Lima Metropolitana estaba registrando un incremento sostenido de sus atenciones de Emergencia con un promedio anual de 18.8% en su último quinquenio ⁴⁴. El 12% era generado por accidentes y violencias y un 10% del total de las atenciones requirió hospitalización. Ulteriores estudios señalaron que la atención de lesiones producidas por proyectil de arma de fuego se ha quintuplicado en los 6 últimos años en dicho Hospital ⁴⁹.

Es conocida la vulnerabilidad de la región a desastres naturales. Una encuesta realizada en 13 Hospitales de Lima Metropolitana y Callao en 1985 reveló un deficiente estado en los preparativos para enfrentamiento a tales contingencias ⁴⁵. Los hallazgos de esta encuesta fueron corroborados poco después a través de un simulacro de desastre que demostró la fragilidad en algunos aspectos de la organización de las instituciones comprometidas en la atención de la urgencia masiva.

2. LOS COMPONENTES

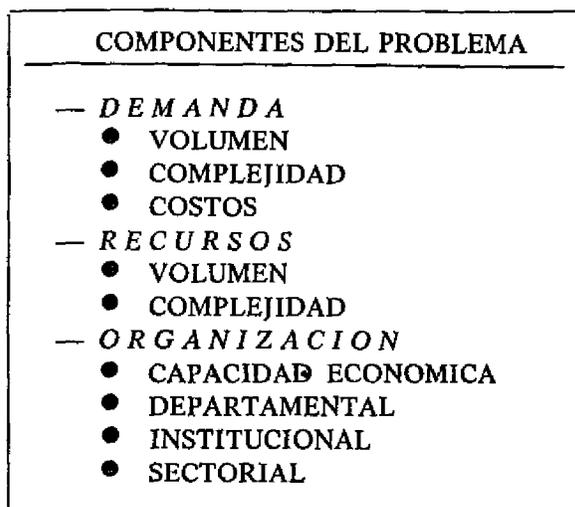
La información expuesta demuestra que la problemática de la atención de urgencias tiene visos de mayor complejidad que la atención habitual de salud.

Agrupando los problemas con una perspectiva centrípeta puede indentificarse tres grandes vertientes: la demanda, el recurso y la organización. Esto no desnaturaliza cualidades de otros conceptos ni descalifica otras opiniones.

La demanda en sí presenta problemas relacionados con su volumen y complejidad así como del costo de las prestaciones. El recurso, por otro lado, presenta problemas de volumen, de complejidad tecnológica de los establecimientos.

asistenciales y de la capacidad económica de las instituciones. Demanda y recurso están inmersos dentro de intrincados problemas de organización, Figura Nº 4.

FIGURA 4



a. La Demanda

El aspecto más importante de la demanda estriba en la prestación del servicio la cual, en cada una de sus fases, conlleva connotaciones legales y sociales muy definidas.

1. La Prestación

La atención médica de la urgencia comprende tres etapas bien diferenciadas: a) la atención en el lugar del suceso o atención en foco, b) el transporte asistido de la víctima, y c) la atención nosocomial. Entre ellas se imbrica el concepto de: referencia al hospital adecuado, cuando la gravedad del paciente así lo requiere.

La atención en foco muestra visibles diferencias ligadas a la organización y posibilidades de las instituciones prestadoras. Algunas no desarrollan ninguna actividad de este tipo³⁶, mientras que otras reportan la atención domiciliar de pacientes agudos por profesionales médicos, mediante vehículos radioenlazados, informándose de hasta 4000 atenciones de este tipo por año en Lima Metropolitana².

No se ha publicado sobre acciones organizadas o permanentes de atención en foco a víctimas de accidentes a cargo de hospitales civiles.

El Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú desarrolla labores de rescate y atención de víctimas en foco en acciones simultáneas con la policía, utilizando ambulancias y Unidades Médicas con capacidad para cirugía menor y provista de radioenlace, esta atención, practicada por médicos y paramédicos alcanzó a 15000 pacientes en 1986⁵¹.

La Sociedad Peruana de la Cruz Roja cumple también acciones de atención en foco especialmente ligadas a las emergencias colectivas y desastres. Operan con profesionales médicos y con voluntarios de reconocida experiencia, emplean metodología apropiada en primeros auxilios y muestran gran capacidad para el manejo masivo de víctimas en zonas o situaciones adversas⁵².

La policía al llegar al lugar del accidente da protección a las víctimas ante nuevos riesgos, en ocasiones brinda cuidados en aplicación de docencia recibida en el área de primeros auxilios. sin embargo, su equipamiento en material médico es limitado.

