

**REPUBLICA DEL ECUADOR
SECRETARIA GENERAL DEL CONSEJO
DE SEGURIDAD NACIONAL
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS
NACIONALES**



**XXIII CURSO SUPERIOR DE SEGURIDAD NACIONAL
PARA EL DESARROLLO**

TRABAJO DE INVESTIGACION INDIVIDUAL

LOS ACCIDENTES DE TRANSITO Y LOS SERVICIOS DE SALUD

EN QUITO 1992-1995

DR. WASHINGTON ESTRELLA P. QUITO, 12-JUNIO-1996

1995 - 1996

AGRADECIMIENTO

Al Instituto de Altos Estudios Nacionales, a sus directivos, asesores y profesores, que en base a una férrea disciplina y con testimonios de verdaderos orientadores en el conocimiento de la realidad nacional me han permitido palpar en todas sus formas tanto los logros y avances del quehacer patrio como los lacerantes problemas que agobian a gran parte de la población ecuatoriana que se debate en la angustia de la pobreza y la marginación.

A mi familia por haber tolerado "mi ausencia virtual" durante 10 meses que he tenido que dedicarlos al Instituto y al conocimiento de nuestro Ecuador y de esta manera adquirir mayor conciencia social.

A la Licenciada María Victoria Proaño, asesora del Instituto, por su contribución y comprensión para dirigir la elaboración de la presente tesis.

A todos los compañeros del "XXIII Curso Superior de Seguridad Nacional para el Desarrollo" por haber compartido conmigo momentos de estrés, de solaz y de experiencia.

INDICE

<u>CONTENIDO</u>	<u>PAGINA</u>
<u>CAPITULO I</u>	1
<u>1. MARCO LEGAL</u>	1
<u>1.1 DISPOSICIONES LEGALES Y REGLAMENTARIAS DE TRANSITO</u>	1
<u>1.2. ASPECTOS CONSTITUCIONALES, LEGALES Y REGLAMENTARIOS DE LA SALUD Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD NACIONALES.</u>	4
 <u>CAPITULO II</u>	 11
<u>2. ASPECTOS TEÓRICO-CONCEPTUALES SOBRE LOS ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y SUS CORRELACIONES SOCIO-CULTURALES Y DE SALUD.</u>	 11
 <u>CAPITULO III</u>	 37
<u>3. ESTADISTICA DE LOS ACCIDENTES DE TRANSITO Y LA SALUD DE URGENCIAS EN QUITO</u>	37
<u>3.1. REVISIÓN, DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE LOS ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN QUITO DURANTE EL PERÍODO 1992-1995.</u>	37
<u>3.1.1. LOS ACCIDENTES DE TRANSITO EN EL ECUADOR COMO CONTEXTO DE LA SITUACION LOCAL EN QUITO.</u>	37
<u>3.1.2. LOS ACCIDENTES DE TRANSITO EN PICHINCHA QUITO</u>	46
<u>3.2. REVISIÓN, DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS ESTADÍSTICOS DE SALUD DE URGENCIAS Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD CORRESPONDIENTES.</u>	49

<u>3.2.1.</u>	<u>ESTADÍSTICAS DE SALUD Y LAS URGENCIAS EN EL ECUADOR COMO CONTEXTO DE LA SITUACION LOCAL EN QUITO.</u>	49
<u>3.2.2.</u>	<u>ESTADÍSTICAS DE SALUD Y LAS URGENCIAS EN QUITO.</u>	52
	<u>CAPITULO IV</u>	58
<u>4.</u>	<u>SITUACIÓN ACTUAL DE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LOS PRINCIPALES ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN QUITO.</u>	58
<u>4.1.</u>	<u>LAS URGENCIAS EN EL HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.</u>	62
<u>4.2.</u>	<u>LAS URGENCIAS EN LOS PRINCIPALES HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA</u>	64
<u>4.2.1.</u>	<u>HOSPITAL EUGENIO ESPEJO</u>	65
<u>4.2.2.</u>	<u>HOSPITAL ENRIQUE GARCES</u>	69
<u>4.2.3.</u>	<u>HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ</u>	71
<u>4.2.4.</u>	<u>HOSPITAL DE NIÑOS BACA ORTIZ</u>	75
<u>4.3.</u>	<u>HOSPITAL GENERAL DE LAS FUERZAS ARMADAS</u>	78

<u>CAPITULO V</u>	81
5. <u>DETERMINACIÓN DE LA CAPACIDAD REAL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE QUITO PARA LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE LA SALUD DE URGENCIAS.</u>	81
<u>CAPITULO VI</u>	91
<u>6. CONCLUSIONES</u>	91
6.1. ASPECTOS FAVORABLES.	91
6.2 FACTORES ADVERSOS	99
6.3. RECOMENDACIONES	104
ANEXO Nº 1 (INVESTIGACION DE CAMPO. FORMATO)	111
ANEXO Nº 2 (INVESTIGACION DE CAMPO. HOSPITAL ESPEJO)	114
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	118

INDICE DE CUADROS

<u>CUADROS</u>	<u>PAG.</u>
<u>CUADRO No 1</u> <u>ACCIDENTES DE TRANSITO EN EL ECUADOR</u> <u>SEGUN CLASE Y CAUSA MAS FRECUENTE 1994</u>	<u>38</u>
<u>CUADRO No 2</u> <u>ACCIDENTES DE TRANSITO EN EL ECUADOR</u> <u>SEGUN CLASE MAS FRECUENTE Y EXISTENCIA DE VICTIMAS</u> <u>1994</u>	<u>41</u>
<u>CUADRO No 3</u> <u>VICTIMAS DE ACCIDENTES DE TRANSITO EN EL ECUADOR</u> <u>SEGUN SU CONDICION Y SEXO 1994</u>	<u>42</u>
<u>CUADRO No 4</u> <u>ACCIDENTES DE TRANSITO POR CLASE.</u> <u>PICHINCHA. 1993-1994</u>	<u>46</u>
<u>CUADRO No 5</u> <u>ACCIDENTES DE TRANSITO POR CAUSA</u> <u>PICHINCHA 1993-1994</u>	<u>47</u>
<u>CUADRO No. 6</u> <u>VICTIMAS DE ACCIDENTES DE TRANSITO</u> <u>PICHINCHA 1993-1994</u>	<u>48</u>
<u>CUADRO No 7</u> <u>CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL</u> <u>ECUADOR. 1970</u>	<u>49</u>
<u>CUADRO No 8</u> <u>CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL</u> <u>ECUADOR. 1988</u>	<u>50</u>

<u>CUADRO N^o 9</u>	
<u>CAUSAS DE MORBILIDAD SEGUN EGRESOS HOSPITALARIOS</u>	
<u>ECUADOR 1992-1994</u>	<u>51</u>

<u>CUADRO N^o 10</u>	
<u>CAUSAS DE MORBILIDAD SEGUN EGRESOS HOSPITALARIOS</u>	
<u>ECUADOR: PICHINCHA 1992-1994</u>	<u>53</u>

HOSPITALES Y CLINICAS DE QUITO 1994	61
-------------------------------------	----

INTRODUCCION

El Estado Ecuatoriano garantiza, a través de la Constitución, los derechos fundamentales entre otros, a la vida y al bienestar individual y colectivo, para lo cual ha establecido una serie de instrumentos legales y mecanismos que posibiliten este objetivo ante la serie de amenazas que surgen como producto del conflicto que cada día se agrava como consecuencia del deterioro de la situación familiar y social, ante la presión de grupos hegemónicos. Uno de los problemas que va adquiriendo particular importancia por su magnitud y gravedad es el de los accidentes de tránsito, que se ha convertido en una verdadera epidemia que no reconoce estratos ni condición socio-económica, afectando a numerosas personas, a tal punto que en los últimos 5 años se ha convertido en la primera causa de muerte en la Provincia de Pichincha que es la que presenta el mayor índice de accidentes por esta causa a nivel nacional, con una tasa de 29,2 muertes por cada 100.000 habitantes y el 6,4% del total de muertes registradas en 1991. Quito se está convirtiendo en una de las ciudades más peligrosas y violentas del Continente, abonando a ello los accidentes de tránsito con una frecuencia de 180 accidentes diarios.

La "Ley de Tránsito y Transporte Terrestres" contempla una serie de infracciones tipificadas como delitos con sanciones de hasta 9 años de reclusión menor ordinaria o como contravenciones con sanciones de hasta 15 días, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de tal infracción, sin embargo el proyecto de la "Nueva Ley" continúa sin ser aprobada por el Congreso frente a

fuertes presiones de los choferes profesionales que han logrado el ablandamiento de las penas, que inicialmente contemplaba.

Las instituciones de salud y sus estipulaciones legales establecen la obligatoriedad de la atención médica a todas las personas y la "Ley de derechos y amparo al paciente"(1995) determina los derechos del paciente a: una atención digna y oportuna sin discriminación alguna. Los reglamentos de salud determinan las normas y procedimientos técnico-médicos para la atención de los pacientes, más aún cuando se trata de pacientes en estado de emergencia que requieren de medidas urgentes.

La educación para la salud representa uno de los campos de acción más importantes para combatir el azote de la epidemia de los accidentes de tránsito, por lo cual se han realizado convenios y acciones conjuntas entre el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Educación y Cultura.

