

Pero cuando además la afección es grave surgen el desconcierto, la desorganización del quehacer familiar y si la persona ha sido víctima de injurias por accidente o violencia y el daño preludia un desenlace. A todo lo anterior se añaden sentimientos socialmente negativos como la desconfianza en terceros, los deseos de venganza, la incredulidad en los servicios asistenciales, en la idoneidad del personal de guardia, en la oportunidad con que se dió la prestación; la familia se torna hipercrítica y sensible a hechos o fallas fortuitas. Todo el círculo amical de la víctima siente la necesidad imperiosa de "hacer algo" por ella, se acrecienta la sensación de impotencia ante lo adverso. En las horas —siempre largas— en la sala de espera del Servicio de Emergencia el tema obligado de la conversación es la suerte que correrá la víctima y el patrón de comparación en lo que le ocurrió a víctimas similares, se cuentan y se tejen mil historias, reales o ficticias, que van confirmando al grupo una sensación de temor ante una serie de riesgos que ahora son vistos como más o menos inmediatos y frente a los cuales se levanta un sistema recuperativo de cuestionables recursos pero en el cual deben obligatoriamente confiar todas sus expectativas de supervivencia ante tal aciaga posibilidad. Cada detalle de la atención en Emergencia cobra entonces una importancia monumental.

El espectador del hecho nefasto repasará íntimamente las circunstancias de la ocurrencia, el dolor de la víctima, el desconcierto inicial, la limitación para la solicitud de socorro, el primer auxilio que se dió o del cual se careció, las dificultades del transporte y del acceso al nosocomio y, finalmente, la sensación de que la víctima no ha tenido en el servicio de emergencia la prioridad que uno considera debió tener.

Parte de ésto, a veces todo, realmente ocurre, y la suma se convierte al final en una definida sensación de seguridad o inseguridad, de confianza o de desconfianza en la protección que deberían eslabonadamente proporcionar los servicios asistenciales a los que uno tiene acceso.

Si esta situación, con grandes variaciones personales, se multiplica por 670,000 casos al año ³⁶, es de suponer entonces que se va formando una cultura de la adversidad en la que la comunidad se siente inmersa, solidaria e integrante, expresándolo —exteriormente— con actitudes de indiferencia o desaliento.

Los medios de comunicación masiva infor-

man a diario de la ocurrencia de accidentes y hechos de violencia personales y colectivos. A menudo resaltan lo escabroso de los hechos, contribuyendo a incrementar la sensación del riesgo; con poca frecuencia informan de la atención de las víctimas enfatizando solamente en las deficiencias observadas en los servicios pero, muy pocas veces, en lo que sí se hizo bien. El balance final es negativo en el plano consciente de la comunidad. "son mayores los riesgos que las seguridades", la memoria colectiva almacena entonces la impresión de que frente a los peligros existentes los servicios asistenciales son deficientes o ineficientes.

Problema singular en Emergencia constituye la atención de personas o pacientes con problemas sociales o socio-familiares tales como alcohólicos inveterados, adictos, dementes, cancerosos, sujetos en total abandono social, ancianos sin familia, los delincuentes enfermos ^{36 48}. Los vecinos y familiares ejercen fuerte presión para que los Servicios de Emergencia retengan estos pacientes los que, por otro lado, son admitidos con mucha dificultad en las salas de hospitalización.

El acelerado crecimiento del transporte masivo provoca con más frecuencia grandes accidentes que obligan a la atención simultánea de decenas de heridos en servicios locales que no tienen tan amplia capacidad de respuesta. Accidentes carreteros, aéreos, ferroviarios o navieros, generan cotidianamente estas noticias.

El desarrollo tecnológico con sus grandes plantas industriales o sofisticadas centrales nucleares, permiten accidentes cuyo significado es devastador para la salud humana y la ecología, amplios territorios se ven de pronto afectados y las medidas necesarias para controlar la catástrofe, con frecuencia, sobrepasan la capacidad de un país a pesar de su nivel tecnológico.

La ola de violencia que azota a la humanidad no ha dejado libre de sus efectos a país alguno, la violencia delincencial y la violencia subversiva apelan cada vez a más sofisticados métodos de destrucción y muerte buscando quebrantar lo moral y el ordenamiento social de los pueblos. Las guerras devoran en forma permanente grandes contingentes de hombres y de recursos en la inútil empresa del exterminio.

Todas estas situaciones, provocadas al interior de complejas circunstancias sociales, se suman a los grandes daños que provocan los desastres naturales para crear demandas extraordinarias que los servicios de salud deben atender con

eficacia y prontitud, estando los servicios de emergencia a la vanguardia de esta prestación.

b. El Recurso

Los elementos fundamentales de este componente son: 1. El establecimiento asistencial. 2. El recurso humano. 3. El equipamiento y, 4. El recurso económico.

1. El Establecimiento Asistencial

Constituye un elemento de notable importancia en la problemática de la atención de urgencias. Normas diversas, entre ellas el Reglamento General de Hospitales⁵³, regulan su conformación y características. Son llamativas, sin embargo, las diferencias observadas entre los establecimientos de salud incluso al interior de una misma institución, así como las variaciones arquitectónicas y redistribución de ambientes que se hacen cuando la edificación está concluida y, a veces antes, de que ésto ocurra.

Surge una inicial desinteligencia en la nomenclatura y clasificación de los establecimientos asistenciales, situación producida porque cada institución tiene sus propias normas^{54 55}. Se ha tomado, como referencia, el estudio practicado por ANSSA en 1985⁵⁶ y se ha propuesto un modelo simplificado de nomenclatura y clasificación de establecimientos asistenciales⁵⁷.

La Tabla N° 4 muestra que en Lima Metropolitana y Callao existen 431 establecimientos asistenciales, 21 son Hospitales, estando 12 de éstos a cargo del Ministerio de Salud; además hay 142 Policlínicos, de los cuales 123 son operados por la misma entidad la que también atiende las 208 Postas Sanitarias registradas.