Algunas instituciones tecnifican voluntarios en acciones de primeros auxilios pero no se ha logrado integrarlos en un sistema coherente⁵⁴.

El transporte asistido de pacientes graves se da con las mismas limitaciones que la etapa anterior. Algunas instituciones no prestan este servicio pero quienes lo hacen han reportado sus experiencias señalando incluso sus indicadores de gastos².

En la gran mayoría de casos el transporte de pacientes que acuden a Servicios de Emergencia no es institucional y es practicado según las propias posibilidades del enfermo utilizándose comúnmente vehículos de transporte público o privado³⁶. Es común que víctimas de accidentes o violencia lleguen al hospital en vehículos de la policía.

Se reporta que las ambulancias actualmente en uso no tienen equipamiento para la atención de pacientes graves durante el transporte y que su tripulación, generalmente el conductor del vehículo y un camillero, no ha recibido docencia efectiva sobre reanimación, primeros auxilios, transporte del paciente grave ni de criterios de referencia a hospitales³⁶. Un solo nosocomio ha informado de este tipo de docencia a conductores de ambulancias².

La atención nosocomial presenta aspectos importantes a tenerse en cuenta, tales como el

TABLA Nº 1. TOTAL DE ATENCIONES DE EMERGENCIA POR ESPECIALIDADES SEGUN ESTABLECIMIENTO DE SALUD SELECCIONADO - LIMA METROPOLITANA AÑO 1985

Establecimientos de Salud	Total	E S P E C I A L I D A D E S			
		Medicina	Cirugía	Pediatría	Gineco-Obst.
TOTAL GENERAL:	577,212	164,282	168,672	180,269	63,989
Hospital de Apoyo C. Heredia	126,730	39,321	41,066	30,710	15,633
Hospital de Emergencia C. Ulloa	105,547	35,894	69,653	—	—
Hospital de Apoyo D.A. Carrión Callao	77,283	26,988	17,496	16,094	16,705
Hospital Arzobispo Loayza	72,052	37,639	14,400	5,936	14,077
Emergencias Pediátricas	59,120	—	—	59,120	—
Instituto Nacional de Salud del Niño	53,205	—	—	53,205	—
Hospital Dos de Mayo	49,418	11,805	20,895	7,100	9,618
Hospital Hipólito Unanue	33,857	12,635	5,162	8,104	7,956

* Informe de la comisión designada para la reorganización del Instituto de Emergencias R.M. 354-86-SA-DVM 06AGO86.

volumen de la prestación, la complejidad tecnológica necesaria —que está en relación con la especialidad médica requerida y la gravedad del caso clínico— y el costo de la atención.

El informe de la Comisión encargada de elaborar el Plan Operativo para las Atenciones de Emergencias Médico-Quirúrgicas en Lima Metropolitana ³⁶ se refiere al volumen de la demanda y la orientación de ésta, traducida en una presión asimétrica ejercida sobre los establecimientos asistenciales, Figura Nº 2. En el campo de la Consulta Externa, el 67% se dirigió hacia los Hospitales mientras que la infraestructura programada por éstos era de 44.1% ⁴², la Atención de Emergencia se dió en un 90% en los hospitales y 10% en establecimientos periféricos; aguda desproporción que evidentemente desborda la capacidad instalada de los Servicios de Emergencia. Este estudio evidencia las relaciones existentes entre el volumen de la demanda y su distribución según niveles de complejidad del establecimiento asistencial.

Otro aspecto a evaluarse en la demanda es la especialidad médica solicitada. El informe de la Comisión para Reorganización del Instituto de Emergencias ²⁵, Tabla Nº 1, señala que de las 577,212 atenciones practicadas en 1985, el mayor volumen de demanda en Hospitales del Ministerio de Salud fue soportado por la especialidad de Pediatría, 31% de total, seguido por las especialidades de Cirugía y Medicina, 29 y 28%, respectivamente. Las proporciones son, sin embargo, muy variables dada la especialización de algunos nosocomios. Las reales exigencias de demanda de especialidades debe establecerse en cada establecimiento asistencial en base a sus an-

tecedentes estadísticos y a los perfiles demográficos de su cobertura. Este estudio precisa las relaciones entre el volumen de la demanda y su distribución por especialidades y nosocomios especializados.

