

Atención prehospitalaria en el Perú

Prehospital health care models in Peru

Dr. R. Pretell Huamán¹

Sistema de Transporte Asistido de Emergencia (STAE), EsSalud

RESUMEN

En el Perú coexisten Unidades, Servicios y Sistemas de Atención Prehospitalaria con diferentes grados de desarrollo, pero aún no existe un Sistema Integrado Interinstitucional de Atención Prehospitalaria.

El modelo de Servicio Prehospitalario ligado sólo a un hospital no es práctico ni económicamente viable. El modelo de Sistema Prehospitalario Institucional es deseable porque atiende a una red hospitalaria y fortalece objetivos institucionales y en su grado de máximo desarrollo con la descentralización operativa se conseguirá la relación con un establecimiento hospitalario pero no de modo dependiente.

El modelo ideal es el Sistema Integrado, pero la formación de un Sistema Integrado Interinstitucional de Atención Prehospitalaria se debe basar en el desarrollo institucional acelerado de las Unidades en Servicios y de estos en Sistemas. Para lograr esto se debe propiciar la existencia de un marco jurídico para la prestación de servicios de atención prehospitalaria en Perú. Además se sugiere la formación de una Comisión Técnica que señale las pautas del desarrollo de la atención prehospitalaria en nuestro país.

Palabras clave: SERVICIOS MÉDICOS DE URGENCIA. métodos
SERVICIOS MÉDICOS DE URGENCIA. org

SUMMARY

In Peru coexisten Units, Services and Systems of Prehospital Health Care with unequal levels of development but it lacks an Integrated Interinstitutional System of Prehospital Health Care.

The model of Prehospital Health Care Service linked to a unique hospital is unpractical and inviable. The model of an Institutional Prehospital Health Care System is desirable because serves a hospital network and supports institutional objectives, and in its highest level of development along with operative decentralization will permit the link with hospital facilities but not in a dependent way.

In conclusion the ideal model is the integrated System but the building of an Interinstitutional Integrated System should be based on the fast development of Units to Services and to Systems. To attain this it should be favoured a legal framework to give prehospital health care in Peru. Author suggests to make up a Technical Committee to determine guidelines for the development of prehospital care in Peru.

Key words: EMERGENCY MEDICAL SERVICES. methods
EMERGENCY MEDICAL SERVICES. org

(1) Médico Asistente. Sistema de Transporte Asistido de Emergencia (STAE), EsSalud.

Introducción

La evolución de la atención prehospitalaria en el Perú nos está acercando al reto de la integración de la asistencia sanitaria de emergencia en la ciudad de Lima primero, y luego probablemente en las otras grandes ciudades.

Se menciona que el número de 100 llamadas por día para atención de emergencias justifican la existencia de un centro regulador. En el país no existe ninguno que tenga las características de integración, es decir pueda movilizar a la Policía Nacional, al Cuerpo General de Bomberos Voluntarios y/o al Servicio o Sistema de Ambulancias.

El desarrollo de la atención prehospitalaria cobró auge con el nacimiento de una empresa privada que brinda atención en emergencias y urgencias, además de una variedad de servicios a domicilio.

Otras empresas privadas ofrecen consistentemente sus servicios, pero no alcanzaron mayor cobertura en la metrópoli.

En EsSalud las ambulancias dependían de cada centro asistencial, cubrían los servicios de altas y citas de forma restringida. La atención de emergencias y urgencias, en domici-

lio o la vía pública, del mismo modo era limitada.

Con la formación del Sistema de Transporte Asistido de Emergencia (STAE), la administración de las ambulancias de EsSalud fue centralizada, formándose el germen de una Central de Regulación de emergencias y urgencias.

La experiencia del Ministerio de Salud, en Atención Prehospitalaria, se limitó a un ensayo focal. Realizado con colaboración del Gobierno francés, en el Hospital Casimiro Ulloa, el SAMU, ubicado en el distrito de Miraflores. Este centro regulador está estrechamente relacionado al personal del Hospital.

Los hospitales del Ministerio de Salud, de las Fuerzas Armadas y Policiales (FF.AA., FF.PP) atienden únicamente sus requerimientos y no dan atención de emergencia en el lugar del siniestro, salvo excepciones.

Definitivamente, nos enfrentamos a dos modelos contrapuestos evolutivamente, uno con la idea de sistema prehospitalario, y otro con la de servicio prehospitalario.