TABLA N° 4. ESTRUCTURA DE LA DEMANDA EN EMERGENCIA SEGUN NIVEL DE GRAVEDAD DEL PACIENTE * HOSPITAL CENTRAL SFP, 01-JUL-84 al 28-JUL-84

	PACIENTES	
	N°	%
	3,820	100.0
Gravedad súbita extrema	55	1.44
Urgencias mayores	261	6.83
(29.71%) menores	874	22.88
Patología aguda común	2630	68.85

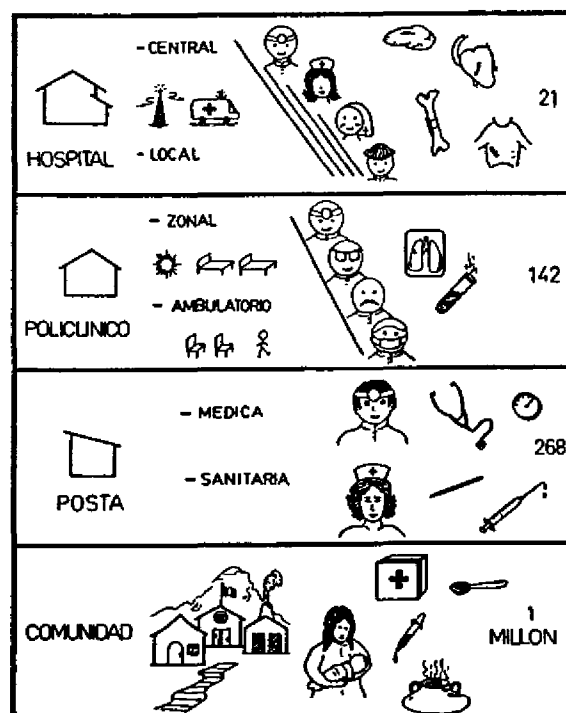
* Diagnóstico, 14: 73-76, 1984.⁴⁷.

La simple relación numérica de la infraestructura instalada no alcanza a explicar las razones del nivel de atención apreciada.

En la Figura N° 6 se grafica la distribución de los recursos de infraestructura por nivel de complejidad tecnológica en Lima Metropolitana y Callao. En el primer nivel tecnificado se ha considerado la *Posta* como el establecimiento de menor complejidad de la red, operativo al interior de la comunidad, empleando recursos tecnológicos muy simples y utilizando al máximo las capacidades individuales de sus operadores: el sanitario o el médico, en tareas de medicina simplificada o de medicina general, acciones preventivo-promocionales y de educación para la salud, en áreas rurales o urbano-marginales donde no se cuenta con facilidad de servicios básicos ni red de transportes. Se cuentan con 268 de estos establecimientos. Su ubicación debe ser el rasgo de mayor importancia.

FIGURA 6

RECURSOS POR NIVEL DE COMPLEJIDAD TECNOLÓGICA *



El *Policlínico* es el establecimiento asistencial del segundo nivel de complejidad tecnológica y se ubica en una posición intermedia en la red de servicios. Su máxima capacidad se logra al alcanzar resolución diagnóstica en la consulta por

lo que se propone que su planta médica esté constituida por especialidades básicas, Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Gineco-Obstetricia. Estos servicios deben ser apoyados por los de auxilio diagnóstico en radiología y laboratorio, utilizando tecnología intermedia a cargo de tecnólogos. Algunos de ellos pueden ofrecer solamente consulta externa pero otros pueden incluir camas de observación. Existen 142 de estos establecimientos. El rasgo más importante debe ser su *capacidad diagnóstica*.

El *Hospital* es el establecimiento asistencial de tercer nivel, su tecnología es compleja y costosa, opera con líneas diversas de especialidades básicas y sub-especialidades médicas, con profesionales, tecnólogos y personal de diversas especialidades y servicios. Debe contar con suficientes medios de transporte y comunicaciones. Se registra la existencia de 21 establecimientos de esta categoría en Lima Metropolitana y Callao; sin embargo, no todos ellos están posibilitados de atender pacientes que requieren de alta complejidad tecnológica^{31 33 36} ni lo están para enfrentarse a la demanda masiva⁴⁵. No se ha publicado aún el estudio que establezca esta calificación²⁶. El rasgo más resaltante de estos establecimientos debe ser su *capacidad para el manejo final de la urgencia médica y quirúrgica*.

La red de 431 establecimientos asistenciales aquí descrita en tres niveles está inmersa en una masa poblacional que en Lima Metropolitana y Callao constituyen un millón de unidades familiares que residen en un número similar de viviendas; familias que se desplazan masivamente y ocupan y utilizan centros de estudio y de trabajo. Ha sido descrito que muchos daños, que son fuente de consulta en Emergencia, pudieron ser prevenidos a ese nivel⁵⁸ pero que sólo el 45% de las víctimas de lesiones consultarán por éstas en los servicios formales⁴⁶. Muchos pacientes se despla-

zarán de sus hogares hacia alejados establecimientos asistenciales de alta complejidad conformándose en éstos hasta en un 70% de demanda, la producida por lesiones o afecciones que pudieron ser atendidas a nivel de la comunidad.

La cama hospitalaria juega un rol importante en el problema estudiando. Se reportó que en 1981^{36 54} la infraestructura del sector en Lima Metropolitana estaba constituida por 14,673 camas hospitalarias, de las cuales el 51%, 7,479 camas, correspondía al Ministerio de Salud, pero sólo a 5,103 de éstas tenían acceso los pacientes portadores de urgencias, Tabla N° 5^{36 54}. Se ha descrito también que estas camas tienen índices de ocupación muy prolongados y que los pacientes que en Emergencia esperan cama hospitalaria no tienen prioridad para ésta³⁶.

2. El Recurso Humano

El Plan Operativo para las Atenciones de Emergencias Médico-Quirúrgicas en Lima Metropolitana³⁶ reconoce limitaciones en el número del personal disponible así como en las especialidades médicas en algunas de las cuales falta el recurso crítico tales como neurocirujanos, traumatólogos y anestesiólogos. Igualmente reconocen dificultades en la situación de los jefes de emergencia que generalmente son eventuales, tienen corta permanencia en el servicio, no tienen reconocimiento formal ni reciben compensación por el desempeño de estas labores³⁶. Se han descrito algunas características de este problema en párrafos de capítulos anteriores.

3. El Equipamiento

El mismo documento arriba citado³⁶ se refiere a obsolescencia e insuficiencia de los recursos físicos especialmente en áreas de radiología.

TABLA N° 5. INFRAESTRUCTURA DEL SECTOR SALUD, LIMA METROPOLITANA

Sectores	Camas Generales y Materno - Infantil	%	Especializados	Total General	%
	N°			N°	
Ministerio de Salud	4,843	43	2,636	7,479	51
Seguridad Social	2,330	20		2,330	16
Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales	2,361	20		2,361	16
Sector Privado	2,000	17	503	2,503	17
TOTAL	11,534	100	3,139	14,673	100

Fuente: Plan Operativo para las Atenciones de Emergencias Médico - Quirúrgicas en Lima Metropolitana³⁶.

laboratorio, instrumental y material de tóxico. Transportes y Comunicaciones los cita como muy deficientes.

c. La Organización

La norma legal que regula la conformación y organización del establecimiento así como los derechos del paciente y obligatoriedad de atención del prestador han sido revisados oportunamente ^{12 13 53}.

