

Organización del socorro médico en situaciones de grandes catástrofes

Prof. D. Vicente Chuliá Campos
Valencia

Introducción

Los poderes públicos, hasta ahora, no han tenido una clara visión del grave problema que significa la aparición de grandes catástrofes, tanto en las provocadas por fenómenos naturales como por causas tecnológicas. En ambas la improvisación ha sido la norma. De un lado la respuesta en socorros médicos ha sido ineficaz, dada la desorganización administrativa, social y económica que todo acontecimiento catastrófico condiciona. De otro lado, la seguridad colectiva ante la aparición de una “zona siniestrada” necesita “organizar” las relaciones entre esta zona y el resto, merced a la canalización de la ayuda exterior. Es pues, la “Protección civil” quien por ley tiene esta responsabilidad. La elaboración de planes generales y específicos, permiten proyectar una movilización de los recursos previamente inventariados, pero casi siempre son incapaces de “definir adecuadamente” la forma de realizar estas operaciones y de coordinar los diferentes medios, en especial en lo que hace referencia al “Nivel sanitario”.

La organización de los “socorros médicos” requiere para este nivel de complejidad de una “logística” y de “tácticas” y técnicas que difieren sensiblemente de los modos de actuación habituales. A lo largo de los últimos años se han puesto en evidencia las dificultades en la “integración” de los medios de ayuda externa, y su “coordinación” en un “mando único”. Las causas son entre otras el desconocimiento mutuo y la falta de actuación en común de los distintos componentes que intervienen. Por tanto, parece evidente que si las medidas eficaces pasan por el “apoyo a las fuerzas locales” y la organización de las “ayudas” que vienen del exterior, se deberá potenciar este aspecto básico. Otros importantes puntos de reflexión son, el mal empleo de los medios de comunicación entre la cadena de mando y la asistencia sanitaria, así como la ausencia de definición de funciones a realizar. Todo ello, naturalmente, disminuye las responsabilidades y dificulta la integración de la “cadena médica de socorro y evacua-

ción” con la cadena de mando central que todo Plan General establece.

De ahí que la realización periódica de ejercicios en forma de “Simulacros” permitan verificar “in situ” la eficacia de las actuaciones médicas en la asistencia y transporte de las víctimas. Se ha puesto igualmente de manifiesto la falta de “unidad de doctrina” entre los diversos profesionales que intervienen en la asistencia a las catástrofes, lo cual significa una ausencia de formación específica para estos aspectos poco considerados de la medicina asistencial. Desgraciadamente la Protección Civil no controla todos los parámetros necesarios para la realización y puesta en práctica de una “nueva doctrina médica” para la asistencia sanitaria a las catástrofes. Esto se explica, en parte, por una insuficiencia en las relaciones con otras administraciones (en especial la Sanidad y Educación) que impiden, al no contar con los profesionales de las distintas Instituciones, realizar una coordinación eficaz. Por tanto en el aspecto sanitario el desarrollo de programas de enseñanza de “Medicina de Catástrofes” es un objetivo a alcanzar entre la Sanidad, la Educación y la Protección Civil. No se trata aquí de crear cuerpos específicos para la lucha frente a las catástrofes, sino más bien de articular e integrar a los participantes activos y después intentar coordinarlos, respetando de un lado la diversidad de los participantes y adaptándose a su propia estructura de funcionamiento habitual. De este modo se puede obtener una mejor coherencia estratégica y una mayor eficacia táctica.

Esta doctrina puede sucintamente resumirse en el siguiente objetivo: lograr una buena organización de la ayuda médica urgente (lo cual supone la implantación de los siguientes subobjetivos).

1. La cualificación y precocidad en la asistencia médica

La salida del médico fuera del recinto hospitalario ha

sido uno de los grandes avances en la disminución de la mortalidad y morbilidad, tanto para asistir a accidentes de tráfico como para los infartos de miocardio, por citar dos claros ejemplos de beneficio social. La realización "in situ" de las modernas técnicas de asistencia han creado una revolución doctrinal con la aparición de un nuevo principio asistencial la "medicalización precoz del socorro y asistencia" con la intervención directa del médico allí donde se da la urgencia. Antiguamente en los Servicios de "Puertas de Urgencias" de los hospitales, los responsables que habían practicado el salvamento de la víctima, la transferían a los que iban a comenzar el tratamiento. Esta imagen ha ido desapareciendo poco a poco tras la implantación de esta revolución tranquila, que supone la "medicalización precoz", sobre los lugares del accidente. Ello ha sido una respuesta lógica de los médicos que, encargados de la asistencia inmediata en las puertas de los hospitales, deploraban a menudo la agravación del estado de los heridos, debido a las condiciones mismas del transporte y la ausencia de diagnóstico y tratamiento precoces.

