

## **Sistemas de salud**

### **Sistemas de atención de emergencia**

#### **Informe de la Secretaría**

1. En su resolución WHA56.24, sobre aplicación de las recomendaciones del *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, y su resolución WHA57.10, sobre seguridad vial y salud, la Asamblea de la Salud señaló que la violencia era un importante problema de salud pública en todo el mundo y que las lesiones debidas al tráfico rodado causaban amplios y graves problemas de salud pública. En la resolución WHA57.10 se recomendaba a los Estados Miembros que reforzaran los servicios de emergencia y rehabilitación, y en conjunto esas resoluciones pedían al Director General que proporcionara apoyo técnico para reforzar tanto los servicios de atención traumatológica y médica destinados a los supervivientes o víctimas de actos violentos como los sistemas de asistencia prehospitalaria y traumatológica a las víctimas de las colisiones en las vías de tránsito. El presente informe se ha preparado en respuesta a las peticiones de dos Estados Miembros de que el Consejo considere un punto del orden del día sobre atención de emergencia.

2. Los traumatismos siguen constituyendo una causa creciente de mortalidad y discapacidad en todo el mundo, y cada año provocan más de cinco millones de muertes y más de 100 millones de discapacidades. Las principales causas de traumatismos son la violencia, las colisiones en las vías de tránsito, las caídas, las quemaduras y el ahogamiento. La inmensa mayoría (90%) de esas defunciones y discapacidades se registran en países de ingresos bajos y medianos, y se producen no sólo por la mayor tasa de traumatismos, sino también por la más alta probabilidad de que los traumatismos acaben provocando la muerte o una discapacidad.

3. La prevención primaria sigue siendo uno de los modos más importantes de reducir la carga de traumatismos, pero cada vez se reconoce más que gran parte de la mortalidad y la discapacidad a largo plazo se podría prevenir reforzando la atención traumatológica y de emergencia. Las investigaciones demuestran que los resultados de los traumatismos graves varían enormemente en función del nivel de ingresos del país. Por ejemplo, un estudio comparativo de los resultados en pacientes con traumatismos graves en tres países de niveles económicos distintos mostró que la mortalidad aumentaba desde el 35% en los Estados Unidos de América, al 55% en México, hasta el 63% en Ghana. Esos resultados muestran que, para traumatismos análogos, la probabilidad de fallecer es casi el doble en un entorno de ingresos bajos que en un entorno de ingresos altos.

4. Muchas lesiones podrían recibir un tratamiento adecuado en los entornos de ingresos bajos, y las limitaciones económicas sólo explican en parte las disparidades de los resultados de los traumatismos entre países de niveles económicos distintos. Se puede hacer mucho para reforzar la atención traumatológica y de emergencia en todos los países y optimizar el uso de los recursos disponibles mejorando la organización y la planificación. La atención de emergencia abarca actividades muy diversas, entre otras: atención y transporte prehospitalarios; evaluación inicial; diagnóstico y reanimación;

y atención intrahospitalaria, en particular cirugía, anestesia y tratamiento posterior. Los estudios del efecto de la mejora de la organización y la planificación de la atención traumatológica en los países de ingresos altos han mostrado de forma consistente que la supervivencia aumenta entre el 8% y el 50%; las medidas adoptadas a ese respecto comprenden la designación de centros de traumatología y el control de su calidad, el establecimiento de criterios de planificación y categorización de la atención prehospitalaria, y la formulación de protocolos para la transferencia entre establecimientos.

5. El fortalecimiento de la atención traumatológica y de emergencia podría rendir importantes beneficios a la salud pública. Incluso en el supuesto conservador de que la mortalidad del conjunto de los lesionados disminuyera sólo un 8%, se estima que cada año se podrían salvar 400 000 vidas. Más vidas se podrían salvar aún si se reforzara la atención de emergencia en los países de ingresos bajos y medianos hasta el punto en que la mortalidad relacionada con los traumatismos se aproximara a la que se registra en los entornos de ingresos altos.

6. Son muchos quienes creen, erróneamente, que los servicios de atención traumatológica y de emergencia son caros. De hecho, en muchos entornos se han introducido mejoras con intervenciones de bajo costo. Además, en estudios de la costoeficacia, muchos elementos de la atención traumatológica y de emergencia se han clasificado entre las intervenciones de salud pública más costoeficaces. El Proyecto sobre Prioridades de la Lucha contra la Morbilidad, del Banco Mundial, la OMS y el Centro Internacional Fogarty de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos de América, ha determinado que el fortalecimiento de la atención prehospitalaria mediante la capacitación de personal paramédico comunitario y personal de primeros auxilios de aldea, el uso de ambulancias comunitarias, y la provisión de atención quirúrgica básica (incluido el tratamiento de los traumatismos) en los hospitales de distrito, constituyen intervenciones cuya costoeficacia se cifra en menos de US\$ 100 por cada año de vida ajustado en función de la discapacidad salvado. En una escala de US\$ 1 (la más costoeficaz) a US\$ 100 000 por año de vida ajustado en función de la discapacidad salvado, esas intervenciones se consideran extremadamente costoeficaces.