Los autores estudiados consideran que los dispositivos mencionados no han solucionado definitivamente algunos problemas de fondo ⁴². El estudio de los Servicios de Emergencia ha revelado la existencia de problemas de organización ligados a la no definición de la ubicación orgánica de la Unidad de Emergencia dentro del esquema de la entidad, deficiencias en la organización interna y en la coordinación interna y externa del Servicio; la frecuente carencia o desactualización de Manuales de Organización, funciones y procedimientos ³⁶. Un solo establecimiento publicó en 1953 las bases de un manual de procedimientos operativos en emergencia ¹¹ y tiene en impresión un manual de procedimientos terapéuticos en patología aguda común tanto en emergencia como en consulta externa ⁶⁰.

Se debe establecer la conveniencia de estandarizar documentos y formatos de trabajo que, siendo utilizados en similares niveles de establecimientos asistenciales de las diversas instituciones, puedan facilitar el entendimiento entre sus operadores, la sistematización de las acciones, la estandarización de los procedimientos y la integración funcional de los establecimientos en un Sistema de Emergencias.

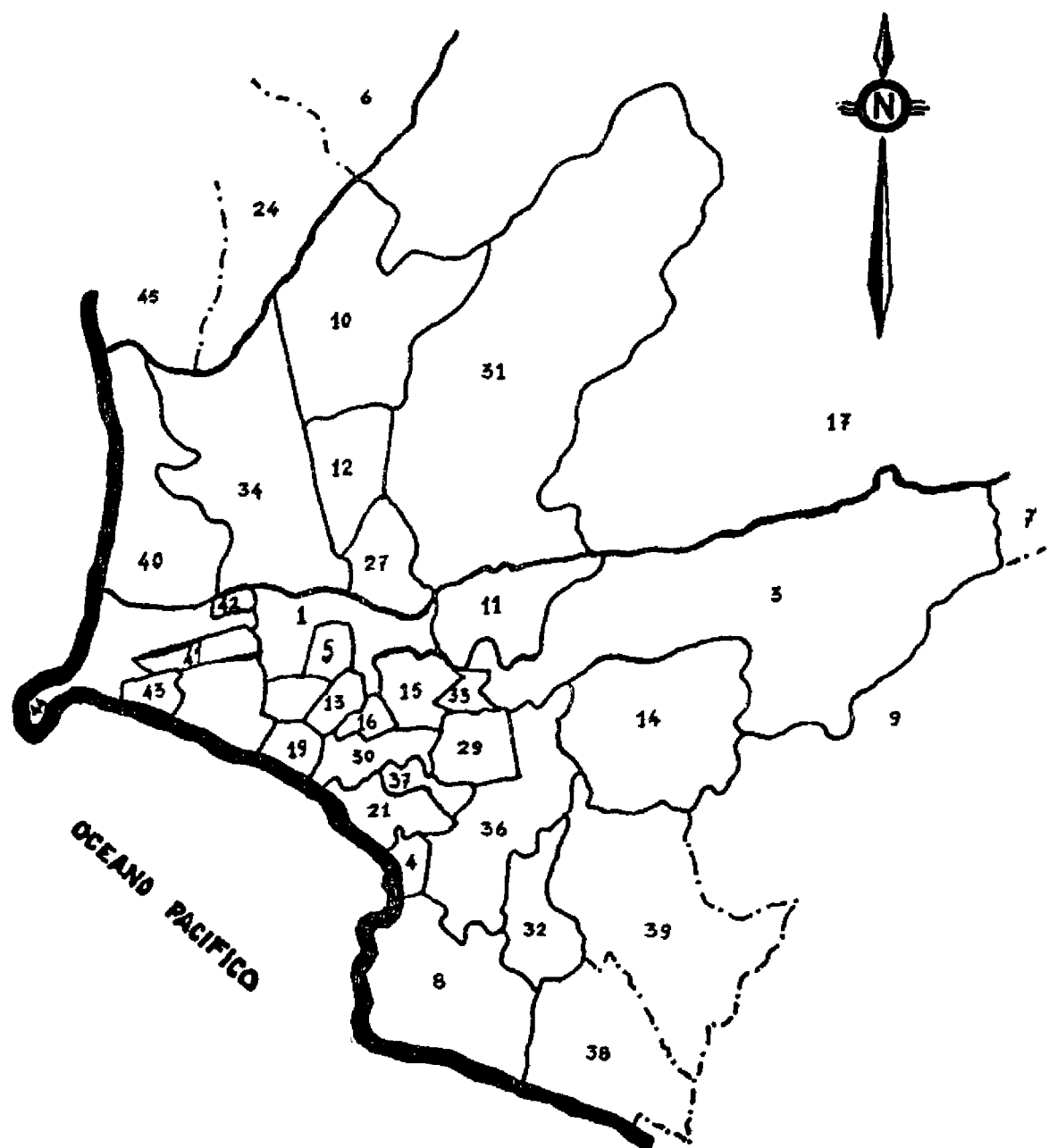
El documento "Lineamientos Generales para la Organización de los Establecimientos Periféricos de Salud", publicado por el Ministerio de Salud en 1986 ⁶¹ establece las características de los componentes periféricos de la red de prestaciones, la operatividad del sistema de prestación de salud y el equipamiento de las unidades. Se menciona entre las responsabilidades del establecimiento más periférico la prestación de primeros auxilios y la referencia de pacientes de mayor complejidad a los niveles correspondientes cuando el caso lo requiera. En los establecimientos de complejidad intermedia no se describe la atención de urgencias ni ambientes para esta actividad, aunque sí se diseñan un tópico y sala de partos y operaciones menores. El horario de atención se considera en turnos de acuerdo a las necesidades de la población ⁶¹.

No se dispone de información escrita de al-

TABLA Nº 6 POBLACION DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO POR DISTRITOS
AL 30 - VI - 87

DISTRITOS	POBLACION	DISTRITOS	POBLACION
1 Lima	415453	24 Puente Piedra	48948
2 Ancón	10664	25 Punta Hermosa	1600
3 Ate	166027	26 Punta Negra	586
4 Barranco	60999	27 Rimac	220855
5 Breña	124771	28 San Bartolo	3732
6 Carabayllo	68357	29 San Borja	72623
7 Chaclacayo	40624	30 San Isidro	78275
8 Chorrillos	183743	31 San Juan de Lurigancho	347545
9 Cieneguilla	5865	32 San Juan de Miraflores	225654
10 Comas	368340	33 San Luis	68890
11 El Agustino	215523	34 San Martín de Porres	548352
12 Independencia	184810	35 Santa Rosa	542
13 Jesús María	92565	36 Santiago de Surco	181077
14 La Molina	42564	37 Surquillo	135435
15 La Victoria	313953	38 Villa el Salvador	220641
16 Lince	88193	39 Villa María del Triunfo	273514
17 Lurigancho	85740		
18 Lurín	26340	40 Callao	314446
19 Magdalena del Mar	62599	41 Bellavista	82844
20 Magdalena Vieja	93631	42 Carmen de la Legua-Reynoso	52659
21 Miraflores	113533	43 La Perla	58369
22 Pachacamac	11091	44 La Punta	6312
23 Pucusana	5332	45 Ventanilla	30470

FIGURA 7



LIMA METROPOLITANA Y CALLAO, SEGUN DISTRITO

guna institución que haya concretado esfuerzos coherentes de integración de la atención prehospitalaria de la urgencia, con la atención en el Servicio de Emergencia y la ulterior atención nosocomial.