¿Como es posible que la sociedad ignore que en el periodo de mayor mortalidad los especialistas más cualificados estén encerrados en los hospitales esperando la llegada de las víctimas?

En suma hay que canalizar parte del esfuerzo que la administración está realizando en los "Servicios de Urgencia" hacia el ámbito pre-hospitalario dada la mayor rentabilidad económico-social que entraña.

2. La organización del transporte de las víctimas

Las primeras experiencias de transporte sanitario con presencia del médico durante el mismo, se realizaron en Europa en la década de los 50. Las grandes epidemias de poliomielitis permitieron el desarrollo de la ventilación artificial mecánica y consiguieron traslados con éxito. Tras estas experiencias aparecieron vehículos preparados para llevar asistencia a los accidentes de tráfico o infartos de miocardio, consolidando en unidades móviles de Reanimación adscritas a los hospitales y reguladas por ellos. Gracias a estos progresos pluridisciplinarios se consiguen excelentes resultados.

Como Servicio de ayuda médica urgente, SAMU permite una asistencia médica cualificada, su doctrina, basándose en cinco puntos:

- Toda llamada de petición de asistencia médica urgente exige una respuesta.
- Las peticiones deben ser centralizadas y reguladas médicamente.
- La respuesta debe, por tanto, adecuarse a las características de la petición para lograr eficacia y economía en los métodos puestos en acción.
- Los medios de respuesta humanos y materiales deben ser descentralizados en los distintos hospitales a fin de reducir en lo posible el tiempo de llegada al lugar del accidente.

— La asistencia médica debe ser precoz y continua desde el lugar de recogida hasta el propio hospital.

Esta doctrina traduce la voluntad de los médicos hospitalarios de "salir del propio recinto" para mejor poder asistir a las víctimas.

3. Diferencias entre "salvamento y socorrismo" y "asistencia sanitaria" cualificada

La aplicación del principio de la medicalización precoz de los socorros, hace cambiar el momento en que se realiza la transferencia entre el socorrista y el médico al lugar mismo del accidente. Pero la "asistencia médica" no debe confundirse con el "socorro y salvamento" que consiste en sacar del peligro a la víctima y llevarla a un lugar seguro, acción esta última que requiere de competencias y técnicas muy frecuentemente extramédicas. Realizan salvamentos aquellos que en el mar ayudan a un navío en peligro, o los que en tierra apagan el fuego, o consiguen liberar a una persona atrapada tras el derrumbe de una casa; en cambio para asistir médicamente es necesario la presencia del profesional en el lugar del accidente.

De otro lado los socorristas son en general cuerpos de voluntarios integrados en organizaciones benévolas tales como la Cruz Roja y constituyen el primer eslabón en la cadena asistencial pero necesitan de la asistencia sanitaria médica para cumplir el primer principio de la "medicalización de los socorros". La precocidad en el diagnóstico y la aplicación de técnicas simples pero eficaces, condicionan la calidad del pronóstico. El orientar las víctimas hacia los servicios hospitalarios mejor capacitados, disminuye la mortalidad y sólo un médico capacitado puede realizar una buena clasificación de las víctimas o triage. El orden de valores ha evolucionado y la sociedad da tanta importancia sino más a la precocidad en la asistencia cualificada frente a la rapidez en el socorro.

El cuerpo médico al ser responsable de la "calidad asistencial" y en cierta medida de los "resultados" adquiere un derecho muy particular cual es el de organizar la forma de la asistencia que se considere más eficaz.