En todo el mundo el desarrollo social y el crecimiento económico de los pueblos va acompañado del incremento de los sistemas de transporte, que ahora constituyen un elemento vital para la circulación de personas, bienes y servicios dentro de un proceso de comercialización, industrialización y urbanización mas interrelacionados, que por lo tanto requieren de una infraestructura vial y de transporte cada vez más compleja.

Los accidentes de tránsito exigen ingentes recursos técnicos y humanos que demandan altos costos para la

atención de heridos que muchas veces fallecen o en otros casos quedan discapacitados severamente. El incremento en el consumo de alcohol y otras drogas ha aumentado la frecuencia y gravedad de las lesiones por accidentes de tránsito, estimándose que el alcohol es causa directa de 30-50% de los accidentes graves de tránsito y sus defunciones.

La participación de las autoridades de salud pública tiene que trascender al tradicional ámbito de afrontar las últimas consecuencias de los accidentes: tratar a los lesionados y rehabilitar a los incapacitados, utilizando personal altamente capacitado y moderno equipo con altos costos, para promover estrategias de atención primaria de urgencias y el tratamiento primario de lesiones, la evaluación epidemiológica de los accidentes de tránsito, rol preventivo y de educación sobre el efecto del alcohol y las drogas en los accidentes. En lo concerniente a la educación vial, existen interesantes apuntes, programas y materiales elaborados por el Departamento de Educación Vial de la Dirección Nacional de Tránsito.

En cuanto a los resultados que se están obteniendo con los operativos de control y educación vial, aunque no hay un balance definitivo, se estima que los accidentes se reducen en forma significativa. Además para controlar con mayor efectividad la actitud de los conductores de vehículos, la Policía creará el "Instituto de Investigaciones Viales y Psicotécnicas".

Durante 1994 se han registrado un total de 14.341 accidentes de tránsito, cuyas causas más frecuentes son: embriaguez del conductor, impericia e imprudencia del conductor, exceso de velocidad, mal rebasamiento e

invasión del carril contrario, que juntos representan el 73% del total de causas de accidentes. Esto nos hace pensar que de cada 4 accidentes de tránsito, 3 son causados por la irresponsabilidad de los conductores, siendo otras causas tales como mal estado de las vías o fallas mecánicas de los vehículos un porcentaje mínimo que juntos no llegan ni al 5%. Las clases de accidentes de tránsito que se producen más frecuentemente son: atropello, choque y estrellamiento que juntos llegan al 80% de todos los accidentes. Los choques representan más de la mitad de todos los accidentes de tránsito. La embriaguez, la impericia y el exceso de velocidad causan con mayor frecuencia choques que otras clases de accidentes. Los accidentes de tránsito ocasionan víctimas en el 26% de los casos, de lo cual se deduce que existe una gran variabilidad en la intensidad y gravedad de estos accidentes, que en las tres cuartas partes no ocasionan víctimas.

Al analizar los tipos de accidentes se observa que solamente los atropellamientos ocasionan víctimas en su totalidad, mientras que los volcamientos ocasionan en el 28% de los casos, los estrellamientos en el 14%, y los choques en el 11%. La mayoría de los accidentes no producen víctimas fatales.

Los accidentes de tránsito revisten diversa intensidad y gravedad, los heridos graves tardan varios minutos y hasta horas para ser atendidos, lo que ocasiona una alta mortalidad o discapacidades; los accidentados rara vez reciben atención profesional médica o paramédica en el sitio del accidente, y son movilizados inadecuadamente; no existe un adecuado sistema de registro de accidentes de tránsito que permita realizar

investigaciones epidemiológicas, ni las estadísticas hospitalarias permiten una suficiente evaluación de los mismos, a fin de diseñar planes y acciones específicas para controlar y disminuir sus efectos. No se han realizado investigaciones científicas sobre las repercusiones médico-sociales y económicas que tienen los accidentes de tránsito.

Todos los hospitales del Ministerio de Salud Pública disponen de servicios de urgencias que cuentan con los ambientes mínimos indispensables para la atención de urgencias, sin embargo por la falta de materiales e insumos y de medicamentos, la obsolescencia de la mayor parte de equipos, el deterioro de las instalaciones, falta de ambulancias debidamente equipadas y con personal entrenado para la atención de urgencias y la falta de capacitación y adiestramiento del personal médico, paramédico y de enfermería en la atención de urgencias que está en manos de los estudiantes o médicos jóvenes en formación. Es necesario fortalecer las medidas sociales para detener esta amenaza social, que son los accidentes de tránsito.

CAPITULO I

1. MARCO LEGAL

1.1. DISPOSICIONES LEGALES Y REGLAMENTARIAS DE TRANSITO

Se presume de derecho que la norma legal y reglamentaria es conocida y por lo tanto su desconocimiento no constituye causa de disculpa alguna. La eficiencia de una institución policial no se mide por el número de infractores que captura sino por las infracciones que evita.

La Ley de Tránsito y Transporte Terrestres contiene una serie de requisitos y regulaciones para la conducción de vehículos de motor, cuyos conductores según lo señala el artículo 10 deben tener la calidad de chofer profesional o chofer no profesional(sportman). Las jefaturas provinciales de tránsito y transporte terrestres son organismos de planificación, ejecución y control, encargándose de extender los documentos habilitantes para la conducción y circulación de vehículos. Los Juzgados de Tránsito administran justicia en esta materia y la Policía Nacional ejecutará las resoluciones de todos los organismos correspondientes.

Infracciones de tránsito son las acciones u omisiones que pudiendo ser prevista pero no queridas por el agente se verifican por negligencia, imprudencia o impericia, o por inobservancia de las leyes, reglamentos, ordenanzas de tránsito, o de órdenes legítimas de las

autoridades y agentes de tránsito.

Las infracciones de tránsito se dividen en: 1)delitos o infracciones dolosas punibles que implican sanción penal y el pago de costas, daños y perjuicios. Se incluyen en este caso los accidentes del que resultaren muertas, conlesiones permanenteso temporales una o más personas, daños materiales ocasionados por conducir vehículos en estado de embriaguez o de intoxicación por estupefacientes o drogas psicotrópicas o como consecuencia de negligencia, imprudencia, exceso de velocidad o impericia(que se presume si no tiene autorización de conducción), por cansancio, sueño o malas condiciones físicas del conductor. 2)Contravenciones, que pueden ser de primera, segunda y tercera clase de menor a mayor gravedad, que incluye a peatones y choferes.

El perjudicado en un accidente de tránsito podrá demandar la indemnización por daños y perjuicios, del cual son solidariamente responsables el mecánico y sus ayudantes, si el vehículo se le ha entregado para su arreglo. La contratación de seguro de responsabilidad civil contra terceros para cubrir riesgos de accidentes de tránsito es obligatorio.

Las sanciones aplicables a los delitos de tránsito comprenden la reclusión menor ordinaria de 6 a 9 años, prisión de hasta 5 años, multa de hasta 1 salario mínimo vital y suspensión temporal o definitiva de la autorización para conducir vehículos de motor. Las contravenciones se sancionan con prisión de hasta 15 días, multa de hasta 1/4 del salario mínimo vital y suspensión temporal de la autorización de conducir vehículos de motor. Serán detenidos de inmediato y puestos a órdenes del Juez

Cuando se presume que el conductor de un vehículo que ha ocasionado un accidente de tránsito se encuentra en estado de embriaguez o de intoxicación por drogas psicotrópicas se verificará con exámenes(alcohotex, narcotex y otros). las personas que estén presentes en un accidente de tránsito tienen la obligación de auxiliar a las víctimas.

Las penas de privación de la libertad por delitos de tránsito prescriben en un tiempo igual al de la condena, contado desde que se ejecutorió la sentencia , pero en ningún caso menor a 3 meses; los de contravención prescriben en 90 días; cuando hay solo daños materiales se extingue por remisión de la parte ofendida.

Para la regulación del tránsito y transporte terrestres existen además:

- 1)Reglamento de Aceptaciones concernientes al Tránsito y Transporte Terrestres. R.O. 450 del 14-III/83.
- 2)Reglamento de Documentos de Tránsito. R.O. 637 del 5-III/87.
- 3)Reglamento de Circulación. R.O. 281 del 1-VII/64.
- 4)Reglamento de Señales, Luces y Signos Convencionales de Tránsito. R.O. 362 del 28-X/64.
- 5)Reglamento sobre Conducción de Vehículos bajo Influencia Alcohólica. R.O. 490 del 11-V/83.
- 6) Otros: Capacitación, servicio público de automóviles.

1.2. ASPECTOS CONSTITUCIONALES LEGALES Y REGLAMENTARIOS DE LA SALUD Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD NACIONALES.

La Constitución Política de la República del Ecuador, como la máxima expresión legal del país garantiza a todas las personas, el derecho a la vida, la salud, la seguridad y la atención médica. Además determina la obligación a indemnizar a quién fuere perjudicado por los servicios públicos.

Así en su artículo 14 establece "El derecho a un nivel de vida que asegure la salud, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios", en el artículo 17 "La libertad y seguridad personales" y en el artículo 20 "El Estado y más entidades del sector público estarán obligados a indemnizar a los particulares por los perjuicios que los irrogaren como consecuencia de los servicios públicos o de los actos de sus funcionarios y empleados en el desempeño de sus cargos".

