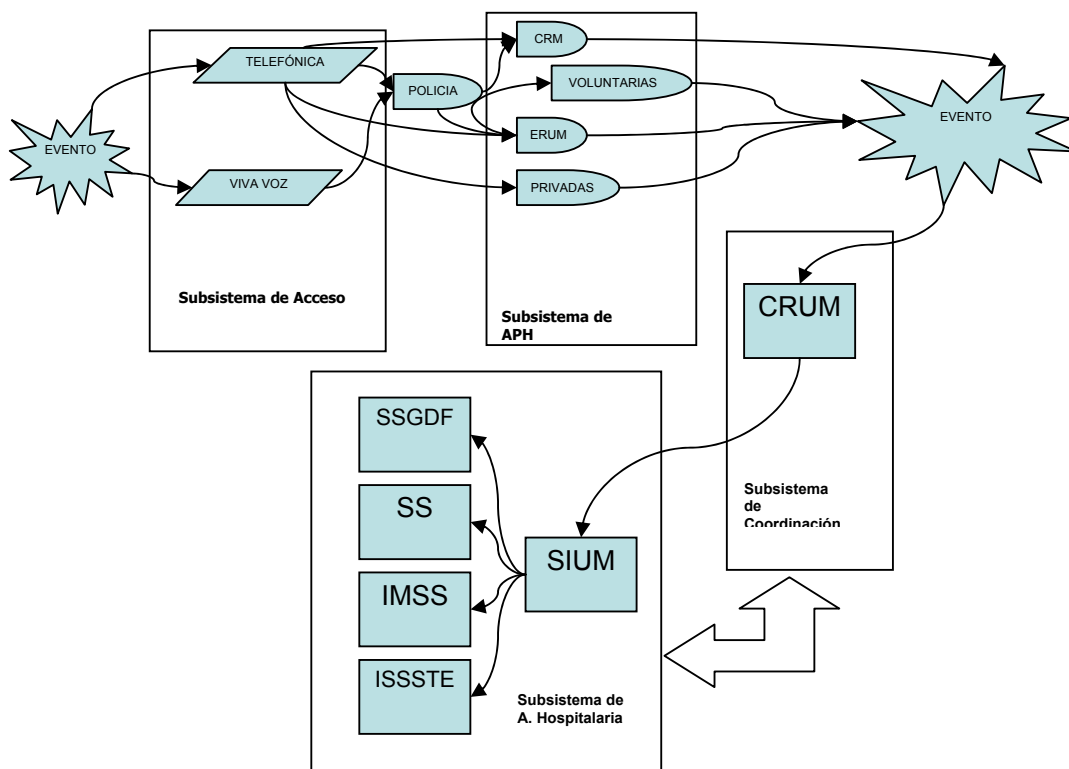


SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS MÉDICAS EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Por: Dr. Carlos Antonio Victoria Prado. Médico Especialista en Urgencias Médico – Quirúrgicas. Jefe de Servicios de Regulación Médica. Secretaria de Salud del Distrito Federal.

La atención de urgencias médicas en la Ciudad de México esta dada por "El Sistema de Servicios de Urgencias Médicas", el cual está dividido en cuatro "subsistemas":

1. Subsistema de acceso.
2. Subsistema de Atención Prehospitalaria (SAPH)
3. Subsistema de coordinación.
4. Subsistema de Atención Hospitalaria (SAH) (Servicios de Urgencias).



SUBSISTEMA DE ACCESO.

Para que un sistema de urgencias médicas funcione adecuadamente y obtener el máximo beneficio posible, es indispensable que se pueda tener acceso al mismo de forma gratuita, rápida y ágil, para que se disminuyan en lo posible los tiempos de respuesta. Desgraciadamente en la Ciudad de México no existe un acceso al sistema como el **Número Único Medicalizado y gratuito** que funcione las 24 hrs. todo el año, sino que existen varios números para casos de urgencias los cuales no están coordinados entre ellos.

El "acceso" se puede dar por medio de las siguientes vías:

- 1) Número "060", número de acceso no al sistema sino al servicio de atención prehospitalaria de la Cruz Roja Mexicana.
- 2) Número "065", número de acceso al sistema de Seguridad Pública del Distrito Federal, por donde a su vez se accede al SAPH regido por la misma.
- 3) Varios números ordinarios de diversas instituciones y organismos que brindan SAPH.