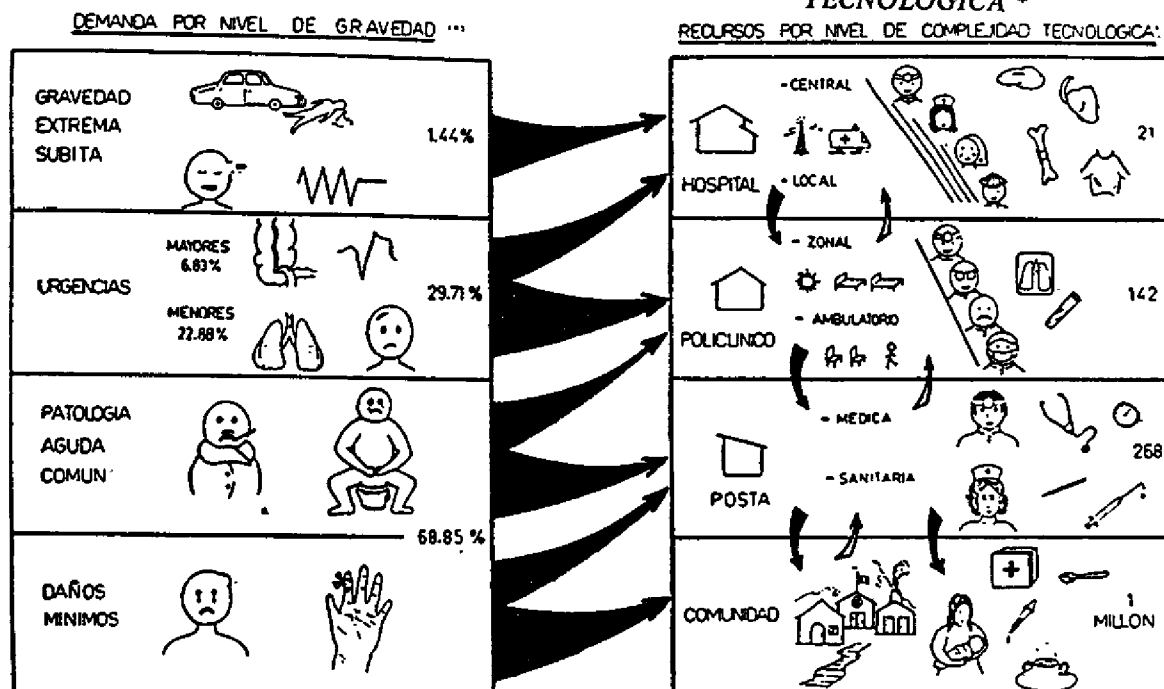
3. *Síntesis y Corolario*

Lima Metropolitana y el Callao en una extensión territorial de 3,849 Km² albergan 5'861,000 habitantes, población que se concentra en densidades variables según distritos, Tabla Nº 6, Fi-

gura Nº 7, generando no menos de 3 millones de atenciones ambulatorias cada año, de los cuales el 21% constituyen Emergencias. Figura Nº 2, ³⁶. La demanda de cama hospitalaria asciende a 250,000 solicitudes por año y unos 2,500 pacientes fallecen en el trayecto al hospital o durante las primeras 24 horas de atención, en su mayoría víctimas de politraumatismos, infarto cardíaco o grandes quemaduras ³⁶. Es creciente la incidencia de accidentes y violencias con graves lesiones ^{2 43 44 49}.

FIGURA 8

DEMANDA POR NIVEL DE GRAVEDAD * RECURSOS POR NIVEL DE COMPLEJIDAD TECNOLÓGICA *



El Sector Salud registra 431 establecimientos asistenciales en el sub-sector público y 68 en el sub-sector privado, Tabla N° 4, ⁴⁶. La organización, administración, denominación, características, responsabilidad de cobertura, régimen económico de la prestación y régimen salarial del recurso humano, son particulares e inherentes a las instituciones a las que pertenecen.

La distribución, por complejidad tecnológica del recurso, considera 268 establecimientos en el primer nivel: Postas; 142 en el segundo: Políclínicos y Centros de Salud, y 21 en el tercero: Hospitales, Tabla N° 4, Figura N° 6, ³⁶.

El mayor administrador de estos centros asistenciales es el Ministerio de Salud, con el 73% de ellos, 316/341, Tabla N° 4 y el 51% de las camas disponibles, Tabla N° 5, ³⁶.

Dispositivos legales, Decreto ley N° 19609 y su Reglamento, obligan a los establecimientos a la atención de las emergencias médico-quirúrgicas ^{12 13} pero sólo los hospitales y las clínicas privadas proporcionan atención de urgencia en forma permanente durante las 24 horas del día ⁴².

Encuestas realizadas permiten conocer que sólo el 45% de las víctimas de accidentes buscan atención en servicios formales de salud ⁴⁶, lo cual, por otro lado, permite estimar que los daños no consultados son mínimos. Estadísticas de morbi-

lidad en urgencias pediátricas ⁵⁸ demuestran que gran parte de estos daños son originados por accidentes o intoxicaciones que pudieron ser prevenidos a nivel del hogar o del centro de estudios.

El 90% de las atenciones de urgencias en Lima Metropolitana y Callao son practicadas en Hospitales ³⁶. Los perfiles de morbilidad de esta demanda han demostrado que el 68.8% no constituyen riesgo para la vida y se originan en patología aguda común-predominando la patología banal respiratoria, digestiva y daños por lesiones mínimas ⁴⁷. Este grupo es susceptible de prevención mediante acciones de educación para la salud y de atención de tipo recuperativo a nivel de la comunidad o de establecimientos periféricos, Figura N° 8. Un potencial muy grande, no utilizado en su real amplitud, lo constituye la atención en el hogar. El rico bagaje de medicina tradicional existente puede ensamblarse con medidas terapéuticas modernas para mejorar y ampliar la atención casera de la patología simple y daños menores.

Producido el daño agudo o siniestro la víctima o las personas cercanas eligen el lugar de la atención, la ley las faculta a la pre-calificación ^{12 13} y, aunque aquella también prescribe atención en el establecimiento más cercano, la demanda se orienta a centros de mayor compleji-

dad ³⁶. La encuesta ENNSA reveló que el usuario aducía demora, desatención, lejanía, horarios limitados o costos elevados, en aquellos ⁴⁶. Esta opinión podría recaer, básicamente, en establecimientos periféricos de primer y segundo nivel, los cuales atienden en horarios limitados ⁴² y no sistematizan en su organización la atención de urgencias ⁴¹. La reorientación de la demanda es posible mediante acciones educativas si se garantiza la atención permanente de urgencias en los centros periféricos.