El STAE atiende principalmente emergencias y urgencias, en el denominado transporte primario. Realiza referencia de pacientes ya atendidos, como transporte secundario. La especialización del sistema originó la cobertura de las altas y citas hospitalarias, en un tipo de transporte denominado terciario. De gran valor económico por su relativo bajo costo y alta demanda, que cubre los gastos originados por los otros tipos de traslados.

Además, la atención a eventos, tantos programados (espectáculos públicos) que requieren seguridad médica del escenario, como la atención a eventos no programados en

situaciones de demanda masiva y/o desastres. Esto se dio conforme el sistema fue alcanzando mayor sofisticación y desarrollo.

Actualmente todos los hospitales y clínicas de EsSalud reciben y refieren pacientes a través del STAE y éste atiende cotidianamente las llamadas de emergencia y/o urgencias en domicilio.

Material y Métodos

Se realizó observación de campo, entrevistas y encuestas en los centros hospitalarios y agencias prestadoras de atención prehospitalaria, en la ciudad de Lima, averiguando los siguientes puntos:

1. Integración interinstitucional
2. Tipos de unidad
3. Personal
4. Tipo de central de regulación
5. Central telefónica
6. Central de radio
7. Control satelital de ubicación de unidades
8. Sistema de grabación de comunicaciones
9. Productos o actividades de las unidades
10. Productos o actividades de la central
11. Administración y cobertura.

Se definen y analizan los modelos de Atención Prehospitalaria existentes en el país, desde el más simple y común hasta el más complejo y aún por alcanzar, como son:

1. Unidad prehospitalaria
2. Servicio prehospitalario
3. Sistema prehospitalario institucional
4. Sistema integrado de atención prehospitalaria interinstitucional

De acuerdo a las siguientes características:

1. Comunicaciones
2. Personal
3. Administración de unidades de emergencia y urgencia
4. Cobertura
5. Respuesta ante demanda masiva o desastre
6. Desastre multifocal
7. Calificación y capacitación

Las limitaciones del presente estudio se refieren a que los hallazgos son promedios institucionales, y no un análisis exhaustivo de la realidad de cada institución, tarea ardua que nos alejaría de los fines del presente artículo. Donde buscamos señalar los rasgos comunes y las peculiaridades más saltantes de la Atención Prehospitalaria en el Perú.

Resultados

Las agencias prestadoras de Atención Prehospitalaria son las siguientes:

STAE	: Sistema de Transporte Asistido de Emergencia
SAMU	: Servicio de Atención Médica de Urgencia
MINSA	: Hospitales del Ministerio de Salud
FFAA	: Hospitales de las Fuerzas Armadas
FFPP	: Hospitales de las Fuerzas Policiales
PRIVADOS	: Empresas Privadas de Ambulancias
CGBVP	: Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú.

Cada agencia estudiada tiene aspectos que las diferencian marcadamente de las otras, el atender una

CUADRO 1
CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN EL PERÚ

INSTITUCIONES	STAE	SAMU	MINSA	FFAA.	FFPP.	PRIVADOS	CGBVP
INTEGRACIÓN	Limitada	No	No	No	No	No	No
TIPO DE UNIDAD							
SOPORTE VITAL AVANZADO (1 ^{RO})	Sí (12)	Sí	Sí (3)	Sí (1)	Sí (1)	Sí	Sí (3)**
SOPORTE VITAL INTERMEDIO (2 ^{RO})	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
SOPORTE VITAL BASICO (3 ^{RO})	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí (8)	Sí	Sí
RESCATE	No	No	No	No	No	No	Sí
OTRAS: MASIVAS, TODO TERRENO, REHABILITACIÓN, CONSULTA, ETC.	Sí	No	No	No	Sí (2)	Sí	Sí
PERSONAL							
MÉDICO	Sí	Sí	Ocasión	Ocasión	Ocasión	Sí	Ocasión
ENFERMERO	Sí	Sí	Ocasión	Ocasión	Ocasión	Sí	Ocasión
TÉCNICO	Sí	Sí	Ocasión	Sí	Sí	Sí	(14) 10%
PILOTO	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
VOLUNTARIO	No	No	No	No	No	No	Sí (80%)
CENTRAL DE REGULACIÓN							
MECÁNICA	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
AUTOMATIZADA	No	No	No	No	No	Sí	Sí
CENTRAL TF. 7 DÍGITOS	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
CENTRAL TF. 3 DÍGITOS	No	Sí	No	No	Sí (105)	No	Sí
CENTRAL DE RADIO	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
CONTROL SATELITAL DE UNIDADES	No	No	No	No	No	No	NO
SISTEMA DE GRABACIÓN	No	No	No	No	No	Sí	No

(**) Sin ventilador mecánico.