El "Código de la Salud" establece los requisitos necesarios para la creación y funcionamiento de los establecimientos de salud y determina las competencias de la autoridad de salud para regular la atención médica y paramédica. Según el artículo 167 "Atención médica es la aplicación de los recursos técnicos para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los enfermos físicos y mentales, comprendiendo la atención del embarazo y del parto".

La "Ley de derechos y amparo al paciente" promulgada el 20 de Enero de 1995 y publicada en Registro Oficial

626 del 3 de Febrero del mismo año, determina los derechos del paciente a: una atención digna y oportuna sin discriminación, a la confidencialidad, a la información y a decidir la aceptación del tratamiento. Esta ley establece la obligatoriedad de que todos los centros de salud, desde los dispensarios hasta los hospitales, atiendan inmediatamente sin necesidad de pago previo alguno a un paciente en estado de emergencia y determina las sanciones correspondientes por su falta de atención, incluyendo la indemnización y la prisión hasta por 6 años en caso de fallecimiento por desatención.

Según el artículo 7 de esta ley una situación de emergencia "Es toda contingencia de gravedad que afecta a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre aéreo o acuático, accidentes o infortunio en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como las que producen heridas causadas con armas corto-punzantes, de fuego, contundentes o cualquiera otra forma de agresión material".

La "Ley sobre Discapacidades" promulgada el 7 de Agosto de 1992 y publicada en Registro Oficial 996 del 10 de Agosto del mismo año, ampara a las personas con discapacidades físicas, sensoriales o mentales de causa genética, congénita o adquirida, determina las medidas de prevención y atención. El reglamento de esta ley establece programas de prevención de accidentes incluidos los de tránsito, las medidas de control contra el uso

indebido de drogas que incluye al alcohol y la realización de estudios epidemiológicos para conocer los factores de riesgo y causa de las discapacidades.

El Reglamento de Responsabilidades de la Ley Orgánica de Administración Financiera y Control (LOAFYC) determina que los servidores públicos son responsables de los actos ejecutados u omitidos en forma intencional o culposa, directa o indirecta.

Los factores de responsabilidad varían de acuerdo con las normas y estipulaciones existentes, el poder de decisión, la importancia del servicio público y las consecuencias imputables del acto u omisión. La responsabilidad se clasifica por el objeto en: administrativa, civil o penal; por el sujeto en: principal y subsidiaria, directa y solidaria.

El fundamento para establecer la responsabilidad administrativa será la inobservancia de las disposiciones legales y el incumplimiento de las atribuciones y deberes que les competen en razón de sus específicas funciones administrativas como lo señala el artículo 340 de la LOAFYC y la aplicación de las sanciones administrativas previstas en el artículo 376 de esta ley que establece una multa entre S/ 50 y 50.000 con posibilidad de destitución del cargo por incorrecciones. Serán materia de responsabilidad civil los recursos materiales y financieros en los que se concreta el perjuicio, incluida la disposición temporal de recursos.

La acción o actividad positiva del agente o su omisión o sea dejar de hacer algo a lo que se está obligado legalmente puede ser intencional o culposa y dar lugar a sanciones administrativas y civiles, excepto la

omisión intencional (con designio de obtener algún resultado dañoso) que puede dar lugar a sanción penal.

El Ministerio de Salud Pública ha elaborado en Septiembre de 1992 el "Índice de disposiciones legales" emitidas por el portafolio desde 1967 hasta 1992, de la cual se han obtenido algunas bases jurídicas que se relacionan con los servicios de salud, emergencias, educación y discapacidades.

Acuerdo Nº 4599 del 12-02-81, R.O. 402 del 20-03-81 se aprueba el Plan Nacional de Emergencias del Ministerio de Salud Pública y entidades del sector Salud y se crea el Comité Nacional de Salud para emergencias, aprobándose su reglamento, el mismo que se expide con Acuerdo Nº 4663 del 24-02-81 publicado en R.O. 394 del 10-03-81.

Con el Decreto Ejecutivo Nº 241 del 12-02-69, R.O. 126 del 28-02-69 se establecen los requisitos para los servicios de atención médica en el país, a excepción de los consultorios médicos y de clínicas particulares. Con el Acuerdo Nº 4883 del 20-12-71 expídense el reglamento interno de las unidades operativas del Servicio Nacional de Salud, con Acuerdo Nº 3190 del 25-03-74 expídense el Reglamento Nacional de los Servicios de Atención Médica dependientes del Ministerio de Salud Pública, con el Acuerdo Nº 4508 del 10-04-75 expídense el Reglamento Interno de los Centros de Salud Hospital del Ministerio de Salud. Con Decreto Supremo Nº 12005 del 14-06-74, R.O. 882 del 26-07-79 expídense el Reglamento Interno de los Servicios de Salud privados clasificados en servicios de rehabilitación, consultorios, laboratorios de diagnóstico, centros médicos, hospitales privados y en institutos médicos privados. Con Acuerdo Nº 6558 del 11-07-90, R.O. 508 del 27-08-90 se expide el Reglamento para

la calificación de hospitales docentes.

Para el funcionamiento de los establecimientos de salud es necesario, además de disponer de las normas y procedimientos técnico-médicos para la atención de los pacientes, contar con regulaciones referentes a los medicamentos y su uso, más aún cuando se trata de pacientes en estado de emergencia que requieren de medidas urgentes. Mediante Decreto Ejecutivo N^o 2007 del 21-11-90, R.O. 570 del 26-11-90 se establece el Sistema Nacional de Atención Farmacoterapéutica (SINAFAT). Con Decreto Ejecutivo N^o 2740 del 22-09-91, R.O. 778 del 26-09-91 se expide la segunda revisión del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos desagregado por niveles de complejidad, el cual es aprobado por el Decreto Ejecutivo N^o 1337 del 25-11-85, publicado en R.O. 323 del 27-11-85.

Los accidentes de tránsito por su gravedad requieren con mayor frecuencia de la utilización de sangre y de sus derivados. En este sentido con Acuerdo N^o 8664 del 24-10-87, R.O. 794 del 20-10-87 se dispuso que todos los bancos de sangre del país efectúen pruebas para la detección del virus de inmunodeficiencia Humana en forma obligatoria en todas las unidades de sangre y sus derivados, y con Decreto Ejecutivo N^o 3114 del 20-02-92, R.O. 882 del 25-02-92 se expide el Reglamento del Sistema Nacional de Aprovevisionamiento de sangre y derivados.

Las discapacidades que, debido al incremento de los accidentes de tránsito, han aumentado en forma alarmante en los últimos años, han sido objeto de un tratamiento especial por parte del Estado para conferirle un nivel y campo de acción técnico-político muy amplio. El Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS) es un organismo que dicta las políticas, normas y procedimientos para la

atención de los discapacitados y coordina con las demás instituciones públicas y privadas para la implementación de los planes y programas correspondientes.

Con Resolución s/n del 30-04-80, R.O. 236 del 22-07-80 el Consejo Superior Nacional de Tránsito reglamenta la concesión de licencias de manejo y matriculación de vehículos de servicio personal de las personas parapléjicas. La Ley Nº 99 del 28-07-82 publicada en Registro Oficial 301 del 5-08-82 contempla la protección de los minusválidos. Con el Acuerdo Nº 0128 del 15-01-87, R.O 665 del 14-04-87, el Ministerio de Bienestar Social implanta el Registro Unico de minusválidos, el registro institucional y el carné personal de los minusválidos.

En razón de la necesidad de disponer de una instancia del más alto nivel para atender los problemas de conducta que pueden incidir entre otros en los accidentes de tránsito se creó la Dirección Nacional de Salud Mental, mediante Acuerdo Nº 2295 del 9-05-80 publicado en R.O. 193 del 22-05-80, que reformó el Rglamento orgánico-funcional del Ministerio de Salud Pública. Con Acuerdo Nº 9839 del 9-03-88 se aprueban las normas y procedimientos para la atención de las unidades de salud mental especializadas en el tratamiento y rehabilitación de pacientes alcohólicos y fármaco-dependientes.

La educación en salud representa uno de los campos de acción más importantes para combatir el azote de la epidemia de los accidentes de tránsito, por lo cual se han realizado convenios y acciones conjuntas entre el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Educación y Cultura. Mediante Decreto Supremo Nº 35 del 28-02-72 publicado en R.O. 13 del 3-03-72 se crea en Quito la

Comisión Mixta de Salud y Educación y con Decreto Supremo Nº 203 del 7-04-72 se expide su reglamento interno. Con Resolución Interministerial Nº 1023 del 23-04-84 publicado en R.O. 747 del 18-05-84 MSP-MEC se aprueba el Reglamento Interno de la Oficina Técnica Interministerial de Educación para la Salud (OTIDES).

Mediante Acuerdos N^{os} 1477 y 2018-A del 3-03-89 y 26-04-89 se expide el Reglamento Interno para controlar el uso y mantenimiento de las ambulancias

Mediante Acuerdo n^o 2023 del 27 de Abril de 1989, publicado en Registro Oficial n^o 188 del 11 de Mayo del mismo año, se aprueba el Manual de procedimientos para la aplicación del reglamento de servicios de salud privados.