La real urgencia médico-quirúrgica, es decir, aquella que pone en riesgo la vida del paciente, alcanza el 29.7% de la demanda en los Servicios de Emergencia de Hospitales Generales, Tabla Nº 2, Figura Nº 5, ⁴⁷; producida esta urgencia la prestación de primeros auxilios en el lugar de los hechos es puramente circunstancial ^{34 36 52}. Estos pacientes llegan a los Servicios de Emergencia por sus propios medios lo cual contribuye a su elevada mortalidad ³⁶. Están reconocidas universalmente las ventajas de la atención en foco y del transporte asistido en la supervivencia de pacientes en gravedad súbita extrema ^{48 54}, pero no existe un sistema organizado de atención de este tipo a nivel metropolitano ³⁶. El Cuerpo General de Bomberos Voluntarios ⁵¹ y algunos nosocomios ² dan parceladamente este servicio pero al no contar con patrones establecidos de referencia a hospitales la recepción del paciente en los servicios de emergencia con frecuencia se torna difícil ⁵¹. No es extraño que un paciente sea derivado de más de un hospital hasta conseguir la atención especializada que su caso y gravedad requieren ³⁶.

El desmesurado crecimiento de la violencia delincriminal y subversiva, así como la frecuente producción de accidentes del transporte masivo, exigen no solamente la implementación de un sub-sistema de atención en foco dentro del Sistema de Atención de Emergencias en la urbe, sino que, deben alcanzar también nivel operativo algunos servicios especializados de atención masiva en foco en desastres limitados ⁶².

Ingresados a Emergencia el paciente urgente o el paciente grave deben compartir con pacientes de menor o ninguna gravedad la atención en espacios volumétricamente reducidos, en ambientes estrechos y ruidosos, con mantenimiento y limpieza deficientes ³⁶, donde el equipamiento y dotación de emergencia son insuficientes y hay escasez del recurso profesional especializado como neurocirujanos, traumatólogos, anesthesiólogos, y

donde la farmacia, además, está frecuentemente desabastecida ³⁶. La primoatención de urgencia afronta en el hospital un problema de gran magnitud y complejidad.

De las 12,170 camas hospitalarias que registra el sub-sector en el área geográfica en estudio Tabla Nº 5, ³⁶, sólo 5,500 son utilizados para el internamiento de pacientes provenientes de Servicios de Emergencia ³⁶. Es así como de las 250,000 demandas de camas generadas en el año, sólo 90,000 podrán ser atendidas ³⁶. Muchos pacientes deberán aguardar por su hospitalización por uno o más días ² pues los pacientes de Emergencia no tienen prioridad para su internamiento ³⁶. Al deterioro de la relación cama por habitante ⁶³ se agregan las deficiencias en equipos de ayuda diagnóstica ³⁶ lo cual contribuye a incrementar la estancia. Promedios globales de estancia en hospitales generales no son indicativos de la rémora en determinadas áreas como Cirugía, Medicina, Neurocirugía u otros ⁹.

El paciente en riesgo inminente de muerte, 1.4% de la demanda, constituye un delicado problema en Lima y Callao ⁴⁷. En grandes urbes con mucha criminalidad y violencia se pueden elevar estas cifras ⁴⁸. Ya un hospital en Lima reporta atenciones 5 veces mayores que en años precedentes de heridos por proyectil de arma de fuego con graves lesiones predominantemente en cabeza y cuello ^{2 43 44 49}. Es en este tipo de pacientes donde la sistematización de la atención de urgencias cobra la más alta importancia. Son fundamentales para la supervivencia de la víctima la adecuada y oportuna atención en foco, el transporte asistido, la referencia concertada a hospitales de alta tecnología, aunadas a primoatención en Emergencia por equipos especializados en reanimación cardiorespiratoria y la cirugía o medicina con alto nivel de recursos y tecnología.

Sólo un hospital en Lima Metropolitana ha reportado el funcionamiento de una unidad de shock-trauma en el área de Emergencia así como la formación especializada de médicos y de enfermeros emergencistas ⁵⁴. Los resultados reportados han mostrado ser altamente beneficiosos ⁴⁴. Se ha solicitado a la Universidad la escolarización del sistema.

Como corolario de este capítulo se colige que la relación entre demanda y recursos resulta globalmente en una atención insatisfactoria de la urgencia médico-quirúrgica, pues la atención es parcelar (no se dan todos los servicios), es in-

suficiente (no se alcanza a todos), es deficiente en el nivel tecnológico de algunas áreas y carece de una organización que integre funcionalmente los servicios y sistematice las actividades.

B. LA PROPUESTA

Se propone la implementación de un Sistema de Atención de Emergencias en Lima Metropolitana y Callao.

1. OBJETIVOS

a. Objetivo Central:

Asegurar la atención integral de las emergencias médicas y quirúrgicas en Lima Metropolitana y Callao.

Objetivos específicos:

- 1 Atención inmediata en foco a víctimas de accidentes o violencias y a pacientes gu-
dos en riesgo de muerte.
- 2 Transporte asistido de pacientes graves.
- 3 Sistema de referencia basándose en la
evaluación en foco y decisión en central
operativa.
- 4 Integración funcional y coordinación ope-
rativa de organismos de servicios y de es-
tablecimientos asistenciales de salud.
- 5 Determinación de patrones de operativi-
dad, infraestructura, equipamiento y for-
mación de recursos humanos en el cam-
po de las emergencias.
- 6 Estandarización de procedimientos téc-
nicos y administrativos según niveles de
complejidad tecnológica de los partici-
pantes.
- 7 Fomento de la investigación científica y
tecnológica en el campo de las emergen-
cias así como en el desarrollo de técnicas
administrativas específicas.

2. AMBITO

a. Geográfico

Lima Metropolitana y Provincia Constitu-
cional del Callao.

b. Poblacional

5'861,000 habitantes.

c. Político

Comprende actividades de los sectores:

Salud (Ministerio de Salud, Instituto Perua-
no de Seguridad Social, Sanidad de las Fuer-
zas Armadas y Fuerzas Policiales, Privados,
otros).

Interior (Fuerzas Policiales, Cuerpo Gene-
ral de Bomberos Voluntarios, otros).

Min. Presidencia (Sistema Nacional de De-
fensa Civil).

Transportes y Comunicaciones.

Consejos Provinciales y Distritales de Lima
y Callao.

Otras organizaciones: Cruz Roja Peruana.