CUADRO 2
CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN EL PERÚ
PRODUCTOS O ACTIVIDADES

INSTITUCIONES	STAE	SAMU	MINSA	FFA.	FFPP.	PRIVADOS	CGBVP
EMERGENCIAS	Sí	Sí	Ocasión	Ocasión	Sí	Sí	Sí
URGENCIAS	Sí	Sí	No	Ocasión	Ocasión	Sí	Sí
TRASLADO SIMPLE	Sí	Ocasión	Sí	Sí	Sí	Sí	Ocasión
EVENTO PROGRAMADO	Sí	Sí	Excepción	Excepción	Sí	Sí	Sí
EVENTO NO PROGRAMADO	Sí	Sí	Excepción	Excepción	Sí	Excepción	Sí
CENTRAL DE REGULACIÓN							
CONSEJERÍA TF.	Sí	Sí	No	No	No	Sí	No
TRIAJE TF.	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí
OTROS							
ADMINISTRACIÓN CENTRALIZADA	Sistema*	Servicio	Hospital	Hospital	Hospital	Servicio	Sí Sistema descentralizado**
COBERTURA	Metrópoli	Distrital	Hospital	Hospital	Hospital	Varios distritos	Nacional

(*) Atiende red hospitalaria institucional / (**) Sólo red prehospitalaria.

CUADRO 3
FASES EVOLUTIVAS DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

CARACTERÍSTICA	UNIDAD	SERVICIO	SISTEMA	SISTEMA INTEGRADO
COMUNICACIONES	Enlace radial o telefónico	Centro regulador anexo del centro hospitalario	Centro regulador	Centro coordinador
PERSONAL	Sólo piloto	Hospitalario	Propio	Propio e internacional
ADMINISTRACIÓN DE UNIDADES DE EMERGENCIA Y URGENCIA	Dependen del centro hospitalario	Administra las unidades de emergencia y urgencia del hospital	Administra todas las unidades (emergencia, urgencia y traslado) de la red hospitalaria	Administra todas las unidades (médicas, policiales, rescate, etc.)
COBERTURA RESPUESTA ANTE DEMANDA MASIVA O DESASTRE	Hospitalaria	Distrital	Metropolitana	Nacional
	Rígida	Rígida (e acuerdo a distancia)	Flexible	Flexible
DESASTRE MULTIFOCAL	Se limita a servir al centro hospitalario	Sólo cubre su área de trabajo habitual	Se puede descomponer en servicios	Se puede descomponer en sistemas
CALIFICACIÓN Y CAPACITACIÓN	Piloto entrenado en atención de urgencias	Entrenamiento hospitalario constante	Entrenamiento hospitalario limitado (teóricamente)	Supervisa la calificación profesional y no profesional

red hospitalaria, el haberse formado como plan piloto, el formar parte de una red hospitalaria y atender sólo los requerimientos de su hospital base, la seguridad y confidencialidad militar y policial, la venta de servicios, el trabajo voluntario, etcétera.

Las características de la Atención Prehospitalaria en el Perú se detallan en los Cuadros 1 y 2; el primero de ellos señala el hecho que no existe integración interinstitucional permanente. Esta sucede episódicamente; un ejemplo claro de ello es que la "Crisis de los Rehenes", un *evento evolutivo (evento no programado)* que por el devenir del tiempo y las circunstancias se convirtió en *evento programado*, fue la primera experiencia peruana

de Integración Interinstitucional duradera.

Se detalla el tipo de unidades, de emergencia, urgencia, traslado simple y otras. El personal y las características de la Central de Regulación.

El Cuadro 2 nos explica los productos que como cualquier otra empresa de servicio ofrecen las agencias prestadoras de atención prehospitalaria.

En este artículo no hablamos de costos, pero su análisis es una obligación para el desarrollo de un sistema integrado. La responsabilidad de cada institución en este aspecto es mayúscula, aun de aquellas cuyo personal trabaja en forma voluntaria.