Estos dos argumentos justifican la necesidad de confiar a las estructuras "hospitalarias-docentes" la enseñanza de la medicina de urgencia y de catástrofes. Pero la importancia en el desarrollo de esta doctrina contrasta con la pobreza en la regulación de textos por parte de la administración; escasas líneas hacen referencia a los textos en la ley de sanidad, salvo el decreto de la Generalitat 122/1984 por el que se aprueba el Plan de Información y coordinación de urgencias. La ausencia de normativas legales ha favorecido el olvido en el planteamiento de "Sistemas eficaces" de atención a las urgencias.

La Sanidad tiene la obligación moral y legal de su regulación, pero incumple por olvido o por desconocimiento esta grave responsabilidad. Igualmente se ha visto como los hospitales permanecen sin helisuperficies para

poder aceptar el transporte aéreo de las víctimas. Los Servicios de urgencias hospitalarios desconocen las mínimas reglas de asistencia a víctimas numerosas en especial la expansión del “área de urgencias” y el “triage” de las víctimas. Las ambulancias dependen en su mayor parte de organizaciones privadas que realizan periódicamente enfrentamientos con la administración para solicitar mejores rendimientos económicos, mientras que no existe ninguna normativa que las regule en sus prestaciones, como transporte sanitario público.

Del mismo modo no existe ninguna normativa que regule las funciones de estas instituciones tales como Policía o Bomberos en materia de urgencia y socorro. Ambas instituciones poseen un cuerpo médico al que habrá que definir cuales son sus funciones y obligaciones para obtener mayor eficacia. Los niveles de competencia para determinadas misiones y su cualificación, así como la enseñanza del socorrismo en las instituciones serán a nuestro juicio objetivos importantes a alcanzar.

Todo olvido en la puesta en práctica de estos objetivos debemos considerarlo “nefasto” por la pérdida de imagen de los sanitarios que allí trabajan, “costoso” porque no se pueden medicalizar todos los transportes ni substituirlos por socorristas benévolos y “peligroso” porque la propia Protección Civil considera que los bomberos o la Policía son las primeras en acudir a la urgencia, y poseen conocimientos de los primeros gestos de socorrismo, previos al transporte a los hospitales. En cambio los responsables de la Política Sanitaria han tomado tardíamente conciencia de la importancia del problema.

Existen pues dos concepciones contrapuestas entre los que consideran que lo esencial sería el cumplimiento del primer objetivo (medicalización precoz de los socorros) y los que favorecen el desarrollo del socorrismo acompañado de los gestos elementales.

Propuestas

Al considerar que la organización de la asistencia en situación de catástrofe tiene como premisa previa la buena organización de las urgencias cotidianas. Se propone:

— La creación de centros de coordinación de urgencias y sus medios móviles de transporte (unidades SAMU) adscritas a los hospitales, que aumentarán la eficacia en la asistencia urgente. Este aspecto puede ser verificado en los resultados de la unidad SAMU 46.

— La coordinación de estos centros con las otras instituciones que participan en la urgencia, Cruz Roja, Bomberos, Policía, etc. perfilando en una “normativa” la participación de los hospitales en la asistencia médica extrahospitalaria, en especial en la “formación del personal” y la “investigación en este campo”.

— La designación de los distintos responsables médicos, según niveles, para integrarse en los planes generales de Protección Civil ante las catástrofes.

Una doctrina para el empleo de medios extraordinarios en situación de catástrofe

Toda la definición y clasificación de catástrofes, como hechos que aparecen de forma insospechada, y cuyos orígenes pueden ser diversos es aceptable, añadiendo que crean un desequilibrio brutal entre necesidades y medios disponibles, lo cual entraña graves daños para la población.

Necesidad de una coordinación

Lo bien evidente es la necesidad de una coordinación en los recursos para ser más eficaces. Esta carencia se atribuye a la heterogeneidad del medio a emplear y sobre todo a la ausencia de estructuras jerárquicas previamente establecidas.