3. ORGANIZACION

a. Organización Estructural

Organo de Dirección

Dirección

Organos de Asesoría

Comité Permanente del Sistema de Emer-
gencias de Lima y Callao

Comités Técnicos (Transportes, Comuni-
caciones, otros)

Organos de Apoyo

Oficina de Administración

Oficina de Educación en Emergencias

Oficina de Relaciones Públicas e Infor-
maciones

Organos de Ejecución

Subsistema de Atención en Foco

Subsistema de Atención Nosocomial

Organo de Control

Oficina de Control

b. Organigrama

4. CAMPOS DE LA ATENCION INTEGRAL DE EMERGENCIAS

Debe comprenderse:

a. Atención inicial del suceso

b. Atención técnica en foco

c. Transporte asistido del paciente grave

d. Atención nosocomial

1 Primoatención en emergencias

2 Atención hospitalaria definitiva

e. Prevención de riesgos individuales y co-
lectivos.

5. ESTRATEGIAS PREVIAS A LA IMPLEMENTACION

a. Racionalización y sistematización del recurso y orientación de la demanda

Materializados en los siguientes grupos de acciones:

1 Evaluación Funcional de los Componentes:

- a Volumen, complejidad y distribución de la demanda
- b Complejidad tecnológica del recurso disponible
- c Costos de la prestación de servicios

2 Educación e Investigación en Emergencias:

Orientación a los siguientes campos:

- a Prevención de riesgos individuales y control de daños menores
- b Preparación comunitaria para alerta temprana y primeros auxilios
- c Tecnología intermedia de atención de emergencia en foco y durante el transporte (*Paramédicos*)
- d Especialización profesional en Medicina de Emergencia (*Emergencistas*) e incorporación del tema de urgencias en programas de pre-grado
- e Implementación de tecnología educativa local (medios masivos, textos, otros)
- f Investigación en el campo de las emergencias.

3 La Atención de Emergencias,

Cubriendo los siguientes aspectos:

- a Fomento de la Participación de la comunidad en la atención inicial del suceso que envuelve a la urgencia médica, facilitando códigos y medios para alerta temprana, primeros auxilios y referencia al establecimiento asistencial adecuado
- b Viabilización de un sub-sistema de atención en foco con transporte asistido y referencia hospitalaria con nivel de decisión en central operativa
- c Estratificación de la atención según el nivel de gravedad de la demanda, los niveles de complejidad tecnológica de la

red nosocomial y la zonificación geográfica

- d Reorientación de la demanda causada por patología aguda común y daños menores hacia su atención en la comunidad establecimientos asistenciales periféricos optimizando su manejo con la dotación de los recursos necesarios y la estandarización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- e Optimizar la atención de urgencias dotando a los establecimientos correspondientes de los recursos y organización necesarios, estandarizando los procedimientos técnicos diagnósticos y terapéuticos aquellos administrativos y de referencia
- f Implementación de Unidades de Shock Trauma y de Reanimación Cardiorespiratoria para atención de gravedad súbita extrema en los establecimientos que sean calificados para esta función, dotándolos de los recursos necesarios y proponiendo los protocolos de trabajo que permitan evaluar la calidad de la atención
- g Integración operativa internocomunal estandarización de procedimientos de atención masiva de siniestrados que sirva de base y apoyo a los planes ciudadanos de desastres.

4 Desarrollo del Recurso,

en sus diversos componentes:

- a Racionalización del recurso humano especializado, reafirmando su rol técnico social, desarrollando sus potencialidades y logrando el reconocimiento laboral económico
- b Estandarizar escalonadamente los requerimientos de medicinas y material médico, conciliando petitorios, existencias manuales terapéuticos
- c Creación de estándares y diseño arquitectónico básico para la infraestructura de servicios de emergencia, según el nivel del establecimiento
- d Determinación de necesidades de equipamiento por niveles de servicio, normando su flujo de reposición y mantenimiento
- e Determinación de los requerimientos de medios de transporte y comunicaciones

para el sub-sistema de atención en foco. Conciliar la utilización de servicios de otros prestadores

- f Diseño y desarrollo del estudio económico del proyecto, formulación y aprobación de partidas presupuestales e implementación del sistema. Creación de fondos permanentes para mantener el operativo del sistema.

5 Organización,

en los campos de:

- a Estructuración de la red de establecimientos asistenciales por niveles e instituciones y por sub-sistemas, estableciendo reglamentos de organización y funciones y manuales de normas y de procedimientos operativos.
- b Propuesta de revisión y actualización de la norma legal relativa a la atención de urgencias en base a los nuevos desarrollos tecnológicos
- c Reorientación de actitudes personales, grupales, institucionales y sectoriales, creando conciencia y disciplina laborales y promoviendo la integración funcional
- d Diseño de la organización del Sistema de Atención de Emergencias Médico-quirúrgicas en Lima y Callao.

b. INTEGRACION CON DESCONCENTRACION

Comprende tres grandes campos de acción:

- 1 Integración operativa institucional de los establecimientos asistenciales, según su nivel de complejidad tecnológica y la distribución de la demanda según su nivel de gravedad. *Integración Vertical*
- 2 Integración operativa interinstitucional de establecimientos asistenciales y organizaciones de servicios. *Integración Horizontal*
- 3 Integración total del sistema, ensamblando operativamente los sub-sistemas de atención en foco y la red de atención nosocomial.

PREMISAS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

Se requieren:

- a. Organización definida
- b. Servicio ininterrumpido
- c. Integración de alto nivel
- d. Supervisión permanente de eficiencia
- e. Solvencia económica.

Esta propuesta es solo un borrador de trabajo que debe ser enriquecida con las opiniones y experiencias de expertos en el tema. El enjuiciamiento de conceptos, el decantar ideas y conciliar diferencias puede llevar a viabilizar la intención central.

EPILOGO

La satisfacción en salud, es el producto de la adecuada relación entre demanda y recursos; aquí la organización constituye un poderoso gravitante.

Lima, urbe inexorable, necesita imposterablemente la implementación de un sistema de atención integral de emergencias médicas y quirúrgicas que, en lo individual, asegure los esfuerzos por la supervivencia ante el siniestro y en lo social, reafirme la sensación de seguridad que requiere la comunidad.

CONCLUSIONES

En la atención de emergencias en Lima y Callao se da una severa distorsión de la demanda en razón de que el 90% de la misma busca atención en establecimientos asistenciales de alta complejidad, sin embargo el 70% de esta demanda está originada por patología simple o daños menores que pudieron ser atendidos a nivel de la comunidad o en establecimientos periféricos.

Gran parte de los daños que generan urgencias en menores de edad pueden ser prevenidos. La quinta parte de las hospitalizaciones en este sector de la población se debe al grupo diagnóstico de traumatismos y envenenamientos.

La mitad de las personas que sufren accidentes en Lima y Callao no consultan por ello en servicios formales de salud, en similitud con quienes perciben síntomas agudos de enfermedad; aducen que en los establecimientos asistenciales demoran mucho, no atienden bien, los ser-

vicios están lejos, no atienden a esa hora o cuesta demasiado, conformándose con la autoprescripción o la ayuda familiar.