CAPITULO II

2. ASPECTOS TEÓRICO-CONCEPTUALES SOBRE LOS ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y SUS CORRELACIONES SOCIO-CULTURALES Y DE SALUD.

En todo el mundo el desarrollo social y el crecimiento económico de los pueblos va acompañado del incremento de los sistemas de transporte, que ahora constituyen un elemento vital para la circulación de personas, bienes y servicios dentro de un proceso de comercialización, industrialización y urbanización mas interrelacionados, que por lo tanto requieren de una infraestructura vial y de transporte cada vez más compleja.

Este fenómeno de crecimiento del tránsito de vehículos automotores trae aparejados e intrínsecos, graves problemas de congestión, contaminación ambiental del aire por los desechos tóxicos y por el intenso ruido que provocan. Pero hay otros problemas que aunque tienen menor impacto global en la población, afectan a un número creciente de personas provocándoles lesiones y secuelas orgánicas de diversa gravedad cuando no la muerte.

"Al servicio de urgencias llegan gran cantidad de personas accidentadas, entendiéndose por accidente un suceso fortuito del que resulta una lesión reconocible¹". Los accidentes incluyen las violencias, no solo las que son causadas por armas cortopunzantes o de fuego, sino las que son ocasionadas por los accidentes de tránsito, que bien pueden considerarse como una forma de expresión

¹Fajardo 1982. Administración de la Atención Médica. p 482

social de la violencia. La demanda de servicios de salud de urgencias está aumentando ostensiblemente entre otras razones por cuanto el número de accidentes y particularmente los de tránsito se eleva incesantemente día a día. Por esta razón los servicios de urgencias deben ser fácilmente accesibles y distribuidos en forma adecuada.

En la Asamblea Mundial de la Salud realizada en 1976 ya se vislumbró el grave problema de salud pública por las repercusiones epidemiológicas del incremento vertiginoso que los accidentes de tránsito estaban produciendo especialmente entre la población joven, por lo que se fijó los siguientes objetivos:

1) Intercambiar experiencias e informaciones sobre la naturaleza de los problemas de los accidentes de tránsito en los países en desarrollo.

2) Examinar si los métodos establecidos en los países desarrollados para prevenir los accidentes de tránsito pueden ayudar en los países en desarrollo.

3) Fomentar entre los gobiernos la conciencia de las consecuencias que tienen los accidentes de tránsito de carretera para la salud pública y la necesidad de implantar medidas sanitarias destinadas a mejorar la seguridad de las carreteras, educar a la comunidad para que conozcan y respeten las normas y las señales de tránsito: de prevención simbolizadas con el color amarillo tales como aquellas que señalan "curvas", "pare", "proximidad", "de semáforo", "obras", "niños", "zona escolar"; de reglamentación en color rojo tales como "dirección prohibida", "alto", "ceda el paso"; de información y guía en color azul tales como "servicios"

"varios", "puesto de socorro". La realización de campañas de educación vial a través de la difusión de diversos instructivos, manuales y folletos sobre el conductor, el peatón, el alcoholismo y su relación con los accidentes de tránsito y otros.

4) Definir los principios fundamentales para formular políticas de seguridad del tránsito en los órdenes nacional e internacional.

Los accidentes de tránsito exigen ingentes recursos técnicos y humanos que demandan altos costos para la atención de heridos que muchas veces fallecen o en otros casos quedan discapacitados severamente.

En la Conferencia Internacional de la Organización Mundial de la Salud celebrada en México en 1981, entre sus recomendaciones reconoció la necesidad de que cada país adopte un criterio científico en el sentido común profesional y en el juicio político convencional para la elaboración de medidas prácticas de seguridad en el tránsito, considerando los beneficios y los costos de tales medidas.

En aquel año se consideró la diferencia en la escala de motorización y las condiciones particulares en cada país que serían necesarias considerar para la formulación de las políticas y los planes de seguridad en el tránsito.

Sin embargo en años recientes por el proceso de aceleración tecnológica que en la industria automotriz se ha difundido por todo el mundo, no así los mecanismos de seguridad que tardan en ser incorporados en los países en desarrollo, obligan a desarrollar políticas y programas

de prevención y seguridad en las carreteras, determinando la necesidad de personal capacitado y sobre todo las grandes diferencias que en el parque automotor se presentan debido a las condiciones mecánicas de los vehículos, su mayor número de años de vida útil que en nuestro medio representan el más grave riesgo a la seguridad de las personas y finalmente por las irregulares condiciones y la falta de mantenimiento adecuado de las carreteras que tornan difícil e impredecible la ejecución de políticas de tránsito.

En esta Conferencia se analizaron los siguientes aspectos:

1) La Organización de la Seguridad del Tráfico y establecimiento de políticas de transporte mediante la formulación y aplicación de políticas con el compromiso de toda la sociedad y el apoyo del más alto nivel Gubernamental, a fin de que asegurando la asignación de recursos mejoren la seguridad en las carreteras y beneficien a toda la colectividad.

Es necesario aumentar la información sobre las repercusiones sociales y económicas de los accidentes de tránsito para fundamentar las decisiones de grandes inversiones en proyectos de transporte, obras de vialidad y de servicios de salud, incluidos los de rehabilitación.

2) El Desarrollo y perfeccionamiento de los "Sistemas Nacionales de Notificación", que constituyen un sistema normatizado de captación, elaboración, procesamiento y difusión de datos sobre el tránsito, sus accidentes y las circunstancias que rodean a los mismos, considerando los antecedentes penales de los infractores y la normalización técnica de la terminología, para determinar

el panorama general de los accidentes de tránsito, normas y desviaciones, costos y beneficios, control de eficacia de las medidas legales, educativas, de ingeniería y de salud.

Los datos básicos de los accidentes de tránsito deben incluir: circunstancias del accidente, detalle del vehículo, características de las personas afectadas, naturaleza, gravedad y evolución de las lesiones.

-El comportamiento y la educación de los usuarios de las carreteras es el principal factor que contribuye a la mayoría de los accidentes de tránsito, al determinar las condiciones de elección libre y voluntaria, observancia de signos, selección de la velocidad y de los pasos a seguir en determinadas circunstancias como rebasar o cruzar, pero sin dejar de analizar las actitudes culturales fundamentales como la fé o el fatalismo. La educación sobre seguridad para los jóvenes debe empezar en la enseñanza oficial escolar y complementarse con formas de atención primaria de salud.

-La selección y capacitación de los conductores debe ser más rigurosa para obtener mayor seguridad, sustituyendo las multas por los incentivos económicos, los exámenes convencionales por exámenes de comportamiento y criterio para establecer la seguridad y el buen juicio de los conductores, los exámenes médicos deben ser un requisito indispensable.

-En el ambiente vial es necesario que los ingenieros diseñen y construyan carreteras que eviten situaciones ambiguas e inesperadas, en intersecciones, material de autopistas, indicaciones y señales, prestación de servicios y control de obras de conservación y

reparación, compatibilizando en los países en desarrollo, la restricción de recursos y el menor flujo vehicular con la necesidad de aplicar altas normas de diseño y seguridad pero considerando las diferencias entre los problemas de las zonas urbanas y rurales, entre los diversos tipos de vehículos y la topografía de cada área y las mejoras de bajo costo tales como las mejores marcas, canalizaciones y señales, frente a los beneficios tangibles e intangibles que éstos representan.

-Los factores de seguridad en el diseño de vehículos deben incluir las necesidades de los países en desarrollo, aunque la economía no permite en muchos casos aplicarlos enseguida. La conservación de los vehículos en los países en desarrollo plantea algunos problemas particulares como la escasez de repuestos, sus altos costos, la calidad inferior de sustitutos o improvisadas piezas y la necesidad de prolongar por muchos años la vida útil de los vehículos, problemas que no han sido evaluados como causa de accidentes de tránsito pero que son fácilmente deducibles su importancia concausal.

-La tecnología apropiada para proteger contra lesiones o prevenirlas debe ir paralela con el progreso técnico y el incremento de la potencia de los vehículos, que ha incrementado la gravedad de las lesiones por traumatismos craneales y medulares que ocasionan paraplejas y hemiplejas, cuyos altísimos costos y prolongados períodos de tratamiento y recuperación desvían recursos y tecnología de los servicios de salud, que por otra parte deben participar en medidas sanitarias tales como: fomento de estudios epidemiológicos sobre los accidentes de tránsito, mejoramiento de los sistemas de notificación y control, y organización de programas de educación y prevención. Con todas estas acciones es necesario

implantar políticas nacionales de seguridad en el tránsito, que además incluyan medidas simples y prácticas tales como el uso obligatorio de los cinturones de seguridad en los vehículos, cascos entre los motociclistas, medidas que han reducido entre el 30 y 50% de lesiones graves o fatales.

-El incremento en el consumo de alcohol y otras drogas ha aumentado la frecuencia y gravedad de las lesiones por accidentes de tránsito, estimándose que el alcohol es causa directa de 30-50% de los accidentes graves de tránsito y sus defunciones. La determinación de alcohol en la sangre debe ser una rutina de fácil aplicación. Se ha comprobado que una concentración tan baja como de 50 mg/100 ml. puede incapacitar y entre 50-80 mg / 100 ml. aumenta significativamente el riesgo de sufrir un accidente.