Estos múltiples y supuestos accesos no activan como tal al sistema sino que ingresan a los servicios de atención prehospitalaria, lo que lleva a la producción de diferentes respuestas y duplicidad de esfuerzos, con el consiguiente desperdicio de recursos.

SUBSISTEMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.

La finalidad primordial de este es brindar atención inicial urgente especializada a todo aquel que lo amerite, bajo criterios médicos, éticos, sin discriminación de sexo, edad, raza, posición social y económica.

El desarrollo y el crecimiento del servicio de atención prehospitalaria en la Ciudad de México a estado sujeto a aumentos posteriores a circunstancias donde fue necesaria su intervención (desastres), que a ocasionado crecimientos en picos que no sea han mantenido, esto, mas la falta de políticas, leyes y normas que rijan su funcionamiento a ocasionado un crecimiento sin control de diversos organismos e instituciones que brindan estos tipos de servicios.

Actualmente existen múltiples organismos e instituciones públicas, voluntarias y privadas:

- 1) El Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas (ERUM), el cual es regido por la Secretaria de Seguridad Pública del Gobierno del Distrito Federal.
- 2) Múltiples organismos voluntarios, de los cuales se desconoce en su gran mayoría si están legalmente establecidos.
- 3) Servicios de atención prehospitalaria de otras dependencias de gobierno (Protección Civil, Bomberos, etc.)
- 4) La Cruz Roja Mexicana (CRM), la cual cuenta de forma insólita con servicios de atención prehospitalaria.
- 5) Diversas compañías privadas que brindan atención prehospitalaria bajo el régimen de las aseguradoras.

Estos servicios de atención prehospitalaria al no contar con accesos unificados y al no trabajar coordinadamente, disminuye la posibilidad de que su respuesta sea la más adecuada.

SUBSISTEMA DE COORDINACIÓN

Como todo sistema, el sistema de servicios de urgencias médicas debe de tener un **eje coordinador** entre todos sus componentes, con el fin de analizar, discernir, asignar, racionalizar y gestionar las demandas de atención que ingresen al sistema.

En un esfuerzo de proporcionar orden a los intentos de la creación de un sistema, la **Secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal (SSGDF)** creó el **Centro Regulador de Urgencias Médicas (CRUM)**, el cual se coordina con algunos de los componentes del sistema. El CRUM es una unidad administrativa – operativa quien funge como herramienta gerencial para concentrar la información sobre la disponibilidad de la oferta de la atención hospitalaria, para así asignar dicha oferta de manera racionalizada a las necesidades de los usuarios que demanden atención médica de urgencia.

El CRUM se coordina con las siguientes instancias:

- 1) Servicios de atención prehospitalaria (ERUM, CRM, Voluntarias)
- 2) Hospitales dependientes de la SSGDF.
- 3) Algunos hospitales de otras dependencias (SS, IMSS, ISSSTE).

Esta coordinación que esta incompleta, esta propiciada por lo siguiente:

- El CRUM no cuenta con el acceso a la solicitud del usuario final (paciente con necesidad de atención urgente), por falta del número único medicalizado.
- El CRUM no despacha al SAPH en respuesta a la demanda anterior.
- El CRUM solo se coordina con el SAPH para el ingreso al SAH.
- El CRUM solo se coordina con una parte del SAH (hospitales de la SSGDF y solo algunos hospitales del SS, IMSS, ISSSTE).

La coordinación del CRUM con el SAH de las diferentes instituciones se le ha denominado **Sistema Integral de Urgencias Médicas (SIUM)**, el cual es un esfuerzo común de las entidades participantes, el cual se analizará mas adelante.

SUBSISTEMA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA.

Los servicios de salud que brindan atención médica urgente en la Ciudad de México están divididos por diferentes instituciones de heterogénea composición administrativa, política y organizacional, de las cuales encontramos:

- 1) Instituciones que brindan atención a población abierta: La Secretaria de Salud (en el ámbito federal) y la Secretaria de Salud de Gobierno del Distrito Federal.

- 2) Instituciones que brindan atención a pacientes "derechohabientes", debido a relaciones obrero – patronales: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaria de la Defensa Nacional (SEDENA).
- 3) Instituciones privadas con y sin fines de lucro (organismos no gubernamentales y privados): Cruz Roja Mexicana (CRM), etc.

Esta gran variedad de organismos, instituciones y compañías que brindan atención médica de urgencia conlleva a una gran dificultad al momento de realizar convenios de participación entre los mismos, ya sea por verdaderas dificultades técnicas de unas, como por la falta de interés de otras.