La información hasta aquí expuesta no explica, sin embargo aspectos fundamentales de un hecho que reviste singular importancia en la prestación del servicio de emergencia: *la gravedad de la víctima y la complejidad del caso clínico*. La exigencia de este condicionante obliga al establecimiento a un despliegue tecnológico variable pero flexible a cada caso, también exige la especialización del personal y la utilización de muchos de sus recursos por un tiempo determinado para completar con satisfacción las fases del diagnóstico, tratamiento y remisión de síntomas agudos del paciente, todo lo cual conlleva costos en extremo diferentes. El ingreso simultáneo de múltiples víctimas generadas por accidentes del transporte que sufren lesiones traumáticas viscerales además de quemaduras graves realmente quebrantan la logística del establecimiento y, no pocas veces, la capacidad operativa del recurso humano especializado.

En 1984 se publicó un análisis de los perfiles de la demanda en Emergencia según la gravedad clínica del paciente ⁴³. El estudio fue practicado en un Hospital General que presta servicios a una comunidad semi-cerrada con pacientes provenientes de diversos estratos socio-económicos. Durante 4 semanas se hizo la evaluación de la gravedad clínica de pacientes atendidos por urgencias y luego se practicó un seguimiento para apreciar la evolución ulterior. Se establecieron 3 niveles de gravedad clínica clasificándose como

TABLA Nº 2. ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES DE SALUD LIMA Y CALLAO ** FEBRERO - 1987

Población	ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES											
	Total	Hospitales SS			Policlinicos SS			Postas SS			PRIV	
		MS	IPSS	FA-FP	MS	IPSS	FA-FP	MS	IPSS	FA-FP		
Lima	5'330,800	398	10	3	3	110	9	7	196	—	—	60
Callao	530,200	33	2	2	1	13	—	3	12	—	—	—
Total	5,861,000	431	12	5	4	123	9	10	208	—	—	60

* Ministerio de Salud, Dr. WTH IPSS, Dr. EQ. SS-FFAA-FFPP, ANSSA-PERU, Inventario de Establecimientos de Salud, An. Nº 2-1985.

** Excluye Clínicas Particulares, incluye Postas Médicas Privadas.

Patología Aguda Común al grupo de pacientes que no entrañaba riesgo de muerte por el motivo de la consulta, población que era susceptible de atención en establecimientos periféricos de menor complejidad tecnológica. Se comprendió en el grupo de Urgencias a los pacientes en que había riesgo mediato de muerte o daños importantes para su salud y en los que era imperativa la atención de Emergencia. Se calificó como en Gravedad Súbita Extrema a aquellos pacientes que fallecían en el trayecto al Hospital o lo hacían en las primeras horas del acceso a éste; se

excluyeron a pacientes crónicos o aquellos cuya muerte era el epílogo de afección prolongada o de vejez, Tabla Nº 2, Figura Nº 5.

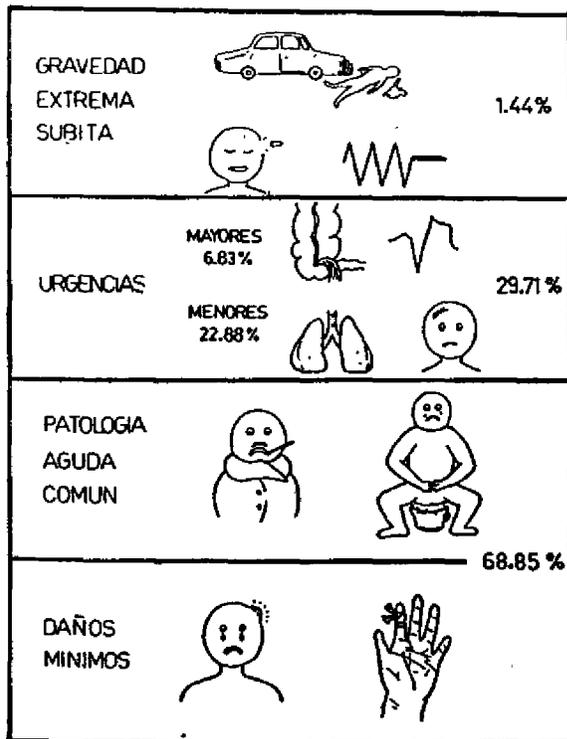
El 68.8% de la demanda en este estudio correspondió a la patología aguda común, dentro de la cual se distribuyeron predominantemente las afecciones banales del tracto respiratorio y del aparato digestivo, seguida de los traumatismos menores y una miscelánea de daños leves que exigió atención muy simple. El 29.7% de la demanda cayó en la categoría de las urgencias, desdoblándose éstas en un sub-grupo, 22.8%, que se denominó urgencias menores, el cual incluía a pacientes cuyo nivel de gravedad exigía atención urgente aunque su vida no corría riesgo inmediato, como por ejemplo, el status asmático o las heridas contusas sin daño óseo o visceral; el 6.8% restante correspondió a las urgencias mayores, las cuales exigieron atención urgente con un adecuado nivel de complejidad tecnológica por el riesgo de muerte; tales fueron los casos de peritonitis de diverso origen, de heridas punzopetrantes o por proyectil de arma de fuego que comprometían vísceras, o el infarto cardíaco agudo.