Ante la importancia de lo que se pone en juego (vidas humanas e infraestructura económica), no produce el menor rubor el denunciar las diversas mezquindades que impiden a diversos niveles, el buen funcionamiento del sistema asistencial. Las causas son diversas, espíritu corporativista en algunos componentes, incomunicación tradicional, envidias diversas que envenenan el mosaico de la posible colaboración en la asistencia a las víctimas, etc. Más aún, aunque las jerarquías entre los distintos grupos funcionan, no existe una subordinación jerárquica entre ellos, pero ningún país ha resuelto aún este problema de forma satisfactoria. Los organismos de protección civil poseen capacidad de movilizar enormes medios cada vez que una catástrofe se produce, pero no existe una organización racional y eficaz para la llegada de los socorros, organización que debe ser “estudiada” “estructurada” y “ensayada” en los “periodos de calma”, lo mismo que se realizan las maniobras militares como mecanismo de defensa, frente a la presencia de un problemático enemigo. Pero si ningún gobierno pone en tela de juicio la realización de tales ejercicios como preparación eficaz de sus fuerzas armadas, casi todos han ignorado el mucho menor esfuerzo económico que representa la realización de simulacros, que permitiría minimizar los efectos de las catástrofes, por cierto “mucho más frecuentes que las guerras”.

Es pues, en la realización de estos “simulacros” en base a los estudios de previsión de riesgos para cada comunidad, donde se pueden poner en práctica las movilizaciones según “planes preestablecidos” de todas las estructuras sanitarias para hacer frente a la catástrofe.

Solamente la existencia de una “doctrina común” en el conjunto puede garantizar la eficacia al menor coste. De esta manera podrán emplearse adecuadamente todos los recursos civiles, militares, públicos y privados.

La protección civil tiene asignados por ley el contribuir a la buena coordinación de los diferentes medios a movilizar. Esta importante misión hace imprescindible el conocimiento profundo de las instituciones a coordinar y la definición de las autoridades involucradas y sus funciones específicas.

Se ha observado con anterioridad en otras catástrofes

que aunque el Presidente del Consell es el que ostenta la autoridad, es en general en la Consellería del Interior donde reside la protección civil y por tanto la que de forma obligada tiene la responsabilidad de la preparación y ejecución de los Planes ante las catástrofes. Sin embargo, para hacer frente a una situación de catástrofe de gran magnitud no siempre va a poseer el "carácter técnico" suficiente para imponer su autoridad sobre otras consellerías que dominarán mejor los aspectos técnicos o tecnológicos de catástrofes. Sólo en estas circunstancias será la autoridad del Presidente del Consell la que pueda asegurar esta misión al hacer cumplir su autoridad.

Elementos de una doctrina única

El carácter heterogéneo de los medios a emplear impone una doctrina única en su utilización y común para todos los participantes a fin de que sobre el lugar, cada hombre sea capaz de integrarse lo más rápido posible en un equipo, a su nivel de competencia sea o no profesional civil o militar.

En el tiempo inmediato a la catástrofe, cualquiera que sea el origen de la misma está marcado por un estado de stress y una inhibición psicológica y técnica, a menudo acompañada de pánico en parte de la población afectada.

En esta fase, los socorros se organizan en verdadera confusión; los profesionales que en ese momento existen, son desbordados por la multiplicidad de peticiones, y se hacen ayudar por socorristas benévolos efímeros y difíciles de coordinar. Es pues, en este ambiente de imposición y sin unidad de mando donde los socorros se organizan espontáneamente y se inician las primeras evacuaciones. Esta situación como toda situación de desorden favorece por algún tiempo la aparición de "líderes espontáneos" hombres de autoridad y decisión pero cuyos niveles de competencia técnica en materia de salvamento no están al nivel de sus personalidades. El amateurismo y el altruismo mal entendidos pueden conducir a menudo a desastres irreversibles en esta fase.

En estas situaciones el problema es saber como pueden ser utilizadas las competencias de los profesionales indemnes a fin de constituir un "núcleo activo" capaz de "desmultiplicar la demanda" y que les permita actuar y preparar la llegada de refuerzos. Los médicos generales no poseen una información en materia de urgencia en catástrofes y no están psicológicamente preparados para ser meros socorristas.

Los cuerpos de policía y bomberos no siempre poseen la formación y los medios necesarios en especial para ciertos riesgos tecnológicos.

En cambio los ciudadanos que han recibido información no dramatizada de los riesgos previsibles en su habitat, sí poseen las nociones de socorrismo que les permitan tomar conciencia de la necesaria solidaridad. Los ejemplos de Japón y de California frente a los seísmos son altamente instructivos.