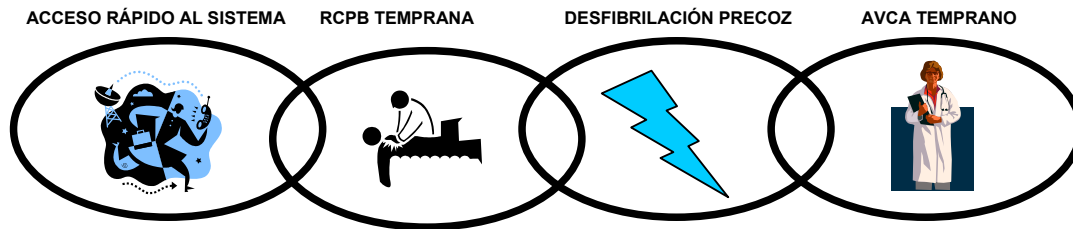
En un esfuerzo de mejorar la coordinación entre el SAH, la Secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal, convoco a tres diferentes instituciones de salud (IMSS, ISSSTE, SS federal) con el fin de mejorar la atención médica urgente, de todo paciente grave, derivado de la Servicios Prehospitalarios, para procurar la mejor alternativa de atención al mayor número de usuarios de los servicios médicos de urgencia, por medio de la distribución adecuada y técnicamente sustentada de los recursos disponibles. A este esfuerzo se le denominó "Sistema Integral de Urgencias Médicas (SIUM)", que da la oportunidad de que a toda demanda de atención encauzada al Centro Regulador de Urgencias Médicas por los SAPH, independientemente de su condición de derechohabencia, pueda acceder a cualquiera de los Hospitales instalados en el sistema anterior, mejorando así los tiempos de ingreso a la atención médica especializada.

.....

A toda la problemática anteriormente planteada se aúna un ejemplo muy claro de falta de elementos y coordinación entre ellos, la llamada "**Cadena de Supervivencia**", metáfora adoptada por la Asociación Americana del Corazón (AHA, por sus siglas en inglés) para explicar los distintos elementos que integran la sistematización de la atención cardiovascular de urgencia, la cual puede ser adaptada no solamente para las urgencias cardiológicas sino también para cualquier tipo de urgencia.

Esta cadena cuenta con cuatro eslabones, todos los cuales deben de funcionar a la perfección, pues la falla de uno solo de ellos llevará a todo el proceso al fracaso:

1. Acceso rápido al sistema de emergencia.
2. Reanimación cardiopulmonar básica temprana.
3. Desfibrilación precoz.
4. Apoyo vital cardiovascular avanzado rápido.



Esta cadena de supervivencia está íntimamente ligada y va de la mano con las funciones del Sistema de Servicios de Urgencias, por lo que al estar incompleta la cadena de supervivencia también está deteriorada la continuidad del sistema:

Acceso rápido al sistema de emergencia:

El acceso precoz al sistema representa el tiempo desde que sucedió el evento o desde que comenzaron los síntomas hasta la llegada de la APH, este tiempo en nuestro sistema actual está totalmente desfasado y en algunas ocasiones interminable por las siguientes causas:

- a) En nuestra sociedad no existe una cultura de educación en salud y atención de emergencias, ni en el hogar ni en las escuelas, donde en esta última debiesen implementarse programas desde el nivel primaria. Debido a lo cual el ciudadano común no sabe que hacer cuando se le presenta una situación de emergencia, donde muchas de las ocasiones mejor huye de la escena para evitar "posibles problemas legales", o en el mejor de los casos no huye pero o no activa el servicio de emergencias o demora mucho en hacerlo.
- b) Falta del **número único medicalizado**.

Reanimación cardiopulmonar básica temprana:

El inicio de la RCP es tanto más eficaz cuanto más pronto se inicie. La falta de conocimiento en cuanto a la Reanimación Cardiopulmonar a todos los niveles (incluso hasta en el nivel médico), ocasiona la pérdida de este valioso apoyo, desgraciadamente en nuestro medio el desconocimiento, el miedo y la impericia impiden primero, la falta de reconocimiento de los pacientes que ameriten RCP y segundo el inicio de la RCP.

Desfibrilación precoz:

Este es quizá el eslabón más importante ya que, realizada en forma correcta y muy precoz, influye en forma directa en el resultado final de la supervivencia. Pero a pesar de múltiples estudios que han demostrado la efectividad de la desfibrilación, en nuestro medio aun persiste un total desconocimiento de esta acción en el ciudadano común, además de que no existe la posibilidad de que estos accedan a los equipos para realizarla.