Un manejo cuidadoso de las finanzas regulará parte de la calidad de atención.

Debe comprenderse que uno u otro producto pueden ser más "rentables" que los demás y servir como "colchón financiero", para la atención de actividades complejas, como lo son las atenciones de las situaciones de emergencia.

No se menciona en el Cuadro 2, pero los productos en resumen pueden dividirse en: Consejería u orientación médica telefónica, triaje telefónico, atención en foco (domicilio, empresa, o lugar del siniestro), traslado asistido, seguridad médica del escenario (Evento programado), rescate y eventos no programados

(Situaciones de demanda masiva o desastre).

Se señala finalmente, la cobertura de la prestación prehospitalaria y el tipo de administración de la agencia. Aquí cabe decir que por su naturaleza la atención prehospitalaria es descentralizada operativamente y centralizada en el comando; sin embargo, existen diferencias evolutivas.

Discusión

En el mundo existen el modelo norteamericano (911), que sigue el Japón y buen número de países, y el modelo europeo francés (SAMU)⁵.

El **911** tiene Centro Regulador que integra a la Policía, Bomberos, Grupos de Rescate y Búsqueda, etc. Se relaciona con centros asistenciales y se caracteriza por una magnitud espectacular de recursos. El personal está constituido por paramédicos, técnicos de urgencias médicas entrenados, de diferentes niveles de proficiencia¹.

El **SAMU** tiene centro regulador Integrado también, pero las unidades dependen de los Centros Asistenciales. El personal es profesional, tanto el médico especialista como el enfermero. Dependiendo del lugar, existen médicos no especialistas en la labor prehospitalaria. Pero son siempre dependientes de un Centro Hospitalario⁸.

El **061** de España, el personal es similar al SAMU, teniendo también técnicos de enfermería; la diferencia estriba en que el personal depende administrativamente de una central reguladora, independiente del hospital^{4,6}.

El comparar *a priori* los modelos de atención prehospitalaria es engañoso, porque el grado de integración

interinstitucional de la localidad, así como las peculiaridades del Sistema de Servicio de Salud existentes, son variables determinantes para los resultados³.

En Cuba, la atención primaria está excepcionalmente desarrollada, a tal punto que tienen un control permanente de la salud del íntegro de su población. La Atención Prehospitalaria en ese medio y por esa causa, tendrá como consecuencia un futuro promisorio.

En nuestro país, sin embargo, no hay Integración Interinstitucional para la respuesta a emergencias, demanda masiva y/o desastres.

El sistema de servicios de salud del Perú está conformado por el Ministerio de Salud, ente rector; el Seguro Social, las Fuerzas Armadas y Policiales, y el Sector Privado. Es de destacar que en la cadena de socorro, de atención a víctimas, formada por: rescate, atención en foco, traslado asistido, atención en el servicio de emergencia y, finalmente, tratamiento definitivo en sala de operaciones o unidad de cuidados intensivos, los grupos especializados en rescate tienen un papel sumamente importante. Como es el caso del Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú, que en la ciudad de Lima realizan rescate de víctimas en casos de incendio, accidentes de tránsito, etc. Situaciones que requieren del empleo de herramientas especiales y el conocimiento de técnicas seguras para la "extracción" de víctimas.

La ausencia de respuesta a emergencias y/o urgencias domiciliarias por parte del sistema de servicios de salud, fomentó en el pasado el desarrollo de actividades de atención médica por el Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú. Quienes se vieron forzados a actuar como unidades de "Rescate Médico", tra-

tando de disminuir el tiempo de llegada a los establecimientos de salud.

La atención prehospitalaria tiene una historia natural; primero la existencia de hospitales conformando una red, después la necesidad de dar asistencia sanitaria fuera del hospital obliga a conseguir medios de transporte. Conformando las Unidades de Atención Prehospitalaria, que básicamente se limitan a brindar servicios al hospital.

Cuando se designa un personal asistencial de regulación radial o telefónico propios, dependientes del aún hospital, nace el Servicio Prehospitalario.

Cuando se prestan servicios a toda una red hospitalaria a través de un Centro Regulador y Ambulancias con personal propio, brindando productos diversos, se constituye el Sistema Prehospitalario.