-La legislación y la aplicación de las leyes en la medida que producen cambios de conducta y generan futuras leyes es un proceso dinámico de control que amerita actualizarse constantemente, incluir normas técnicas de planificación de carreteras, uso y explotación de la tierra, urbanización y arterias viales, medidas sobre la construcción y uso de los vehículos entre otras. Para la aplicación de las leyes se considera el principio de que el castigo sea apropiado y siga la sentencia de una infracción a la seguridad y no como una categoría diferente a la de los delitos graves y que se exija el cumplimiento de medidas simples como el uso de las luces reglamentarias en los vehículos. La cooperación internacional que en esta conferencia se mencionó brevemente sobre la necesidad de adoptar universalmente el Convenio sobre tráfico de Ginebra en 1968, ahora por el proceso de globalización e integración en el que

estamos inmersos se hace necesario actualizar la legislación del tránsito internacional.

-La fragmentación en la responsabilidad para la organización y gestión de los programas de seguridad del tráfico hacen necesaria la conformación de un Consejo Nacional de Seguridad del Tráfico que coordine las acciones de las instituciones de Policía, Salud y Educación, para formular y ejecutar acciones integrales de seguridad en el tránsito vehicular.

-La participación de las autoridades de salud pública tiene que trascender al tradicional ámbito de afrontar las últimas consecuencias de los accidentes: tratar a los lesionados y rehabilitar a los incapacitados, utilizando personal altamente capacitado y moderno equipo con altos costos, para promover estrategias de atención primaria de urgencias y el tratamiento primario de lesiones, la evaluación epidemiológica de los accidentes de tránsito, rol preventivo y de educación sobre el efecto del alcohol y las drogas en los accidentes, la cooperación intersectorial e internacional, promoviendo el "Año Internacional de la Seguridad en el tráfico".

Según De Vértiz, en su obra Accidentes de tránsito sus problemas sociales y jurídicos 1969, "no hay en los tiempos actuales, posibilidad alguna de comodidad y progreso, si no interviene el transporte en su función social de acercamiento"², sin embargo despierta polémica y un razonable cuestionamiento sobre el hecho de que las leyes podrían estar limitando las ventajas del transporte referentes a la velocidad y rapidez con que puede

²DE VERTIZ RICARDO

1969 Accidentes de tránsito sus problemas sociales y jurídicos: p 13 Buenos Aires Argentina EDIAR.

interrelacionar a las personas, los servicios y la disponibilidad de los productos cuando este factor es el que desencadena efectos perniciosos de mayor gravedad y frecuencia de accidentes de tránsito.

Los medios de comunicación y entre ellos el transporte convierten a las sociedades e individuos en interdependientes, que requiere tolerancia pero en forma reglamentada de tal forma que se cumpla el principio universal de que la libertad de uno termina donde empieza el derecho de los demás y dar paso al curso de la historia que señala progresos tecnológicos acompañado de efectos colaterales adversos así como un medicamento que cura o alivia trae aparejado efectos negativos que tienen que ser tolerados o contrarrestados.

El proceso de urbanización es un fenómeno mundial que afecta con mayor incidencia a las grandes ciudades de los países en desarrollo cuyo crecimiento no ha sido proporcionado al resto de la nación y mas bién ha sido el receptáculo de un proceso migratorio de las zonas rurales a las urbes que "en términos culturales representan un injerto extraño y destructivo" según Diekstra 1988³.

En la era actual caracterizada por la aceleración de los procesos y por la demanda paradójica de tiempo, las personas están sujetas a la tecnología y rapidez de la comunicación y del transporte, que empero le han traído una serie de problemas sociales. Hay actividades que demandan del transporte en diversas formas y prioridades, que tienen diferente connotación entre los individuos: Una madre que está en labor de parto, un paciente que ha sufrido una afección grave que requiere de atención

³Salud Mundial Junio de 1988 p 18.

médica inmediata como por ejemplo un infarto cardíaco, una hemorragia cerebral, el médico que se traslada de urgencia al hospital a prestar sus servicios, la ambulancia que acude a una llamada de urgencia, la autopatrulla o la motobomba que se dirige para atender casos de auxilio. En todos estos casos es común la imperiosa necesidad de una movilización rápida.

El profesional que se dirige a su oficina, el taxista que conduce en forma dilatoria a un pasajero, el frenético chofer de un autobus que está preocupado en repletar su unidad, el desaprensivo conductor que lleva una carga sin las debidas seguridades, el adolescente que hace gala de sus malabares automovilísticos y el conductor en estado de ebriedad que convertido en proyectil termina provocando grandes destrozos materiales y en homicida encubierto, configuran un mosaico de actitudes y efectos.

"Los accidentes de tránsito han sido una de las causas de mortalidad y de lesiones que ha venido aumentando progresivamente en los últimos años debido al crecimiento demográfico y el número de vehículos circulantes" ⁴. Este aumento de la población y el incremento incontrolado del número de vehículos que en nuestro país y en la ciudad de Quito ha sido más notorio en el último lustro por la apertura de las importaciones ha producido un aumento consecuente de los accidentes de tránsito; sin embargo de que ya se han señalado algunas medidas de carácter educativo y de tipo legal tales como la educación vial y el endurecimiento de las penas que actualmente son motivo de controversias y una tenaz oposición por parte de los choferes profesionales que ven

⁴Barquín 1986 Dirección de Hospitales p 107

amenazados su estabilidad y su trabajo al considerar que las sanciones son desmedidas frente a las infracciones cometidas. Por esta razón el proyecto de la nueva Ley de Tránsito, que en esencia contempla sanciones pecuniarias y penales más severas, aún no ha sido aprobado por el Congreso.

Según lo señala el editorial "Nueva Ley de tránsito" del diario El Comercio del 7 de Junio de 1995 el endurecimiento de las penas pudiera disuadir la violencia entre los conductores⁵. Por esta reflexión es importante dar énfasis a la educación vial y por ello una medida acertada en nuestro país, ha sido incluir en el Consejo Nacional de Tránsito al Ministro de Educación, que será el promotor de un proceso educativo que fortalezca o rectifique el comportamiento social. En este aspecto se debe insistir en uno de los factores más frecuentemente vinculados con los accidentes de tránsito: el alcoholismo, que según los datos de los juzgados de Tránsito de Pichíncha durante 1995 llegaron al 50%(250 casos) de las denuncias de esta índole.

Algunas otras medidas que si bien es cierto existen, no han sido motivo de una implantación sistemática y continua: capacitación técnica del personal de tránsito y de todos los choferes profesionales y sportman así como su control periódico técnico, médico y psicológico, inspección periódica de los vehículos y retiro de circulación de aquellos que no están en condiciones

⁵ La materia de tránsito es bastante compleja y la finalidad de la ley es la prevención de los accidentes que muchas veces terminan en tragedias; siendo el vehículo un peligro potencial el agravamiento de las penas puede inducir a conductores y peatones a respetar las normas y su propia vida.

mecánicas mínimamente aceptables o de cierta antigüedad, aumento de la señalización de las vías y sincronización de los semáforos, implantación progresiva de los seguros de tránsito para el amparo de la protección civil de los conductores y la atención a las víctimas de accidentes.

Los semáforos en nuestra ciudad no son suficientes, un buen número de ellos deficientemente instalados o vetustos que es difícil sincronizarlos y aunque parezca insólito se los pone en funcionamiento con un palo de escoba, tienen algunos de ellos defectos de funcionamiento que señalan luz verde en las dos direcciones simultáneamente, habiendo sido la causa de graves accidentes. El considerable aumento del parque automotor, la estrechez de las calles céntricas de la ciudad, la ocupación autorizada o no de sus costados, provocan grandes y costosas congestiones del flujo vehicular, lo que unido al mal comportamiento de conductores y peatones producen una anarquía total del tránsito que amerita una transformación en sus políticas y administración. Con la conformación del Distrito Metropolitano de Quito se abre una buena posibilidad para el manejo descentralizado del tránsito, coordinando acciones con la Policía Nacional.

Es importante no descuidar las normas de seguridad vial en el diseño y construcción de las carreteras, tomando especial cuidado aquellas de alta velocidad, cruces de vías en donde se producen un gran número de accidentes, por lo que debe evaluarse la posibilidad de realizar pasos a desnivel, que además agilitan el flujo vehicular.

A los vacíos de la Justicia y a las falencias de la educación en todos sus niveles escolar y familiar

principalmente, se unen la irresponsabilidad personal y el cohecho para agudizar e incrementar el número de accidentes de tránsito, asociados muchas veces a conductores en estado de ebriedad. "¿Podría ocurrírsele a alguien salir a la calle dispuesto a dar muerte a la persona o personas que aparezcan en su camino?" menciona un diario capitalino ⁶.