La población urbanomarginal de Lima y Callao, 2'300,000 personas, bajo cobertura asistencial directa de establecimientos periféricos, sólo tiene acceso a la atención durante parte del día, comúnmente 6 horas.

El total de camas hospitalarias disponibles en el sub-sector público sólo puede albergar el 64% de la demanda generada por urgencias en la Capital.

Unos 2,500 pacientes al año fallecen trayecto al hospital o durante las primeras 24 horas de su estancia, generalmente víctimas de graves traumatismos o quemaduras o por infarto cardíaco agudo. La mitad de ellos recibe atención insuficiente o ninguna atención.

No existe a nivel metropolitano un sistema institucional integral de atención en foco, transporte asistido, referencia y atención nosocomial global de la emergencia.

Se observa un alarmante incremento de graves lesiones por accidentes y violencias que en algunos hospitales ha quintuplicado su volumen en el último quinquenio.

Múltiples estudios de comisiones oficiales designadas por el Sector concluyen que la atención de urgencias en Lima es insatisfactoria por complejos problemas originados en la demanda, el recurso y la organización.

El conocimiento público, por experiencia personal o por los medios de comunicación masiva, de los altos niveles de riesgo prevalentes exige de los organismos de salud una alta capacidad operativa en la atención de las urgencias para restablecer la sensación de seguridad de la población.

RECOMENDACIONES

Debe formularse un vasto plan de acciones destinado a afrontar la compleja problemática de las urgencias en salud, el cual debe ser conducente a la implementación y puesta en marcha de un Sistema de Atención de Emergencias en Lima y Callao.

El objetivo del sistema debe ser la atención integral de las emergencias médicas y quirúrgicas en el ámbito metropolitano.

Como atención integral de la emergencia deben comprenderse: la atención en foco de la víctima, el transporte asistido del paciente grave, la referencia al hospital adecuado y la atención glo-

bal intranosocomial. Debe complementarse esta secuencia con una campaña masiva de la comunidad para lograr la participación en la prevención de riesgos individuales y colectivos, la atención y control de daños menores y la orientación preferencial de la atención de la patología simple a los establecimientos asistenciales periféricos.

El esfuerzo educativo debe cubrir los diversos sectores poblacionales y culturales, extendiéndose desde la comunidad, con énfasis en aspectos preventivos y acciones recuperativas simples, pasando por la tecnología intermedia, formación de Tecnólogos en Emergencia o Paramédicos, la docencia profesional universitaria en nivel del pre-grado y del residentado en emergencias — emergencistas alcanzando finalmente los niveles de funcionarios y autoridades de salud en el campo de la organización, administración y desarrollo de Servicios de Emergencia. Deben diseñarse medios y tecnología educativas locales.

La actividad asistencial en la Emergencia debe recibir el máximo apoyo, reorientando la demanda a establecimientos cuya capacidad tecnológica esté acorde con la complejidad o gravedad del caso clínico, estableciendo etapas muy definidas en la atención, fijando responsabilidades y sistematizando procedimientos técnicos e instrumentos administrativos.

La viabilización del sistema debe alcanzarse a través de dos grandes estrategias:

- a. Racionalización y sistematización del recurso y orientación de la demanda.
- b. Integración con desconcentración.

La operativización del sistema debe lograrse mediante dos grandes componentes que se configuren como órganos de ejecución:

- a. El sub-sistema de atención en foco, cuya actividad asistencial extramural debe alcanzar la escena de los hechos, extenderse durante el transporte, referencia y acceso al hospital.
- b. El subsistema de atención en la red nosocomial, que debe cubrir la asistencia intramural global de la emergencia.

Requiere desplegar un consistente esfuerzo destinado a alcanzar adecuados niveles de organización en los establecimientos asistenciales de la red, estandarización de procedimientos, revisión de dispositivos legales y dotación de recursos, que permitan la confluencia concertada a la integración funcional de los servicios.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la O.M.S. Documentos Básicos, 36ª Edición OMS. Ginebra, 1986.
2. Morales, N. R. y Col.: Servicios de Emergencia en el HCSFP. Evaluación de Producción, Logros y Proyecciones, 1982. Rev. San. Fuerzas Policiales, 44: 132-146, 1983.
3. Ministerio de Salud. Oficina Sectorial de Planificación. Plan Sectorial de Salud 1971-1975. Lima, 1971.
4. Ministerio de Salud. Oficina Sectorial de Planificación. Plan Bienal del Sector Salud 1973-74, Lima, 1973.
5. Ministerio de Salud. Oficina Sectorial de Planificación Plan Bienal del Sector Salud, 1975-76.
6. Ministerio de Salud. Oficina Sectorial de Planificación Plan Nacional de Desarrollo, 1981-1982. Plan Operativo del Sector Salud. Lima, 1981.
7. Ministerio de Salud: Dirección Técnica de Coordinación de la Planificación, Inversiones y Presupuesto. Plan Operativo del Sector Salud, Sistema de Planes de Desarrollo de Corto Plazo 1986. Lima, 1986.
8. Sánchez, F.: La Salud en el Perú. Acta Médica Peruana, 8: 30-33, 1981.
9. Bustíos, C.: Atención Médica y su Contexto, Perú 1963-1983. Escuela de Salud Pública del Perú, Lima, 1985.
10. Ministerio de Salud: Política Nacional de Salud Lima, 1985.
11. Morales, N.R.: Proyecto de Manual de Procedimientos Operativos en la Emergencia. Rev. San. Fuerzas Policiales, 44: 172-184, 1983.
12. Decreto Ley N° 19609, 21NOV72, Atención de Situaciones de Emergencia.
13. Decreto Supremo N° 023-73-SA, 16ENE73, Reglamento del D.L. N° 19609.
14. Decreto Ley N° 17505, 18MAR69, Código Sanitario.
15. Resolución Directoral N° 0094-80-SA/DS, 07OCT80, Comisión de Emergencia E-80.
16. Proyecto EJE-1.7. Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud 82/85.
17. Decreto Supremo N° 0008-81-SA, Remodelación de la Asistencia Pública de la Avenida Grau.
18. Resolución Vice-Ministerial N° 0108-81-SA/DUM 18AGO81, Comisión para elaborar el Programa Médico Funcional del Puesto Central de Emergencias de la Avenida Grau.
19. Resolución Vice-Ministerial N° 0025-82-SA/DUM, 21ABR82, Plan de Atención en Foco y traslado de pacientes en Lima Metropolitana.
20. Resolución Vice-Ministerial N° 0026-82-SA/DUM, 21ABR82, Comisión del Programa de Atención en Foco y traslado de pacientes en Lima Metropolitana.
21. Decreto Ley N° 351, 28OCT85, Ley Orgánica del Sector Salud.
22. Decreto Supremo N° 022-86-SA, 28JUL86, Integración Funcional del Ministerio de Salud y del Instituto Peruano de Seguridad Social.
23. Resolución Suprema N° 058-86-SA/DM, Reglamento del D.S. N° 022-86-SA.
24. Resolución Ministerial N° 369-86-SD/DM, Directivas para Atención de Emergencias.
25. Resolución Ministerial N° 354-86-SD/DM, Comisión de Reorganización Integral del Instituto de Emergencias.
26. Resolución Ministerial N° 597-86-SA/DM, 15DIC 86, Comisión Permanente para Funcionamiento, Control y Supervisión del Sistema de Atención de Emergencias en Hospitales de Lima y Callao.
27. Ministerio de Salud: Política Nacional de Salud. Lima, 1985.
28. Colegio Médico del Perú: Informe del Comité de Estudio de los Servicios de Emergencias de la Región de Lima, 1978-1979. Lima, 1978.
29. Angulo, P.: Aspectos Organizativos, Administrativos y de Funcionamiento de las Salas de Emergencia. Introducción al Simposio. Diagnóstico. 5: 215, 1980.
30. Prodocisa-Oficina Panamericana: Primer Seminario Taller sobre Organización de Servicios de Emergencia. Lima, 1982.
31. Morales, N.R.: Organización de Emergencias y Formación de Emergencistas. Diagnóstico. 13: 213-215, 1984.
32. Resolución Ministerial N° 0105-83-SA/DM, del 29ABR83. Proyecto de Red de telecomunicaciones del Sector Salud.
33. Resolución Vice-Ministerial: N° 0020-83-SA/DUM, del 16JUN83. Implementación del Proyecto "Red de Telecomunicaciones del Sector Salud".
34. Ministerio de Salud: Proyecto "Red de Telecomunicaciones del Sector Salud" Primera Etapa Lima, 1983.
35. Saldías, J. y Col.: Historia de los Servicios de Emergencia. Rev. San. Fuerzas Policiales, 48: 83-87, 1987.
36. Ministerio de Salud: Plan Operativo para las Atenciones de Emergencias Médico Quirúrgicas en Lima Metropolitana. RUM N° 0026-82-SA/DUM. Lima, 1983.
37. Velarde, E.: Organización y funciones del Servicio de Emergencia. Diagnóstico. 5: 216-221 1980.
38. Field, J.: Organización y Funcionamiento del Servicio de Emergencia del Hospital Central N° 1 SSP. Diagnóstico. 5: 222-226, 1983.
39. Moreno, M.: Aspectos administrativos de las Emergencias en Seguridad Social del Hospital Central N° 2 Diagnóstico. 5: 227-240, 1980.
40. Rosado, F.: Aspectos Administrativos de las Emergencias en el Hospital del Niño. Diagnóstico. 5: 241-244, 1980.
41. Méndez, C.: Recomendaciones para mejorar la atención de las Emergencias teniendo en Consideración los Recursos Limitados del Sector Salud. Diagnóstico 5: 245-248, 1980.