A la gravedad súbita extrema correspondió el 1.4% de la demanda; este grupo creaba excepcionales exigencias de complejidad tecnológica y de habilidad profesional del recurso humano particularmente porque se trataban de víctimas de violencias portadoras de heridas por proyectil de arma de fuego con severos daños en cabeza o cuello y politraumatizados graves. Este estudio permitió además, apreciar lo variables de la incidencia según días de la semana.

Son diversos los factores que participan en la composición de la demanda de emergencia. Algunos de ellos son estables como el área geográfica y el tipo de población bajo cobertura, otros son cambiantes como la patología prevalen-

FIGURA 5

DEMANDA POR NIVEL DE GRAVEDAD *



(*) DIAGNOSTICO, 14:73-76, 1984

te y su influencia estacional, la aparición de epidemias o el desplazamiento de grupos humanos migrantes, la industrialización progresiva o la creciente densidad del tránsito vehicular. Otros, finalmente son altamente variables tales como los generados por la violencia colectiva, los grandes accidentes del transporte masivo y los producidos por los desastres naturales y provocados ⁴⁷.

Un peculiar aspecto de la problemática de la demanda es el observado en el campo pediátrico. El Instituto Nacional del Niño reportó en 1985 ⁵⁸ la atención de 53,205 casos de urgencia, de los cuales 7,000 fueron lesiones causadas por traumatismos; el 19.2% de las hospitalizaciones correspondió al capítulo de traumatismos y envenenamientos. Gran parte de todos estos daños pudieron ser prevenidos, Tabla N° 3.

Lo hasta aquí expuesto permite apreciar que el mayor volumen de la demanda habitual está constituido por la patología aguda común y los daños menores, 70% del total, pero que, en un 90% de las veces ésta se orientó hacia los hospitales generales y especializados a despecho de que eran susceptibles de atención en establecimientos de menor complejidad y más cercanos a la vivienda o al centro de trabajo.

¿Qué razones generaron esta orientación de la demanda? Algunos autores ⁴² argumentan que, entre otras causas, ésto puede deberse al limitado horario de atención en los establecimientos periféricos, lo que hace que el 45.1% de la cobertura programada tanto en Centros de Salud como en Postas Sanitarias tuviera acceso sólo 6 horas al día a los mismos. La encuesta ENNSA ⁴⁶ señaló que sólo el 45.5% de la población de Lima Metropolitana que afirma haber sufrido algún accidente consulta por el mismo en servicios formales de salud y que en este grupo el 19.4% del total se orientará hacia los hospitales, mientras que 6.% y 3.7%, respectivamente, lo hará a Centros de Salud y Postas Sanitarias. Las razones aducidas para no buscar atención por enfermedades diversas en servicios formales fueron entre otras, el que demoran mucho, no atienden bien, los servicios están lejos, no atienden a esa hora o cuestan demasiado. Entre las causas declaradas para no buscar atención en servicios formales cuando se manifestaron accidentes estaban la autoprescripción o la percepción que la lesión no era grave, el conformarse con la ayuda familiar o el que la atención resultaba costosa, no se argumentó lejanía o ausencia de servicios ⁴⁶.

No se dispone de información adecuada al número de pacientes atendidos en establecimientos periféricos que son referidos a centros de mayor complejidad por requerimientos de exámenes auxiliares ni la influencia que ésto tuvo en la redistribución de la demanda. Es conocido que muchos pacientes buscan la atención en Emergencia sólo por evitar trámites y esperas prolongadas en los Consultorios Externos ³⁶.

El Decreto Ley N° 19609 y su Reglamento ^{12 13} establecen que el propio paciente u otra persona, afín o cercana, pueden hacer la pre-calificación de "situación de Emergencia" con lo cual asume los derechos que la ley confiere para su atención nosocomial.

2. Aspectos Legales y Sociales

Como se ha expuesto en la introducción al tema, el hecho de la urgencia desborda con frecuencia el campo de la salud y comprende aspectos legales y sociales.