Sin embargo, ésto es lo que ocurre a menudo, como lo señalan una serie de reportes y noticias que aparecen casi a diario en los periódicos nacionales y locales: "Verónica Andrade falleció atropellada en la 10 de Agosto y Rumipamba, sitio de gran concurrenncia peatonal que amerita mucha precaución. El vehículo la arrastró 25 metros y la lanzó contra el asfalto...Venía con las luces apagadas y apareció repentinamente, sino no hubiera cruzado, afirmó su amiga Sofia". (Periódico HOY: 10 de Febrero de 1996). Este caso nos hace reflexionar en una serie de hechos y circunstancias que acompañan a la mayoría de casos de atropellamiento, en la que confluyen la irresponsabilidad, negligencia e imprudencia tanto de conductores como de peatones y por otra parte la necesidad de conocer los sitios de la ciudad en los que los accidentes de tránsito son más frecuentes como es precisamente este lugar, en donde se han suscitado numerosos accidentes de tránsito y especialmente atropellamientos o arrollamientos que han provocado muertos y heridos graves. Este sitio es muy visible y posibilita maniobras que podían evitar el accidente si es que se tomaban las debidas precauciones y se conducía con prudencia y a una velocidad razonable, considerando que en zonas peatonales se debe disminuir la velocidad. Otro

⁶ Editorial Accidentes y Embriaguez de El Comercio del 1 de Mayo de 1995.

caso, aparecido en el periódico HOY del 21 de Marzo de 1996: "En la 10 de Agosto y Las Casas un auto arrolló a un hombre y siguió su camino". Un atropellado más que se agrega a los fríos datos estadísticos, pero que reflejan esta ya cotidiana realidad nuestra que corre el riesgo de provocar malos hábitos como éste de abandonar a la víctima, agregando una muestra de inhumanidad a la grave infracción cometida, que puede ser consecuencia de la confusión o susto que los induce a actuar con insensatez, pero que es necesario combatirla con una constante educación vial y adecuada concientización, pues no existe una "cultura del conductor ni del peatón, que proteja la vida, por lo que cualquier persona que sale a caminar por la ciudad arriesga su vida. En contraposición a estos dolorosos casos con víctimas fatales que ciegan vidas valiosas, cuyo costo social como veremos más adelante es invaluable pero pueden ser cuantificadas y analizadas frente a la relación beneficio/costo que representa prevenir estos accidentes, se expone el caso de un accidente evitado, que apareció en El Comercio del 4 de Febrero de 1996, apenas una semana antes del caso mencionado anteriormente ⁷. En este caso es necesario resaltar la organización del Sistema Metropolitano de Transporte recientemente instaurado en la ciudad, conformado por los trolebuses impulsados por energía eléctrica -no contaminante- y que cuenta con inspectores de recorrido que disponen de radio, que en esta ocasión uno de ellos coordinó las acciones necesarias para evitar el accidente que habría ocurrido. Pero hace pocas semanas ocurrió el atropellamiento de 3 personas por el trolebus cerca del Terminal Sur, lo cual nos hace

⁷ El choque pudo ser evitado en esta ocasión. Viernes 19h10, en la intersección de las calles Guayaquil y Manabí, cuando un trolebus se detuvo ante un motociclista que invadió su carril....

concluir una vez más que es necesario el concurso de toda la ciudadanía para evitar los accidentes de tránsito. La Policía Nacional y el Distrito Metropolitano de la ciudad están colaborando estrechamente en una serie de proyectos que tienen relación con la seguridad ciudadana: tránsito y transporte, trolebus, descontaminación ambiental, control delincencial y expendio de bebidas alcohólicas. Por su parte la Policía realiza constantemente campañas y operativos de control y evaluación de los accidentes de tránsito.

En cuanto a los resultados que se están obteniendo con los operativos de control y educación vial, aunque no hay un balance definitivo, los accidentes se redujeron el 30% en el mes de Febrero, siendo el alcohol el causante del 40% de los accidentes de tránsito que suceden en la ciudad, registrándose 65 heridos. Cuando hay días festivos y más aún cuando son varios días seguidos o temporadas como en carnaval o semana santa aumentan ostensiblemente los accidentes de tránsito, así entre el 17 y 20 de Febrero del presente año se produjeron 19 accidentes de tránsito por conducir ebrios, siendo detenidos 63 conductores. Con la resolución Municipal para el control de venta de las bebidas alcohólicas, la Policía y la Cruz Roja coinciden en señalar que el porcentaje de los accidentes de tránsito ha disminuido a un 30%; los fines de semana se producían hasta hace poco 15 víctimas en la ciudad y ahora 5 víctimas.

Para controlar con mayor efectividad la actitud de los conductores de vehículos, la Policía creará el Instituto de Investigaciones Viales y Psicotécnicas, que contará con personal de médicos, psicólogos e ingenieros para realizar estudios sico-sensoriales, de deficiencias mentales y nerviosas o fallas ósteo-musculares que pueden

ser la causa de reacciones inadecuadas o inoportunas durante la conducción vehicular. De esta manera se podrá tener elementos técnico-científicos para calificar a los conductores aptos.

Un aspecto que está siendo considerado por el Ministerio de Salud Pública durante el presente año es el relacionado con el proyecto de creación de una red de emergencias que mediante la acción coordinada entre los establecimientos de salud existentes debidamente fortalecidos, un sistema de comunicaciones y la dotación de ambulancias debidamente equipadas y con personal paramédico entrenado, se atenderá en forma oportuna y adecuada los casos de accidentes.

Es interesante conocer el influjo de la modernización y el estrés que conllevan al impulsar una mayor interrelación social entre los individuos, lo cual ha conducido al aumento preocupante de enfermedades crónico-degenerativas y las denominadas "enfermedades de la civilización" ^e.

Como lo señala Fernando Carrión en el artículo(editorial) San Viernes del periódico HOY del 10 de Febrero de 1996 la violencia generada por el alcoholismo es causa de ingentes pérdidas económicas para todos los países del mundo, no solamente por el costo de las medidas adicionales de seguridad a las que se tiene necesidad de recurrir, sino por las repercusiones que la inseguridad trae consigo como el alejamiento de las

^e Otras propias del deterioro moderno en la calidad de vida como las enfermedades isquémicas del corazón, las cerebro-vasculares e hipertensión arterial y los accidentes de tránsito. Brehil 1990 El deterioro de la vida. p 56.

inversiones. En el caso del tránsito se evidencia una vez más la estrecha asociación del alcoholismo, que es estimulada por la sociedad ante la negligencia o complicidad de las autoridades y los accidentes. Así señala Carrión que la ciudad no sale todavía de la conmoción producida por los múltiples homicidios acaecidos recientemente en la avenida González Suárez, Plaza de Santo Domingo, fiestas de Quito, Navidad y año nuevo, en los que el común denominador fué el consumo de alcohol. Estos hechos nos demuestran que se están creando las condiciones de una sociedad de violencia, debido, entre otros factores, al alto nivel de alcoholismo que tiene nuestra sociedad. El alcohol es más fácil comprar que las medicinas: hay más licorerías que farmacias y su venta no tiene restricción alguna: ni de edad, de hora o de local. Según información del Municipio de Quito hay 11.439 licorerías y 860 farmacias, curiosamente distribuidas en relación a la segregación urbana.

Más licorerías en los barrios populares y más farmacias en los barrios de altos ingresos. Es que existe una clara correlación entre el consumo de alcohol y los actos delictivos y las transgresiones a las leyes de tránsito, que también se observa en los países más violentos de la región que son los que mayor incremento del consumo de alcohol tienen. En el decenio anterior aumentó el consumo de alcohol en 7% para Colombia, el 11% para México, 16% para Panamá y de 31% para Brasil, que son los países con mayores tasas de homicidios en la región. Según Carrión (1996) en el país la asociación entre consumo de alcohol y accidentes de tránsito y violencia es muy clara⁹. El Ecuador tiene la tasa más

⁹ Más del 50% de la violencia doméstica y el 23% de los accidentes de tránsito están asociados al consumo de alcohol. Periódico "Hoy" 10 de Febrero de 1996.

alta de América Latina con 555 defunciones por cien mil vehículos. Nicaragua es el país que le sigue con 489, Estados Unidos tiene 25, Argentina 54, México 141, Perú 132 y Colombia 331. En cuanto a homicidios, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ecuador ocupa un lugar medio en América Latina. Tiene una tasa de 11 homicidios por cien mil habitantes, mientras Perú cuenta con 11.5 y Colombia, que es la mayor, cuenta con 77.5.

Los efectos de la violencia se evidencian también en la contracción que produce en ciertas actividades económicas como el comercio o el turismo, sea por la disminución de la demanda o por la necesidad de contratar esquemas de seguridad. Es más, según información del Banco Mundial, para Colombia, el Ministerio de Salud estimó que en 1993 la violencia causó pérdidas por US \$ 1,250 millones; en gastos de atención a heridos por violencia gastó casi US \$ 100 millones en ese año, lo que podría asegurar la vacunación completa de los niños colombianos en los próximos 20 años. En Estados Unidos el costo del crimen llegó a la cifra de US \$ 425 billones por año, distribuida así: US \$ 90 billones en la justicia criminal (policía, cortes, prisiones); US \$ 65 billones en protección privada (alarmas, guardias privados, sistemas de seguridad); US \$ 50 billones por deterioro urbano (costos de empleos y migración de residentes): US \$ 45 billones de bienes robados; US \$ 5 billones de tratamiento de víctimas y US \$ 170 billones de pérdidas por muertes y vidas destruidas. El costo de un caso de violación sexual es de alrededor de US \$ 54.000, de los cuales el 15% son costos directos.

