



## Reforzar los servicios médicos de urgencia Un tema de vida o muerte en países de bajos ingresos

Cualquier persona puede necesitar servicios médicos de urgencia — una mujer embarazada en una zona remota y rural que sufre complicaciones relacionadas con el parto, o un habitante de zona urbana que se ve envuelto en un accidente de tráfico. Las condiciones de la urgencia, por definición, ocurren de forma súbita y los servicios de respuesta rápida pueden aumentar mucho las posibilidades que uno tiene de sobrevivir la urgencia. Según las circunstancias, los servicios de urgencia de primera línea pueden ser administrados por profesionales capacitados en urgencias o personas inexpertas como los taxistas.

Para poder responder a la variedad de necesidades de cuidados urgentes que existen es necesario pensar de forma innovadora, planificar y adaptarse, especialmente en las zonas más pobres. La provisión de servicios médicos de urgencia no tienen por que ser costosos. Al aprovechar los recursos locales, el sistema de salud puede incluso ahorrar dinero. Pero los servicios deben ser parte de una red coordinada de cuidados, empezando por la comunidad hasta llegar a los servicios de salud de nivel más alto para que así todos puedan recibir el cuidado que necesitan.

### ¿Qué es el servicio de urgencia y quién lo puede proveer?

El servicio de urgencia es aquel que se provee durante las primeras horas después del inicio de una condición médica grave, como por ejemplo una complicación en el parto, un ataque de corazón, o cualquier problema de salud que llega a una etapa grave — septicemia debida a una infección o hipoglucemia a causa de la diabetes. El tipo de cuidado necesario dependerá de la gravedad de la condición y de dónde ocurra.

Los servicios empiezan con los que responden primero — aquellos quienes evalúan inicialmente una condición y ofrecen cuidados cuando hay una urgencia. El cuidado inicial y estabilizar al paciente, como por ejemplo parar

una hemorragia debida a una herida u otras intervenciones que ahorran tiempo, pueden proveerse en servicios móviles como ambulancias; en clínicas y hospitales pequeños; o en la sala de urgencias de cualquier instalación sanitaria.

Todas la urgencias médicas requieren cuidados de primera línea, pero no todos los pacientes necesitan ser trasladados a hospitales especializados para recibir tratamiento. Aunque los hospitales especializados (de tercer nivel) a menudo tratan condiciones complejas, las instalaciones de nivel inferior pueden tratar una amplia variedad de condiciones si hay disponibles personal capacitado, equipo e insumos.

Se puede capacitar a distintos tipos de personal para responder a urgencias médicas, desde personas sin conocimientos especializados que pueden ofrecer primeros auxilios hasta paramédicos altamente capacitados que ofrecen cuidado vital especializado mientras se transporta el paciente al hospital. No hace falta que un doctor esté presente para disponer de servicios de urgencia siempre que las instalaciones tengan personal que haya sido capacitado en ese tipo de cuidado.

Los servicios médicos de urgencia deben ser universales, bien diseñados y adecuados localmente para evitar retrasos en proveer atención y poder salvar el mayor número de vidas posible.

### Los servicios de urgencia son deficientes en situaciones de bajos ingresos

Los servicios de urgencia han recibido poca prioridad en países de bajos ingresos. Es posible que los planificadores de temas de salud crean que los servicios de urgencia requieren ambulancias modernas; intervenciones caras y de tecnología avanzada; o que solo es necesario tener salas de urgencias en los hospitales. En muchos países, hay muy pocos recursos asignados para los servicios de urgencia, y cuando los hay, a menudo no se manejan bien.

Los servicios de urgencia no tienen por qué aumentar los costos. Se pueden mejorar la planificación y organización de forma razonable en cuanto al costo (ver la pág. 3) y pueden resultar en un mejor uso de recursos, mejor cuidado de los pacientes y por tanto mejores resultados para la salud.

## Los servicios de urgencia tratan una gran carga de enfermedades

Los servicios médicos de urgencia tratan una gran variedad de condiciones que resultan en una gran carga de enfermedades. Por ejemplo, es posible que alrededor del 15 por ciento de todas las mujeres embarazadas sufra una complicación (como una hemorragia grave o un parto obstruido) que amenace sus vidas y requiera servicios de urgencia. Pero es imposible identificar qué mujeres sufrirán este tipo de complicaciones. La única forma de prevenir muertes maternas es asegurarse de que todas las mujeres embarazadas tengan acceso a servicios básicos.

Las heridas son las responsables de una quinta parte de las muertes en el mundo y de casi un tercio de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) que se pierden<sup>1</sup>. Tanto las heridas accidentales como las causadas por actos de violencia son situaciones graves y casi todas requieren servicios de urgencia. Otras condiciones que requieren servicios de urgencia son la deshidratación en los niños causada por la diarrea, la malaria cerebral, y los derrames y ataques de corazón en los adultos. Las condiciones enumeradas en el Cuadro 1 representan el 45 por ciento de todas las muertes en el año 2001 y el 36 por ciento de la carga de enfermedades (se combinan las muertes y las discapacidades) en países en desarrollo.