Frente a las dificultades iniciales en comunicaciones

y la desorganización administrativa de la zona siniestrada, la Protección Civil debe poseer a nivel comunitario la capacidad en la rápida organización de las "columnas de socorro" comportando elementos sanitarios que de forma escalonada van llegando al lugar de la catástrofe. Estas columnas en lo que hace referencia a la Sanidad han sido experimentadas para la evacuación del hospital Francisco de Borja de Gandia.

Parece pues indispensable que cada comunidad posea sus "columnas específicas" compuestas por los distintos medios existentes y operativas en el mínimo tiempo posible. Poco importa que sean diferentes; lo importante es que estén inventariados los recursos y que sean movilizables de inmediato. Además en las que en su territorio exista una fuerte implantación militar, es siempre posible reforzar con los servicios de la Sanidad militar. Lo esencial será siempre que el presidente del Consell pueda movilizar las columnas de socorro de su propia comunidad para responder a una petición de ayuda ante la catástrofe y que al menos una vez por año se proceda a su movilización simulada. La autoridad operativa "in situ" la detentará bien un oficial de sanidad de fuerzas armadas, un médico de Parque de Bomberos o el director médico de las unidades SAMU y constituirá la figura del Director de socorro médico DSM.

Este mando deberá estar designado con anterioridad, así como todos los componentes de la columna de socorro. Vemos en este tipo de organización la posibilidad de asociar como compañeros a los prestatarios de los distintos servicios públicos. Para que este ecumenismo se consiga, será necesaria mucha diplomacia para armonizar estatutos y modos de actuación aceptando el conjunto una cierta forma de militarización, lo cual redundará en mayor competencia, mejor organización jerárquica y menos corporativismo. Toda columna va a depender directamente del centro unificado de coordinación (C.U.C.O.) donde existirá un representante del "área sanitaria" (coordinador de catástrofes) para que la integración en el Plan sea eficaz. Es igualmente comprensible que de este centro va a depender la cadena de mando y la "columna médica" de "socorro y evacuación". La logística permitirá elaborar las estructuras de información y comunicación necesarias para la llegada a los lugares de la catástrofe, permitiendo la sustitución de las "estructuras locales existentes, saturadas o aniquiladas". Todos los medios de intervención pueden ser movilizables y se organizan y reparten sus tareas y permiten la actuación sobre el lugar mismo de la catástrofe.

La movilización operativa va a depender de la magnitud de la catástrofe y de las informaciones que desde el núcleo de la misma le llegan al C.U.C.O., aunque es imprescindible que el Puesto de Mando Avanzado como estructura menor sea capaz de ser operativo precocemente sin la ayuda externa.

Para ello es imprescindible el ejercicio de la "autoridad in situ" lo cual condiciona la calidad y precocidad del

salvamento y asistencia. Este hecho es real y tiene un origen múltiple:

— los diferentes actores pertenecen a estamentos jerárquicos sin equivalencias entre ellos, militares, bomberos, médicos, etc.

— dentro de cada jerarquía, la jerarquía de grado no traducen siempre jerarquía en las competencias correspondientes.

— los distintos símbolos que permiten reconocerla no siempre están claros salvo en la Sanidad Militar. De forma que en el lugar mismo de la catástrofe nadie puede decir que posea una autoridad en competencias, más aún, la catástrofe crea siempre una jerarquía particular, es la que aparece con anterioridad a la llegada de las columnas de socorro. “La peligrosa jerarquía” que parece conferir el derecho natural de haber llegado los primeros. El problema se agrava siempre en el momento de llegada de la ayuda exterior, en especial si no existe símbolos distintivos de autoridad porque los antiguos líderes espontáneos, que tienen una fuerte personalidad, rechazan a veces la autoridad de los nuevos Jefes. Esta situación se ve a menudo con los médicos que soportan mal cualquier jerarquización profesional habida cuenta de que todo profesional de la medicina está convencido de que posee una aptitud natural para hacer frente a las urgencias y catástrofes.

Elaboración de una doctrina única

Propuestas:

— Creación de un grupo de trabajo encargado de establecer y poner al día la lista de los riesgos previsibles para la comunidad, tanto de origen natural como por causas tecnológicas, estudiarlos y combinarlos para poder deducir las conductas a adoptar frente a las posibles catástrofes.