Apoyo vital cardiovascular rápido (AVC):

Todos damos por entendido que quienes tienen la función de atención médica y paramédica conocen adecuadamente los procedimientos a seguir, pero se han detectado muchas fallas importantes en su ejecución. Esto se debe a que en los programas de enseñanza estos procedimientos han sido mal aprendidos o se llega a no tomarlos en cuenta. En el medio paramédico muchos de los "profesionales de la APH" han tomado "cursos" y "diplomados" que no son adecuados, tanto en su contenido como forma de impartición y los que han realizado verdaderas carreras técnicas sobre APH han dejado de actualizarse o no tienen las herramientas necesarias para llevar a cabo todos los procedimientos.

Es importante mencionar también que para que se de un adecuado Apoyo Vital, es necesario una gran cantidad de equipo y material que no siempre se consigue, tanto en el medio de la APH como hospitalaria.

.....

La situación actual de la respuesta de atención médica de urgencias en la Ciudad de México para casos de "rutina" es ineficiente e ineficaz, por lo tanto siguiendo la premisa de que ***"para que un sistema de servicios de urgencias médicas funcione en casos de desastres, es necesario que funcione en situaciones de rutina"***, debido a lo cual antes de enfocarnos en la creación de sistemas o planes ambiciosos para responder en caso de desastres con saldo masivo de víctimas, debemos concentrar los esfuerzos en crear primero los sistemas de atención como tal y segundo, encausar estos a que funcionen en lo "normal" para poder mantener la funcionalidad del sistema y la de sus componentes en casos de desastres con saldo masivo de víctimas.

Esta insuficiente coordinación entre los sectores dedicados a la salud en un sistema, no es lo único que afecta la respuesta de este, sino también la escasa capacidad del primer nivel de atención, ya que por la falta de un primer nivel de atención competente, los servicios de urgencias de los hospitales de 2º nivel principalmente, se encuentran saturados por atención de urgencias sentidas, además de que la insuficiencia del sistema de salud en los municipios y estados colindantes a la Ciudad de México, principalmente el estado de México, ocasiona que hasta el 60 % de las atenciones en algunos de los Hospitales de la Secretaría de Salud del Gobierno D. F. sean de personas que no habitan el D. F.

La situación actual del sistema no lo es todo en cuanto a la respuesta en caso de desastres sino la necesidad de crear toda una estructura bien organizada en donde intervengan todos los actores que deben de responder (bomberos, protección civil, policía, ejército, sociedad civil, sistemas privados, etc.), con la instalación de un puesto de mando para incidentes, para casos de desastres.

POSIBLES SOLUCIONES:

1. Crear y dar las bases para el establecimiento del "Número Único Medicalizado y Gratuito" para casos de urgencias médicas.
2. Fortalecer y ampliar la cartera de servicios del subsistema coordinador (CRUM).
3. Crear estándares mínimos de calidad en los Servicios de Urgencias.
4. Equilibrar la demanda y la oferta de los sistemas.
5. Que toda demanda de urgencias sea regulada.
6. Mantener informaciones adecuadas y opiniones técnicamente sustentadas.
7. Crear políticas eficaces de prevención de accidentes y desastres e iniciar programas en salud a nivel escolar básico.
8. Fortalecer el primer nivel de atención.
9. Producir estados colindantes autosuficientes, respaldados por sistemas redundantes.
10. Sector salud integrado en una estructura organizacional común, para fines de la atención médica de urgencias y desastres.
11. Incremento de la inversión en política social (salud), con la posible instauración del financiamiento, compra y provisión del sistema.
12. Mejorar el sustrato económico, cultural, educativo, político, laboral y jurídico.
13. Disminución de la mortalidad, morbilidad, discapacidad, pérdidas económicas, quejas y sufrimiento evitables.

Esta tarea de mejora obviamente no será fácil, ya que toda reforma se enfrenta en principio a enormes resistencias, como afirmaba Maquiavelo "que cualquier cambio tiene el apoyo tibio de los pocos que consideran que pueden beneficiarse y la oposición frontal de la mayoría que teme que les perjudique". Si todo cambio es difícil aun es mayor la dificultad si lo que se necesita transformar en una estructura pública, como lo indico el economista sanitario norteamericano A. C. Enthoven: "el sector público es defensor a ultranza del 'status quo' porque los intereses establecidos detentan todo el poder".