## Intervenciones para mejorar los servicios de urgencia

Los servicios de urgencia deben ser considerados como un sistema general con partes interdependientes, inclusive el cuidado pre-hospitalario, el transporte y el cuidado hospitalario. Los hospitales locales o instalaciones que tratan urgencias (a menudo hospitales de distrito) son los que están mejor dotados para organizar estos servicios como una unidad continua.

## SERVICIOS PRE-HOSPITALARIOS

Los servicios pre-hospitalarios incluyen el cuidado que se ofrece en el lugar del accidente o de una condición grave hasta que el paciente llega a la instalación que puede tratar la condición. Las estrategias más efectivas son básicas y baratas; a menudo no requieren equipo tecnológicamente avanzado o vehículos.

CUADRO 1. CARGA DE ENFERMEDADES TRATADA POR SERVICIOS MÉDICOS DE URGENCIA

Países con ingresos de nivel bajo y medio, 2001, todas las edades y ambos sexos

ENFERMEDADES	MUERTES (EN MILLONES)	AVAD PERDIDOS (EN MILLONES)
<b>Enfermedades transmisibles</b> (complicaciones por enfermedades infantiles; meningitis y malaria) y condiciones maternas	5,0	173,6
<b>Enfermedades no transmisibles</b> (complicaciones por diabetes, hipertensión, enfermedades del corazón y asma)	12,0	171,8
<b>Heridas</b> (accidentales o por violencia)	4,7	155,8
<b>Total relacionado con urgencias</b>	21,7	501,2

Fuente: OMS. 2001. Global Burden of Disease Project.

Cuando no existe un sistema oficial pre-hospitalario, el primer nivel de servicios de urgencia puede consistir en haber enseñado a personas sin conocimientos especializados técnicas básicas de primeros auxilios. Reclutar y capacitar a ciudadanos motivados, como los conductores de transportes públicos, quienes a menudo se ven involucrados en urgencias, a ofrecer servicios pre-hospitalarios puede aumentar los recursos de la comunidad. Un segundo nivel de servicios pre-hospitalarios a menudo incluye a personal paramédico que utiliza vehículos y equipo reservados para llevar rápidamente a los pacientes a los hospitales. Sin embargo, en la mayoría de países en desarrollo, no hay personal contratado las 24 horas solo para este propósito.

El personal involucrado en los servicios pre-hospitalarios por tanto podría incluir a un gran número de personas con capacitación básica que respondan primero (como en Ghana, ver recuadro, p. 4), distribuidos en una amplia zona, y personal paramédico bien emplazado en centros de distribución en zonas urbanas. Tal sistema puede reducir retrasos y mejorar la calidad de los servicios. La distribución geográfica de los que primero responden a la situación puede ser más importante que el cuidado sofisticado que puedan proveer, ya que se ha demostrado que reducir el tiempo que conlleva llegar al hospital ha salvado vidas.

En el Cuadro 2 se muestran los costos y la efectividad de utilizar servicios paramédicos junto con servicios de primera respuesta a cargo de personas sin conocimientos especializados. Cuando estos servicios existen conjuntamente, la misma unidad coordinadora, como por ejemplo un hospital de distrito, debería de manejar ambos.

**CUADRO 2. COSTO Y EFECTIVIDAD EN EL USO DE SERVICIOS DE PRIMERA RESPUESTA A CARGO DE PERSONAS SIN CONOCIMIENTOS ESPECIALIZADOS JUNTO CON PARAMÉDICOS**

Las estimaciones se muestran en dólares de EE.UU. de 2001

REGIÓN	COSTO*	COSTO EVITADO POR MUERTE
Asia del Sur	\$46.000	\$123
Asia del Este y Pacífico	\$48.000	\$130
Africa subsahariana	\$52.000	\$141
Europa y Asia Central	\$52.000	\$141
América Latina y el Caribe	\$75.000	\$202
Próximo Oriente y Africa del Norte	\$105.000	\$283

\*El costo de servir a una población de 1 millón por un año. El costo representa la mejor estimación redondeado al millar más próximo para cada región. Se asume que las personas que responden en primera línea son voluntarios.

Fuente: Olive C. Kobusingye et al. 2006. "Emergency Medical Services" en *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2ª ed., ed. D.T. Jamison et al. Cuadros 68.3 y 68.4.

## COMUNICACIÓN Y SISTEMA DE TRANSPORTE

Reducir el tiempo pre-hospitalario depende de varios factores: notificación inmediata de los servicios médicos de urgencia; un tiempo de respuesta rápido para los servicios de ambulancia; un uso de tiempo eficiente en la escena del trauma; y un tiempo de transporte rápido. Puede que haya retrasos debido a la falta de comunicación o de los sistemas de transporte y por tanto se convierten en sistemas clave para innovar y mejorar.