7. Además, el fortalecimiento de la atención traumatológica y de emergencia se considera un prerrequisito para mejorar la preparación ante incidentes con gran número de víctimas, y se ha determinado que la atención traumatológica y de emergencia es una importante prioridad, en particular en emergencias súbitas de grandes dimensiones.

8. Los países de ingresos bajos y medianos tropiezan con la dificultad de que la mayoría de las experiencias documentadas sobre el fortalecimiento de la atención traumatológica y de emergencia proceden de países de ingresos altos. Para atender las necesidades de los países de ingresos bajos y medianos, la OMS y sus asociados han publicado orientaciones sobre cuidados quirúrgicos, atención traumatológica esencial y sistemas de atención traumatológica prehospitalaria,<sup>1</sup> y han preparado un módulo de aprendizaje electrónico sobre manejo integrado para la atención de emergencia y atención quirúrgica y esencial.<sup>2</sup> Esas directrices y esos instrumentos están destinados a su uso en establecimientos fijos (hospitales y dispensarios) y para reforzar la atención prehospitalaria. Se centran explícitamente en estrategias costoeficaces, basadas en datos probados y asequibles con el fin de asegurar la atención traumatológica y de emergencia eficaz mediante, por ejemplo, un uso apropiado de los recursos humanos, los recursos físicos y sistemas de transporte adecuados. Se trabaja en la preparación

---

<sup>1</sup> *Surgical care at the district hospital*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003; Mock C, Lormand JD, Goosen J, Joshipura M, Peden M. *Guidelines for essential trauma care*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004; y Sasser S, Varghese M, Kellermann A, Lormand JD. *Prehospital care systems*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.

<sup>2</sup> <http://www.who.int/surgery/imeesc/en/index.html>

de orientaciones normativas sobre la creación y el fortalecimiento de los sistemas de manejo de los incidentes con gran número de víctimas.

9. Las primeras experiencias han mostrado la utilidad de las orientaciones proporcionadas por la OMS en esa esfera. Cada vez son más los especialistas en atención traumatológica y de emergencia que colaboran con la OMS. El grupo asesor en sistemas de atención traumatológica y de emergencia y el Cuadro OMS de Expertos en Procedimientos Quirúrgicos Clínicos están integrados por expertos procedentes de todas las regiones del mundo. Esas orientaciones se han utilizado en países tales como Ghana, la India, el Irán (República Islámica del), México, Mozambique, Rumania, Sri Lanka, Sudáfrica, Tailandia y Viet Nam como base para evaluar las necesidades en materia de capacidad de atención traumatológica y para reforzar los sistemas locales.

## ACTIVIDADES RECOMENDADAS

10. Las actividades que es necesario realizar se enmarcan en cuatro áreas generales: análisis y planificación contextual, integración intersectorial, desarrollo de sistemas, y sostenibilidad futura.

11. **Análisis y planificación contextual.** El fortalecimiento de la atención traumatológica y de emergencia tiene que empezar con un análisis de la situación y una evaluación de las necesidades, con el fin de elaborar una descripción del contexto. Entre las medidas que hay que adoptar figuran las siguientes. Hay que determinar si existen servicios prehospitalarios no institucionales y los elementos con que cuenta el sector privado, por ejemplo, servicios de ambulancias. Hay que determinar los posibles lugares de mejora de la atención en contextos con alta frecuencia de traumatismos, tales como ciudades y carreteras principales, y se tiene que considerar el establecimiento de sistemas institucionales de atención traumatológica prehospitalaria en esos lugares, donde resultarían costoeficaces. Además, se deberían elaborar planes para disponer de capacidad de atención prehospitalaria que aprovechara los sistemas no institucionales y los recursos comunitarios en las zonas donde no sea posible disponer de sistemas médicos de emergencia prehospitalarios institucionales. Asimismo, habría que determinar la disponibilidad de recursos financieros.

