

## SISTEMA DE EMERGENCIAS

# Una materia pendiente

El advenimiento de la medicina prehospitalaria ha introducido cambios trascendentales en la salud, los que se han traducido -fundamentalmente en los países desarrollados- en una activa participación en planes y programas preventivo-asistenciales integrados bajo el concepto de sistemas

GUILLERMO PELLEGRINO

Uruguay comparte con otros países de la región la casi ausencia de dichos sistemas, lo que lleva a resultados no siempre efectivos en incidencia, prevalencia, costos económicos y sociales en morbilidad y mortalidad.

El desarrollo de la estructura sanitaria del país es fundamentalmente asistencialista, centralizada en hospitales y sanatorios, con una enorme disparidad en sus infraestructuras, recursos humanos y tecnológicos. En ese marco es que se insertaron las emergencias, como un nuevo componente prehospitalario.

Hasta el surgimiento de las unidades móviles prehospitalarias privadas, las emergencias eran resueltas por unidades móviles de traslado del Ministerio de Salud Pública, o por médicos que, sin la infraestructura adecuada, debían enfrentar a enfermos críticos. Así, muchos pacientes debían ser trasladados por la policía o por particulares a los departamentos de emergencias de hospitales y sanatorios.

Las unidades médicas móviles llenaron un vacío. Es que las emergencias, queda claro, necesitaban una respuesta hasta el momento casi inexistente. Es importante saber que, en general, no son un tema exclusivamente médico, porque las emergencias funcionan como una cadena con varios eslabones. El primer eslabón es el de la prevención; al que debe seguir el de la educación, el entrenamiento y la participación activa de la comunidad (idea hoy muy extendida en el mundo, ya que hasta ahora la sociedad ha estado relegada a un papel muy pasivo); el tercer eslabón es todo



lo que se pone en juego cuando, al fracasar la prevención, se produce el accidente y ahí deben participar, por ejemplo, profesionales de búsqueda y rescate, bomberos, policía, inspectores de tránsito, etcétera; la cadena culmina con el eslabón hospitalario, que es donde tiene que haber centros de referencias especializados en el manejo, la asistencia y la rehabilitación de las víctimas del trauma. Esta cadena tiene particular importancia para que las emergencias funcionen en forma integrada.

#### POCOS CAMBIOS

Las dos principales causas de muertes traumáticas en nuestro país la conforman los suicidios y las derivadas del tráfico vehicular y peatonal. Tal realidad impone la elaboración de estrategias posibles de corto, mediano y largo alcance que apuntan, fundamentalmente, a la prevención. Diversos antecedentes vienen a reafirmar el papel protagónico de los médicos. En las décadas de 1960 y 1970, por ejemplo, se realizaron diversas actividades para atacar estas causas de muerte, las

que -lamentablemente- no produjeron cambios de las conductas o regulaciones para el tránsito en Uruguay. Recién en 1988, y ante la constatación de un incremento importante en los accidentes de tránsito (eran la tercera causa de muerte, y la primera entre los menores de 45 años), el SMU retomó el tema con énfasis. Así los doctores Alberto Cid y Juan Lavigna se entrevistaron con el ministro de Interior de la época, Dr. Antonio Marchesano. La consecuencia inmediata fue un decreto que imponía el uso obligatorio

**Primer Instituto de Formación Preescolar**  
**Colegio y Liceo Latinoamericano**

Preescolar • Primaria • Secundaria Completa

**50 AÑOS**  
**50 GENERACIONES**  
**Y EL VALOR DE UNA**  
**FORMACIÓN PARA SIEMPRE.**

[www.latinamericano.edu.uy](http://www.latinamericano.edu.uy)

**INSCRIPCIONES ABIERTAS CON CUPOS LIMITADOS**

Para informarse más acerca del Colegio, visítanos o coordine una entrevista llamando al 710 5712 | 710 5806 Echeverría 530 | 532 | 542 Punta Carretas

del cinturón de seguridad en todas las rutas nacionales. Dos años después, nuevamente el SMU a través de dos de sus autoridades, los doctores Graciela Dighiero y Juan Lavigna, promovieron ante el intendente municipal de Montevideo de entonces, Dr. Tabaré Vázquez, la sanción de disposiciones que en lo departamental obligaran al uso del cinturón de seguridad, medida que también fue rápidamente adoptada.