- *Sistemas de comunicación tradicionales e innovadores.* Ya que la mayoría de la población del mundo vive en áreas con telecomunicaciones pobres, las innovaciones como el equipar a las parteras tradicionales con equipos de radio conectados a hospitales locales pueden reducir el tiempo de respuesta y el número de muertes maternas. De forma parecida, los teléfonos móviles pueden ofrecer a las comunidades rurales un gran avance hacia servicios de urgencia más modernos.
- *Sistemas de transporte básicos y avanzados.* Debido a que la falta de transporte es un gran obstáculo para acceder a los servicios de urgencia, las comunidades necesitan considerar una variedad de alternativas locales adecuadas. Los vehículos comerciales, la policía y los parientes con transporte motorizado o no pueden llevar a los pacientes con enfermedades o heridas graves a las instalaciones médicas. En Malawi, por ejemplo, se instituyó una bicicleta ambulancia para mejorar los servicios de urgencia obstétricos y a menudo se utilizó también para heridas y otras urgencias.

## SERVICIOS EN HOSPITALES O CENTROS DE SALUD

El componente de los servicios de salud en instalaciones puede variar mucho de un país a otro. En algunos países lo proveen los especialistas en hospitales regionales; en otros, lo hacen los médicos de medicina general en un hospital de distrito; y aun en otros por personas competentes que no son médicos en un centro médico. En Tanzania y Mozambique, por ejemplo, donde hay una falta enorme de cirujanos, los oficiales médicos asistentes — oficiales de salud sin un título médico — proveen la mayor parte de los servicios quirúrgicos de emergencia, que pueden ir desde coser heridas hasta asistir un parto por cesárea<sup>2</sup>.

## RECUADRO: GHANA MEJORA EL CUIDADO POR TRAUMA SIN UN SISTEMA DE AMBULANCIAS OFICIAL

En Ghana, la mayoría de personas heridas se transportan a un hospital por algún tipo de vehículo comercial, como un taxi o autobús. Un programa piloto capacitó a 335 conductores comerciales, utilizando un curso de seis horas sobre primeros auxilios básicos. El curso de capacitación empleó el trabajo de voluntarios y pagó por el transporte de los conductores al curso, por un total de EE.UU. \$3 por participante. Los investigadores evaluaron la efectividad de la capacitación comparando el proceso del cuidado del trauma ofrecido antes y después del curso.

En entrevistas de seguimiento con los conductores capacitados, el 61 por ciento dijo que había ofrecido primeros auxilios desde que había tomado el curso y que había demostrado una mejora considerable en la provisión de los diferentes componentes de primeros auxilios, inclusive el manejo de la escena de un accidente, de la vía respiratoria y de las hemorragias. Por tanto, incluso con la falta de servicios médicos de urgencia oficiales, es posible mejorar el cuidado de un trauma si se desarrollan las redes de transporte informales que ya existen.

En los países en desarrollo, el mismo personal puede tener que hacer frente a heridas graves, emergencias pediátricas u obstétricas, lo que hará necesario identificar un programa de capacitación que responda a las necesidades de un personal de salud versátil. Y el equipo e insumos que se envíen a cada nivel debe ser equivalente al conocimiento y habilidades del personal disponible que los utilizará. Implementar este sistema requiere que todo el sistema de cuidados de emergencia funcione como uno solo, con fondos reservados para la coordinación y la evaluación de la calidad.

## Prioridades para el futuro

Hacer que los servicios médicos de urgencia sean totalmente disponibles y parte integral del sistema de salud requiere más que solo organización y recursos. El sistema debe también asegurarse de que los grupos más pobres — que son los que se enfrentan a los mayores obstáculos para recibir servicios de urgencia — reciban apoyo económico y de otro tipo para asegurarse que las urgencias de salud no empobrezcan aun más a las familias. La financiación comunitaria para las urgencias de salud y los préstamos comunitarios para costear el transporte son dos posibles ejemplos.

Los ministros de salud en países de ingresos bajos deben asegurarse de que reforzar los servicios médicos de urgencia se basen en la evidencia y sean adecuados a las necesidades locales. Puede que sea necesaria la investigación operativa para adaptar nuevas soluciones al contexto local y asegurar que sean costo-efectivas. Los riesgos y ganancias entre inversiones en los distintos niveles del sistema de salud son inevitables, pero en cualquier caso, el reforzamiento de los cuidados de emergencia deberían mejorar la equidad de la salud y no agrandar la brecha entre ricos y pobres.

## Para más información

Kousingye, Olive C., Adnan A. Hyder, David Bishai, Manjul Joshipura, Eduard Romero Hicks, y Charles Mock. 2006. “Emergency Medical Services.” En *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2ª ed., ed. D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D.B. Evans, P. Jha, A. Mills, y P. Musgrove. 1261-1279. Nueva York: Oxford University Press.

## References

1. Un año de vida ajustado por discapacidad (AVAD) es una medida compuesta que combina el número de años que una persona vive con una discapacidad y el número de años que se pierden debido a una muerte prematura.
2. Ver la hoja, “Promoting Essential Surgery in Low-Income Countries: A Hidden Cost-Effective Treasure,” (Junio 2008) en [www.dcp2.org/file/158/dcpp-surgery.pdf](http://www.dcp2.org/file/158/dcpp-surgery.pdf); y “Conference on Increasing Access to Surgical Services in Resource-Constrained Settings in Sub-Saharan Africa, (Junio 2007) en [www.dcp2.org/file/137/](http://www.dcp2.org/file/137/).