— Realizar un fichero de catástrofes como complemento de lo anterior, investigando tras las catástrofes todos los datos, en fichas señaléticas que permiten establecer su identificación y conocer medios y métodos empleados, así como estimar los resultados obtenidos.

— Creación de un grupo de trabajo para elaborar la doctrina sanitaria en la organización de los socorros y asistencia en situaciones de catástrofe, tanto en la que hace referencia a aspectos puntuales (choque múltiple, en una autopista), como las de orden más general (inundaciones o huracanes). Estos trabajos serían publicados y tendrían conocimiento las diferentes administraciones que van a participar en estos eventos.

— Programación y desarrollo de “unidades civiles de respuesta rápida”, capaces de movilizarse en tiempos cortos cuya misión principal sería la de poder intervenir a distancia como “columna de socorro” a la vez que serían las que conocidos los riesgos de una determinada región poder actuar de forma inmediata al poscer ya los medios adecuados y una cierta especialización de sus efectivos.

— Coordinación de las actividades de organizaciones no gubernamentales cívico-militares.

La actualidad ha puesto en evidencia el número creciente de intervenciones humanitarias con ocasión de diferentes catástrofes que ocurren en el mundo y hay que felicitarse del gran esfuerzo de diferentes organismos en especial la Cruz Roja para llevar ayuda a las poblaciones que han sufrido los efectos devastadores de las catástrofes.

En cambio a esta inmensa buena voluntad se opone a veces una falta de coordinación con los poderes públicos de ahí que nuestra recomendación sería:

— Mejorar la información recíproca.

— Profesionalizar los socorros formando más y mejor al personal.

— Integración de este colectivo en la elaboración de una doctrina única para asistencia a catástrofes.

— Constitución de stocks de material para su utilización inmediata.

Estas recomendaciones no excluyen o minimizan las actividades de las organizaciones no gubernamentales ni el carácter propio de estas asociaciones.

— La normalización de gestos simples pero eficaces, el lenguaje común en la transmisión de la información y un mejor conocimiento de las personas que trabajan en estas asociaciones permitirán a los responsables sanitarios facilitar sus diferentes misiones.

— La consolidación de stocks de material de urgencia y catástrofes.

No existe en el momento actual en toda la Comunidad Valenciana material almacenado para asistir a las catástrofes (al menos en lo que hace referencia a la sanidad). Los poderes públicos necesitan de ello para hacer frente a las necesidades de la población siniestrada, medicamentos, tiendas, mantas, etc. que son reclamados de forma improvisada bajo el atento ojo de los medios de comunicación social. De ahí que la organización interdepartamental sea a nuestro modo de ver una obligación de la Protección Civil para lograr este objetivo.

Conclusiones

Minimizar los efectos de las catástrofes significa el actuar valientemente en dos aspectos esenciales: la prevención cuando ello es posible, y una organización de socorros rápidos y eficaces.

La prevención es posible, pero exige en contrapartida una voluntad política para la inversión que es por otro lado cuantiosa. La organización del socorro y asistencia sanitaria en situación de catástrofe presenta un cierto número de insuficiencias similares, bien es verdad, a los de otros países de nuestro entorno.

Pero el estudio de los acontecimientos ocurridos en los últimos años, nos permite sacar lecciones a aplicar en la práctica. La primera es el intentar “coordinar” al más alto nivel posible los “diversos organismos existentes” a través de la “Protección Civil Comunitaria” tanto en los estamentos sanitarios a través de la Consellería de Sanidad y Consumo y sus organizaciones de respuesta a la catástrofe, “unidades SAMU”, “columnas de socorro”, y los or-

ganismos no gubernamentales, "voluntarios y socorristas de la Cruz Roja", miembros de Protección Civil municipal y comunitaria.

En caso de grandes catástrofes el recurso a las fuerzas armadas será determinante, pues solamente ellos poseen

los diversos materiales indispensables y las personas en número suficiente. Además su organización y su entrenamiento, así como la jerarquización de sus mandos a todos los niveles, son una condición "sine qua non" de eficacia en situación de grave catástrofe nacional o comunitaria.