En el último lustro la preocupación por esta problemática siguió estando igualmente viva. En 2001, por citar un caso, se estableció una vinculación más estrecha con InfoVial, una publicación especializada en materia de prevención de accidentes de tránsito. El Comité Ejecutivo del SMU decidió publicar y distribuir la revista InfoVial, dedicada en exclusiva a los médicos.

Todas estas actividades -y otras- tuvieron su punto de encuentro en el Primer Congreso Uruguayo de Seguridad Vial y Medicina de Tránsito, realizado en Montevi-



deo en abril de 2004, y que diera sustento a las propuestas elevadas al Poder Ejecutivo para dotar a nuestro país de una política de Estado en seguridad vial. Sin embargo, los números dicen que todas estas iniciativas no culminaron con una respuesta satisfactoria que permitiera instaurar un sistema racional de prevención y asistencia para abatir drásticamente las cifras de siniestralidad.

Según el Dr. Gerardo Barrios, miembro responsable de la Comisión de Seguridad Vial y Medi-

cina de Tránsito del SMU, “en la base de tal fracaso se encuentra la falta de sensibilización, conocimiento, burocracia y, cuándo no, intereses personales e institucionales que hasta el momento han impedido el desarrollo de las metas propuestas”.

#### ALGO MÁS QUE ACCIDENTES

Pero las emergencias no sólo aparecen en los accidentes de tránsito. El temporal que en agosto azotó a buena parte del sur de Uruguay dejó, además de millonarias pérdidas materiales, innumerables lesiones en personas de distintas edades y, lo que es peor, una decena de muertes incompresibles y, en muchos casos, evitables. “Continuamos dormidos frente a una realidad prevenible y evitable, a pesar de contar con todos los instrumentos útiles para combatirla. Seguimos, a pesar de todo y como médicos, casi exclusivamente dedicados a un papel asistencialista de la enfermedad traumática, que se ha transformado en la peor catástrofe sanitaria, olvidando así el desarrollo de políticas preventivas”, dice el Dr. Barrios en un texto publicado en setiembre en la Red Médica.

El Dr. Barrios, al igual que muchos otros profesionales, está convencido de que no debe haber excusas ante la pasividad, y que la única respuesta debe ser la derivada de la instrumentación de medidas que tornen eficaces las respuestas a las emergencias. Deben encararse soluciones reales mediante las cuales puedan verse resultados, lo que evitaría la diversidad de excusas que sue-

len ponerse en una mesa luego de que acontecen algunos hechos.

“¿Qué medidas hemos instrumentado para corregir errores derivados de tal experiencia para no volver a cometerlos? ¿Estamos siendo capaces de dar respuestas adecuadas a esta realidad?”, se pregunta el Dr. Barrios. “Por la vía de los hechos y difusiones televisivas nos preocupamos en esperar una investigación administrativa con su respectivo informe aclaratorio de Meteorología. ¿Es esta institución la única responsable? ¿Y responsable de qué, de los daños y las cosas? El temporal que azotó a nuestro país en agosto no es distinto al que día a día nos deja la siniestralidad en el tránsito. Ambos son componentes de una misma enfermedad que aún espera una solución”, responde.

#### ACCIONES PREVENTIVAS

Elaborar un Plan Nacional de Salud y Seguridad Vial implica el desarrollo de acciones coordinadas e integradas en un sistema cuyo pilar fundamental será el establecimiento de políticas de promoción de salud y prevención primaria, que requiere el concurso de todos los sectores involucrados.

Pero que tiene en la comunidad a su principal aliado y, por lo tanto, su participación resulta imprescindible. “En este sentido -dice el Dr. Barrios- y a través del SMU es que pretendemos desarrollar un programa que hemos llamado: Médico de Familia = Seguridad de Familia, eslabón imprescindible para abatir las tasas de siniestralidad en nuestro país. Integrado a un próximo Sistema de Prevención y Asistencia a las Emergencias y sustentado en el desarrollo de una formación específica del cuerpo médico nacional en la identificación de los factores de riesgo para la enfermedad traumática”.

Existe una realidad incontestable: la cadena de supervivencia comienza y termina en la comunidad y es ella la única beneficiaria de las posibles acciones preventivas. n

 **Intec** Asociados  
Integradores Tecnológicos

Bussines Partner HP

Departamento Comercial  
915 08 63 al 65  
www.intec.com.uy

Peatonal Sarandí 537, Piso 2  
Tel.: 915 08 63 / 915 08 64 / 915 08 65  
FAX: Int 103