El Decreto Ley N° 19609 y su Reglamento, Decreto Supremo N° 0023-73-SA, en concordancia con el Código Sanitario, establecen en nuestro país el derecho de las personas que se encuentran en situación de emergencia a utilizar los servicios médico-quirúrgicos de cualquier institución pública o privada dedicada a la salud en el territorio nacional, igualmente obliga a ésta a prestar tal atención.

En tal norma se conceptúa la *Situación de Emergencia* como aquella que se presenta en forma imprevisible o violenta o súbita, pone en peligro inminente la vida o altera grave o profundamente el estado de salud y por tanto, exige atención médica o médico-quirúrgica inmediata. Asimismo, define la *Atención o Servicio Médico-Quirúrgico de Emergencia* como la que se presta por parte de las instituciones de salud pública y privadas en las situaciones de emergencia anteriormente citados. Define también la *Atención de Primeros Auxilios* como aquella que tiene por objeto prestar ayuda inmediata en casos de alteración de salud y puede ser suministrada por cualquier personal sea o no médico . . . no es incompatible con la Atención de Emergencia y ésta puede darse a continuación de la primera ^{12 13}.

Hace mención de la atención de primeros auxilios que debe recibir la persona objeto de la situación de emergencia, precisa que la atención de emergencias se hará en la institución más cer-

TABLA N° 3. ATENCION DE URGENCIA, NUMERO DE ATENCIONES POR GRUPOS DE EDADES, SEGUN DIAGNOSTICO
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO *
1 9 8 5

Diagnóstico	Total	A Ñ O S				
		0-11 meses	1 - 4	5	6-14	15-19
Amputación	8	—	3	1	4	—
Asfixia	1	1	—	—	—	—
Atricción	82	—	12	2	12	2
Contusión	1003	38	350	85	498	59
Cuerpo extraño	620	15	363	49	178	15
Cerumen impactado	3	—	—	—	3	—
Esguince	73	1	25	1	42	4
Fractura	878	18	276	71	505	8
Heridas	2803	49	1216	203	1103	232
Ingesta sustancias químicas	191	4	170	7	9	1
Ingesta cuerpo extraño	40	—	27	2	11	—
Intoxicación	109	8	59	8	32	2
Intoxicación alimentaria	248	19	91	13	120	5
Intoxicación medicamentosa	185	22	99	13	51	—
Intoxicación kerosene	51	1	47	—	3	—
Lesiones	12	2	5	1	4	—
Lesión ocular	2	—	—	—	2	—
Luxación	50	3	32	1	13	—
Mordedura:						
Canina	281	2	88	17	159	15
Araña	6	—	4	—	2	—
Gato	2	—	—	1	1	—
Mono	—	—	—	—	—	—
Rata	10	2	4	1	3	—
Serpiente	1	—	—	—	1	—
Picadura insecto	176	11	85	13	62	5
Picadura alacrán	3	—	—	1	2	—
Policontuso	2	—	2	—	—	—
Quemadura	948	67	605	42	219	15
Traumatismos	175	6	63	15	86	5
T. E. C.	1975	206	970	113	659	27

* In. Niño, Depto. Estadística.

cana dentro de la zona donde se produjo la situación de emergencia, establece normas sobre el pago de la atención, las sanciones y delitos, encarga al Ministerio de Salud la clasificación de las instituciones para precisar los tipos de emergencia que están en condiciones de atender (por tanto la eventual transferencia de pacientes) y las tarifas de los servicios médicos. Quedan por tanto definidas las etapas de precalificación y atención de primeros auxilios, de calificación profesional y primoatención institucional y de atención especializada definitiva.

Aunque estos dispositivos establecen el contexto médico y legal de la atención de urgencias y han normado su prestación en nuestro medio ha sido reconocido su escaso aporte a la solución definitiva de problemas de fondo ⁴².

En 1983 se publicó un compendio de las

normas vigentes en este campo ⁵⁰, sin embargo nuevas perspectivas de la acción médica tales como la aplicación de modernas técnicas de reanimación o la utilización de tejidos y órganos para trasplantes; o la persistencia de antiguos problemas tales como la regulación de garantías para transportadores que recojan víctimas graves o el levantamiento legal de cadáveres, entre otros, requiere una actualización o la creación de nuevas normas.

Toda enfermedad o dolencia, aparte del daño físico y malestar que ocasiona, produce incertidumbre y temor en la persona; el entorno familiar y social también es afectado y se compromete con la situación negativa.

Si la afección es súbita aparecen el apremio por obtener la atención, la demanda imperativa del medio de transporte y del recurso económico.