Sin duda que este conjunto de información invalida los argumentos esgrimidos por los propietarios de los

lugares de expendio y consumo de bebidas alcohólicas, a propósito de la nueva ordenanza de prevención de la violencia dictada por el Concejo Metropolitano de Quito.

Si en el país una de las principales causas de homicidios y de accidentes de tránsito es el nivel de alcohol, es procedente y correcto regular tal situación. Pero también es muy importante que los municipios empiecen a asumir el tema, porque de esta manera la concepción exclusivamente policiaca empezará a tener un sello cívico, que tiende a fortalecer los mecanismos de socialización, solidaridad y de lo público propio de las ciudades.

El tránsito se está convirtiendo en un reflejo de la sociedad actual con todas sus debilidades, inestabilidad y violencia, como lo señala Kintto Lucas en el periódico HOY del 3 de Julio de 1995 al relatar las diversas y antagónicas actitudes de conductores y peatones en las calles o carreteras, que generan agresividad y desconcierto: "Un conductor que luego de ocasionar el rozamiento de otro vehículo rompiéndole un faro, reacciona con risas ante el reclamo de la conductora afectada" ¹⁰, expresa el grado de deterioro social y de valores al que hemos llegado y que muchas veces genera

¹⁰ El Lada iba por la Shyris en sentido Norte-Sur, al llegar al redondel de la Shyris con la Naciones Unidas detiene esperando que pasen los carros que vienen por esa avenida, de pronto una camioneta negra de placas PLE-741 pasa por el lado izquierdo rompiendo el faro del Lada y sigue a gran velocidad. La conductora del carro, luego de sentir el impacto sigue atrás de la camioneta hasta alcanzarla en la Shyris y Portugal. Allí se baja y le reclama al conductor de la camioneta, quien simplemente se ríe y se marcha sin hacer caso. Kintto Lucas "Hoy" del 3 de Julio de 1995.

hasta agresión física y atentados contra la vida misma. La realidad de las calles es, sin lugar a dudas, el mejor espejo en que debemos mirarnos. Y ahí están los conductores que se creen más hombres cuando van a altas velocidades; cuando se pasan un semáforo en rojo; cuando insultan a una mujer; cuando pitan al de adelante para que se apure, para que nos ceda paso, para que se adelante a un peatón...

Ahí están los jóvenes mostrando sus autos en carreras, mientras toman sus tragos; los buseros que maltratan a los pasajeros y sintiéndose dueños de las calles se lanzan en competencia con los demás buses o sobre los demás vehículos, los peatones obligados a insultar a un loco que casi los atropella; los guardias permisivos con los buseros que le pasan algunos sures por debajo.

Todo esto refleja una sociedad carcomida por el consumismo y el mercado, la tensión y el nerviosismo, los traumas de la gente, las frustraciones y complejos que le trastornan frente al volante. Si no hay cambios en la sociedad, en lo que tiene que ver con la forma de relacionarse entre sí, nunca habrá solución a la situación del tránsito ni a los problemas sociales que tanto nos aquejan. Eso no quiere decir, que no sean urgentes las medidas para que la policía controle a los infractores y deje de hacerse de la vista gorda y que se tomen las medidas técnicas necesarias para mejorar el tránsito. Una cosa no está separada de la otra y por algo hay que empezar.

De esta manera Quito se está convirtiendo en una de las ciudades más peligrosas y violentas del Continente, abonando a ello los accidentes de tránsito con una frecuencia de 180 accidentes diarios, porque, si en Cali se puede morir por culpa de una bomba imprevista, o en

Lima por un asaltante cobarde, en Quito se muere porque a un conductor cualquiera le dió la gana de violar una señal de tránsito. Según los informes de la Policía, se detuvieron a 7.323 personas por estos accidentes, de los que 1.056 eran ebrios, 1.043 eran indocumentados y menores de edad), mientras que 4.864 eran simplemente, imprudentes. Es decir, la imprudencia al volante le gana en accidentes al alcohol. La actitud de los choferes es comunmente de irrespeto y descortesía. Por ejemplo, se registra conductores que no respetan la señal de "no estacionar", inclusive en las paradas de buses, con lo que se arriesgan a que una buseta se les incruste por detrás; virar en "U" en sitios prohibidos, motocicletas de los mensajeros que para ganar tiempo se deslizan entre los autos, cuando deben ocupar un carril como un auto cualquiera, y cuyos pilotos no usan casco. Los buses encabezan el caos y el desorden del tránsito: Paran en cada esquina, recogen gente en medio de la vía, invaden el carril izquierdo y compiten contra los buses de otras cooperativa.

En resumen como lo señala el diario HOY del 15 de Enero de 1996 el problema del transporte es vital en el país. A él está ligado no solo el desarrollo de la economía en general sino también la política presupuestaria y energética, pues desde 1992 buena parte de los recursos presupuestarios provienen de los impuestos que se cobran en el consumo de derivados del petróleo, lo que ha determinado que en el caso del diesel su precio oscile desde 10 centavos de dólar en galón en 1959 hasta un dólar 14 centavos actualmente. Con el crecimiento del parque automotor no se ha dado, lamentablemente, una legislación actualizada para reorganizar el sector transporte a fin de que la actual insuficiencia de infraestructura vial se adapte por los menos

transitoriamente a la nueva realidad. Esto afecta a todos los ecuatorianos, porque la movilización se ha complicado sobre todo en las grandes urbes y los accidentes se incrementan, siendo importante destacar que un 63% de aquellos lo causan vehículos particulares, un 10% los de servicios públicos, mientras los vehículos del Estado incluyendo municipios representan el 27% y a este último respecto bien haría la Contraloría en demandar indemnizaciones a los responsables de aquellos accidentes sea cual fuese su origen.

Finalmente, es preocupante la composición de la red vial del país y el hecho de que en el presupuesto de 1996 las asignaciones para tal sector se reduzcan considerablemente, puesto que si bien en términos absolutos se incrementan en 4,3%, frente un inflación del 23% se da un decrecimiento real de más del 18%. Esta situación determinó que más de 26 mil kilómetros de caminos vecinales que constituyen el 60% de la red vial se vuelvan intransitables sobre todo en las estaciones invernales, pues incluso la red principal de casi 6 mil kilómetros se deteriora en tasas mayores a su crecimiento o mejoramiento. El Gobierno ha concedido cupos para importar libres de impuestos: 2.300 taxis, 300 camionetas doble cabina para la Amazonía, 1.000 camionetas para las zonas urbanas, 1.000 buses para el transporte interprovincial y 1.000 camiones de transporte pesado ha satisfecho aparentemente las demandas de los choferes profesionales que han venido protestando por la política de elevación de precios de combustibles e incluso de subsidios ante la imposibilidad política de liberar las tarifas de transporte popular y, la protesta que suele darse por los usuarios cuando dichas tarifas se elevan. El gobierno deberá sortear, al poner en ejecución la medida antedicha, ciertos problemas

derivados de sus obligaciones a nivel del Grupo Andino, pues el convenio de complementación automotriz que es un apéndice de las normas que rigen el arancel externo común señala en forma general que los buses deben pagar un 10% de arancel, los vehículos livianos un 35% y los CKD(conjunto de partes de un automotor) un 3%.

Sin embargo, cabe recordar que el 17 de abril del año pasado el Plenario de las Comisiones Legislativas, mediante ley, amplió el plazo de exoneración de impuestos a la importación de vehículos de transporte urbano de pasajeros hasta el 9 de Agosto de 1996, endosándose al nuevo gobierno el problema de la aplicación interna de las normas antes señaladas en el convenio de complementación automotriz y del arancel externo común. Esta ley exonera de tributos no solo a los buses carrozados así como chasis y conjuntos CKD, sino también a las materias primas y componentes de carrocerías y comprende la totalidad de derechos arancelarios, tasas de servicios aduaneros e impuestos al valor agregado y favorece a vehículos importados y buses o carrocerías de fabricación nacional.

Con todas estas prebendas que se han concedido a los choferes profesionales, lamentablemente las presiones políticas que siguen ejerciendo los sindicatos de choferes profesionales del Ecuador sobre los diputados y especialmente de la Comisión de Transporte del Congreso Nacional, que están analizando la Nueva Ley de tránsito, han provocado dilaciones y obstrucciones que no han permitido que esta ley sea aprobada en forma consciente, responsable, diligente y sin ingerencias de grupos interesados en sus propios beneficios y no en el bienestar y seguridad de la colectividad. De esta manera se explica que hasta la presente fecha la nueva ley de

tránsito continúe en el Congreso sin ser aprobada y más bien siga sujeta a una serie de cambios que le están disminuyendo la severidad de las penas que contemplaba el proyecto original destinado a controlar con mayor efectividad las múltiples infracciones que los accidentes de tránsito se suscitan y sus dolorosas secuelas de muertos, heridos y discapacitados. De todas maneras, según ha afirmado el Dr. Gustavo Larrea, Presidente de la Comisión de Transporte del Congreso Nacional, existen incrementos de las penas de hasta el 500% y sanciones como la suspensión de la licencia durante 1 año por conducir en estado de ebriedad y en forma definitiva por su reincidencia, dando más énfasis a la reorientación técnica de los sistemas de revisión vehicular que determine disposiciones terminantes en cuanto al estado de funcionamiento de los vehículos para garantizar su seguridad y por otra parte se insiste en la educación vial.