42. Obando, R.: Anteproyecto de Integración Funcional de los Servicios de Emergencia. Diagnóstico. 5: 249-257, 1980.
43. Morales, N.R.; y Col.: Lesiones por Accidentes y Violencias. Rev. San. Fuerzas Policiales. 48: 54-64, 1987.
44. Morales, N.R.; y Col.: Atención de Urgencias por lesiones. Emergencia del Hospital Central SFP. Rev. San. Fuerzas Policiales, 45: 133-139, 1984.
45. Saldías, J.: Encuesta Hospitalaria de Preparativos para Desastres. Diagnóstico, 16: 81-84, 1985.
46. Castañeda, J.: Investigación sobre Accidentes. Tabulación de Resultados ENNSA. OPS/OMS. Lima, 1984.
47. Morales, N. R. y Col.: Espectro de Morbilidad en Emergencia. Diagnóstico, 14: 73-76, 1984.
48. Saldías, J.: Un Modelo de Organización de los Servicios de Emergencia en el Sistema Hospitalario de la Seguridad Social en Lima Metropolitana. Tesis Doctoral, Lima, 1983.
49. Morales, N.R. y Col.: Lesiones por Proyectoil de Arma de Fuego en el Medio Policial. Rev. San. Fuerzas Policiales. En prensa.
50. Morales, N.R.: Aspectos Legales de la Atención en Emergencia. Diagnóstico, 12: 47-52, 1983.
51. Reyna, J.: "Acciones de Salud del Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú", Exposición ante la Comisión del Sistema de Emergencias de Lima y Callao, 16 FEB. Lima, 1987.
52. Bottom, L.: "Acción de la Sociedad Peruana de la Cruz Roja en situaciones de Emergencia". Exposición ante la Comisión del Sistema de Emergencias de Lima y Callao, 02FEB87, Lima.
53. Decreto Supremo Nº 006-78. Reglamento General de Hospitales.
54. Morales, N.R.: Médicos Emergencistas y Unidades de Shock-Trauma. Bol. Soc. Per. Med. Emerg 1: 3-6, 1985.
55. Ministerio de Salud: Relación de Establecimientos del Ministerio de Salud por Unidades Departamentales. Lima, 1986.
56. ANSSA-Perú: Análisis del Sector Salud. Inventario de Establecimientos de Salud, Perú 1985. Lima 1986.
57. Morales, N. R.: Algunas Consideraciones sobre la Nomenclatura y Clasificación de Establecimientos Asistenciales de Salud. Diagnóstico, 18: 176-180, 1986.
58. Instituto Nacional del Niño. Departamento de Estadística. Lima, 1987.
59. Morales, N. R. y Col.: Sistematización y Estandarización de Instrumentos Normativos, Técnicos y Administrativos para Servicios de Emergencia. Bol. Soc. Per. Med. Emerg. 3: 3-6, 1987.
60. Morales, N. R.: Esquemas Terapéuticos: Patología Aguda común en Emergencia y Consulta Externa. (En prensa Lima, 1987).
61. Ministerio de Salud: Lineamientos Generales para la Organización de los Establecimientos Periféricos de Salud. Lima, 1986.
62. Morales, N. R. y Col.: Unidades Médicas de Movilización rápida. Diagnóstico, 16: 136-138, 1985.
63. Ministerio de Salud. Comisión de Integración Operativa de las Emergencias de Hospitales del Ministerio de Salud en Lima y Callao, RM 957-86-SA/DM, RUM 056-87-SA/DUM, Lima, 1987.
64. Sanidad de las Fuerzas Policiales. Pre-Jornadas Conmemorativas al 58º Aniversario de la Sanidad de las Fuerzas Policiales Rev. San. Fuerzas Policiales, 48: 95-102, 1987.
65. Morales, N. R.: Aspectos Educativos en Emergencia. Bol. Soc. Per. Med. Emerg. 2: 3-5, 1986.