12. Hay que idear y someter a prueba instrumentos y técnicas estandarizadas para evaluar la necesidad de capacidad prehospitalaria y hospitalaria de la atención traumatológica y de emergencia. Hay que perfeccionar las técnicas de revisión de la legislación relativa a esos servicios, y hay que encontrar y acopiar ejemplos de legislación adecuada, para difundirlos. Hay que alentar las investigaciones encaminadas a establecer y ampliar la base de conocimientos que respaldan a esos servicios. Es necesario colaborar para formular políticas y programas de base científica para poner en práctica métodos probados de fortalecimiento de esos sistemas. Hay que revisar los planes de estudios sanitarios de las instituciones pertinentes para que abarquen la atención traumatológica y de emergencia y hay que velar por que se disponga de capacidad para proporcionar formación continua al personal que presta atención traumatológica y de emergencia. Tal vez fuera necesario proporcionar incentivos para apoyar las actividades de formación. Hay que concienciar, y mantener la concienciación, acerca de la existencia de intervenciones de bajo costo que reducen la mortalidad mediante la mejora de la organización y la planificación de la atención traumatológica y de emergencia, y organizar periódicamente reuniones de expertos para que intercambien información y experiencias, y para crear capacidad.

13. **Integración intersectorial.** Los ministerios de salud tienen que efectuar aportaciones a las redes intersectoriales, en ocasiones catalizando su creación, con el fin de reforzar la atención traumatológica y de emergencia. Esas redes deberían incluir a asociados de los sectores público y privado también de esferas ajenas a la salud, tales como el transporte, las telecomunicaciones y los servicios de rescate. La coordinación entre sectores, y en ocasiones más allá de las fronteras nacionales, es un fac-

tor de importancia crucial para mejorar los sistemas, en especial en aspectos tales como la asignación de los medios de transporte disponibles y velar por que el sistema de atención traumatológica y de emergencia se pueda ampliar en respuesta a incidentes con gran número de víctimas. En los lugares donde se disponga de servicios institucionales de atención de emergencia prehospitalaria o donde se estén poniendo en marcha esos servicios, en el interior de los países o incluso entre regiones, habría que establecer números de teléfono de acceso universal, y divulgarlos ampliamente.

14. **Desarrollo de sistemas.** Hay que elaborar legislación relativa a la atención traumatológica y de emergencia, o actualizar la existente, y hay que compartir los ejemplos de prácticas óptimas. En el contexto de los sistemas de atención traumatológica y de emergencia, hay que hacer hincapié en la determinación de los servicios básicos que tendrían que estar a disposición de todos los que los necesitan, y velar por que se presten de forma competente. Hay que definir los recursos humanos (en términos de dotación de personal y de competencias) y recursos físicos (equipos y suministros) esenciales con que deben contar los distintos niveles de los sistemas de atención de salud. Hay que adoptar las medidas necesarias para que se documente la prestación adecuada de esos servicios recurriendo a medios tales como la inspección de las instalaciones y la aplicación de programas de mejora de la calidad, disponiéndose de las normas y las técnicas pertinentes. La organización del sistema tiene que velar por que se establezca un sistema racional de referencia de casos, apropiado para el contexto y que haga un uso óptimo de los recursos humanos y financieros.

15. Hay que incorporar a los sistemas de atención traumatológica y de emergencia mecanismos de mejora de la calidad que cuenten con el apoyo de una capacitación académica y práctica en que se tengan en cuenta las necesidades de formación de los recursos humanos en los diversos niveles del sistema de salud.

16. **Sostenibilidad futura.** Otras actividades importantes para garantizar la sostenibilidad son el desarrollo de una capacidad de acopio de datos, y su apoyo, que permita la vigilancia continua de la eficacia del sistema de atención traumatológica y de emergencia. Asimismo, hay que evaluar las necesidades de creación de capacidad, estructural o relativa al sistema o a los recursos humanos, y hay que atenderlas de forma continuada. El fortalecimiento de los sistemas de atención de emergencia debería llevarse a cabo en el marco del sistema sanitario general, con miras a mejorar las condiciones de trabajo del personal que dispensa atención de emergencia. En los contextos que cuenten con un sistema institucional de servicios médicos de emergencia, y donde sea apropiado y viable, tiene que haber un mecanismo de vigilancia que promueva y garantice unas normas mínimas de capacitación, dotación de equipo, infraestructura y comunicaciones. Todas las partes interesadas, incluidos los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y otras partes, deberán colaborar para garantizar la disponibilidad de la necesaria capacidad para planificar, organizar, administrar, financiar y monitorear eficazmente los servicios.

17. En su 120ª reunión, el Consejo Ejecutivo examinó el informe precedente y tomó nota de la importancia que reviste el fortalecimiento de la atención traumatológica y de emergencia.<sup>1</sup>

## INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

18. Se invita a la Asamblea de la Salud a examinar el proyecto de resolución que figura en la resolución EB120.R4.

---

<sup>1</sup> Véase en el documento EB119/2006-EB120/2007/REC/2, el acta resumida de la quinta sesión de la 120ª reunión del Consejo y el acta resumida de la novena sesión de la 120ª reunión, sección 2.