Finalmente, cuando todos los Sistemas Prehospitalarios y Agencias que prestan servicios policiales y/o de Rescate, son regulados por un Centro Coordinador, se dará nacimiento a un Sistema Integrado Interinstitucional² (Cuadro 3).

Lo deseable es integrar la respuesta a través de un Centro Coordinador de Atención de Emergencias y/o Urgencias. Cada Sistema de Atención Prehospitalaria tendrá una serie de actividades, especializándose en alguna modalidad. Así, los componentes tradicionales del Sistema de Servicios de Salud desarrollarán la atención médica de emergencia y traslado simple; de otro lado, el Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú lo hará en lo referente a rescate de víctimas. Todo esto sin que signifique renunciar a las otras actividades, las cuales se harán con un menor nivel de complejidad.

En ese futuro escenario se verá a unidades médicas del Sistema de Servicios de Salud realizando acciones menores de rescate y a unidades del Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú, realizando acciones de atención médica básica.

Conclusiones

1. En el Perú existen unidades, servicios y sistemas de atención prehospitalaria, con diversos grados de desarrollo.
2. Aún no existe un sistema integrado interinstitucional de atención prehospitalaria.
3. El modelo de servicio prehospitalario ligado sólo a un hospital no es deseable (no práctico ni económicamente viable).
4. El modelo de sistema prehospitalario institucional es deseable porque atiende una red hospitalaria y fortalece los objetivos institucionales. En su grado de máximo desarrollo la descentralización operativa se conseguirá relacionándose a un establecimiento hospitalario, pero no de modo dependiente.
5. El modelo de sistema integrado es el ideal.

Recomendaciones

1. La formación de un sistema integrado Interinstitucional de atención prehospitalaria, debe basarse en el desarrollo institucional acelerado de las unidades de servicio y de estos en sistemas.
2. Se debe propiciar la existencia de un marco jurídico para la prestación de servicios de atención prehospitalaria en el país⁷.
3. Formación de una Comisión Técnica para señalar las pautas del desarrollo de la Atención Prehospitalaria en el Perú⁹. ■

Correspondencia:

Dr. Roberto Pretell
Servicio de Transporte Asistido de Emergencia
EsSalud
LIMA - PERÚ

Referencias

1. RICHARD A. BISSELL, PhD. BRUCE M. NECKER, MD, MPH, FACEP. Health Care Personnel in Disaster Response. Reversible Roles or Territorial Imperative? *Emergency Medicine Clinics of North America*. Vol 14. Num 2, pp 267-288. Mayo 1996.
2. FA. MIÑOSO RUIZ I. LOPEZ RODRIGUEZ. Influencia del Sistema Integrado de Urgencias Médicas en la Urgencia Hospitalaria. I Congreso Internacional de Urgencias y Atención al Grave. 14-17. Abril de 1999.
3. H. PALMA R. PIMENTEL. Sistema Integrado de Emergencia Médica (SIEM): La realidad portuguesa. Instituto Nacional de Emergencia Médica (INEM), Coimbra, Portugal. I Congreso Internacional de Urgencias y Atención al Grave. 14-17 Abril de 1999.
4. C. MURIEL VILLORIA. *Emergencia Médica*. Cap. I, pp 19-31. Barcelona, España, 1992.
5. Separatas del Senri Critical Care Medical Center. Prefectura de Osaka, Japón. Historia de los Sistemas Médicos de Emergencia en Japón, 1997.
6. LUISA A. JUAN, MONTSERRAT LOPEZ, ISABEL HERNANDEZ. Emergencias. Asistencia Prehospitalaria. *Revista Rol de Enfermería* N° 186, pp 19-24. Febrero 1994.
7. MINISTERIO DEL INTERIOR DE ESPAÑA. Cuadernos de Legislación de Protección Civil. Cuaderno I. Legislación básica sobre protección civil en España, pp 23-27 (Real Decreto 1378/1985, de 1 de agosto, sobre medidas provisionales para la actuación en situaciones de emergencia en los casos de grave riesgo, catástrofe o calamidad pública). España, 1997.
8. EMBAJADA DE FRANCIA EN PERU. *Pompiers Sans Frontiers*. Traducción de José Antonio Jiménez S. Metodología de organización y técnicas de socorro en casos de desastres. Organización Administrativa en Francia, pp 34-38A. Lima 1996.
9. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Organización y gestión de sistemas y servicios de salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, pp 11-30. Dic 1998.