De esta forma queda establecida la complejidad del entorno de los accidentes de tránsito y la heterogeneidad de actores sociales que intervienen en una relación entre utilidad, eficiencia, riesgo, peligrosidad, responsabilidad y previsibilidad, negligencia en un escenario lleno de incertidumbre, cambiante con el desarrollo tecnológico automotor y vial y en forma momentánea por las condiciones ambientales de lluvia, neblina que lo tornan altamente vulnerable al transporte y relativa a la acción de la justicia que tiene que decidir en un "mare magnum" jurisdiccional un problema que puede implicar o evitarse con la aplicación disciplinada de la ley y una educación vial adecuada.

En lo concerniente a la educación vial, existen interesantes apuntes, programas y materiales elaborados por el Departamento de Educación Vial de la Dirección Nacional de Tránsito, entre los que se destacan:

1) La cartilla sobre las señales de tránsito, que contiene señales de prevención que en base a flechas, gráficos y otros símbolos indica la proximidad de curvas, caminos sinuosos, bifurcaciones, cruces, pendientes, calzadas, puentes, ciclistas, obras, zonas peatonales, zonas escolares, niños, etc., señales que si las observáramos para tomar las precauciones necesarias, podríamos evitar accidentes de tránsito que en estos casos son con mayor frecuencia choques o atropellamientos con cierto número de víctimas más o menos graves; señales de reglamentación que son generalmente prohibiciones de acceso o maniobras, regulaciones vehiculares de dimensiones, velocidad, giros, que tienen por finalidad dar mayor orden y seguridad en el tránsito; finalmente señales auxiliares o informativas sobre servicios: teléfono, mecánico, gasolina, sanitario, socorro, aeropuerto, hotel, restaurante, parada permitida. Es digno de mencionar las señales luminosas representadas por las luces del semáforo, que es un regulador del tráfico vehicular, instrumento que por nuestra escasa cultura de tránsito lo abusamos con muestras frecuentes de irrespeto.

2) Consejos para caminar y viajar con seguridad: Unos días antes del viaje haga revisar su vehículo cuidadosamente; provéase de repuestos para las partes más susceptibles de daño: platinos, banda de ventilador, llanta de emergencia, cabo; lleve un equipo de herramientas básicas y los triángulos de seguridad; descansar antes del viaje; no llevar exceso de pasajeros

o equipaje; no olvide el extintor ni el botiquín de emergencia.

CAPITULO III

3. ESTADISTICA DE LOS ACCIDENTES DE TRANSITO Y LA SALUD DE URGENCIAS EN QUITO

3.1. REVISIÓN, DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE LOS ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN QUITO DURANTE EL PERÍODO 1992-1995.

Para tener un conocimiento del contexto en que se producen los accidentes de tránsito en la ciudad de Quito, iniciaremos la revisión estadística con la información de todo el país.

3.1.1. LOS ACCIDENTES DE TRANSITO EN EL ECUADOR COMO CONTEXTO DE LA SITUACION LOCAL EN QUITO

De acuerdo a los datos estadísticos de la Dirección Nacional de Tránsito ¹¹ durante 1994 se han registrado en el país un total de 14.341 accidentes de tránsito (cuadro N° 1), cuyas causas más frecuentes son: embriaguez del conductor, impericia e imprudencia del conductor, exceso de velocidad, mal rebasamiento e invasión del carril contrario, que juntos representan el 73% del total de causas de accidentes. Esto nos hace pensar que de cada 4 accidentes de tránsito, 3 son causados por la

¹¹ No se incluye la información de la provincia del Guayas que depende de la Comisión de tránsito del Guayas.

irresponsabilidad de los conductores, siendo otras causas tales como mal estado de las vías o fallas mecánicas de los vehículos un porcentaje mínimo que juntos no llegan ni al 5%.

CUADRO Nº 1
ACCIDENTES DE TRANSITO EN EL ECUADOR
SEGUN CLASE Y CAUSA MAS FRECUENTE 1994

CAUSA DEL ACCIDENTE	CLASE DE LOS ACCIDENTES				TOTAL
	ATROP.	CHOQUE	ESTRELLAM.	OTRAS	
EMBRIAGUEZ	198	1285	651	300	2434
IMPERICIA,	379	2811	380	520	4090
EXCESO VELOC.	215	1729	281	176	2401
MAL REBASAM.	30	506	47	948	1531
IMPRUD.PEATON	576	35	36	42	689
MAL ESTADO VIA	7	74	81	121	283
DAÑO MECANICO	12	138	111	103	364
OTRAS	649	794	478	628	2549
TOTAL	2066	7372	2065	2838	14341

FUENTE: DIRECCION NACIONAL DE TRANSITO

Las clases de accidentes de tránsito que se producen más frecuentemente son: atropello, choque y estrellamiento que juntos llegan al 80% de todos los accidentes. Los choques representan mas de la mitad de todos los accidentes de tránsito.

También se puede observar en el cuadro Nº 1, como además de lo mencionado anteriormente, la embriaguez, la impericia y el exceso de velocidad causan con mayor frecuencia choques que otras clases de accidentes.

En la zona urbana se producen el 79% de los

accidentes de tránsito, lo que indica el mayor flujo vehicular, la mayor población, la mayor velocidad de los vehículos, las grandes distancias que obligan a realizar recorridos a gran velocidad, el estrés y la tensión social de las grandes urbes que inducen a la violencia automovilística.

En lo referente al tipo de carretera el 97% de accidentes se han producido en carreteras asfaltadas y el resto en carreteras empedradas y afirmadas, lo cual solamente nos indica que por el mayor número de carreteras del primer tipo son las más numerosas y extensas, las que reciben el mayor flujo vehicular y en donde se pueden imprimir altas velocidades en los vehículos.

Los días de la semana en que se producen los accidentes con más frecuencia son los Viernes y Sábados que en conjunto son responsables de la tercera parte del total de accidentes, siendo las horas más propensas de las 10 a las 12 horas y de las 16 a las 18 horas.

El 67% de los accidentes se han producido en vehículos particulares y el 26% en vehículos de alquiler, lo cual denota más que la responsabilidad del tipo de vehículo, su mayor número en circulación. Es necesario conocer el número total de cada tipo de vehículos para poder establecer el grado de responsabilidad de cada uno. Igual fenómeno sucede con la clase de vehículos: automóviles y camionetas que son los más numerosos: 59% del total de accidentes son ocasionados por esta clase de vehículos.

Pero algo digno de ser analizado ocurre con la categoría del conductor: los profesionales ocasionan el

41% de los accidentes de tránsito, mientras que los sportman el 34%, considerando que la mayoría de conductores son sportman. Los conductores sin credenciales ocasionan el 8% de los accidentes.

El número de víctimas según la clase de accidentes de tránsito constituye un hecho muy importante que denota la distinta gravedad de los diversos accidentes, que por otra parte en sus datos globales expresa que los accidentes de tránsito ocasionan víctimas en el 26% de los casos, de lo cual se deduce que existe una gran variabilidad en la intensidad y gravedad de estos accidentes, que en las tres cuartas partes no ocasionan víctimas.

Al analizar los tipos de accidentes se observa que solamente los atropellamientos ocasionan víctimas en su totalidad, mientras que los volcamientos ocasionan en el 28% de los casos, los estrellamientos en el 14%, y los choques en el 11%. Es llamativo el hecho de que algunos tipos de accidentes mencionados como los choques, estrellamientos y los volcamientos produzcan porcentajes relativamente bajos o dicho de otro modo un alto número de accidentes que oscila entre el 72% de los volcamientos, el 86% de los estrellamientos y el 89% de los choques no ocasionan víctimas.

En forma más detallada se puede observar como inciden las diversas clases de accidentes en la existencia de víctimas en el cuadro N^o 2, expuesto a continuación:

CUADRO Nº 2ACCIDENTES DE TRANSITO EN EL ECUADORSEGUN CLASE MAS FRECUENTE Y EXISTENCIA DE VICTIMAS 1994

CLASE DE ACCIDENTES	Nº ACCID.-VICTIMAS		
	SI	NO	TOTAL
ATROPELLO	2066		2066
CHOQUE	830	6542	7372
ESTRELLAMIENTO	299	1766	2065
VOLCAMIENTO	342	523	865
OTROS	132	1841	1973
TOTAL	3669	10672	14341

FUENTE: DIRECCION NACIONAL DE TRANSITO

De las 5.971 víctimas ocasionadas por los accidentes de tránsito, como se puede observar en el cuadro Nº.3, el 39% fueron ocasionadas por atropellamiento, el 28% por choques y el 20% por volcamiento. Según la edad y el sexo de las víctimas de acuerdo a la gravedad de las lesiones expresadas en muertos, heridos o traumatizados observamos lo siguiente: el 82% de las víctimas son adultos, con una razón de hombre/mujer de 3.6/1.3, el 18% son niños. Los fallecidos representan el 17% del total de víctimas, los heridos el 77% y los traumatizados el 6%.

Estos datos nos demuestran que: 1)La mayoría de los accidentes no producen víctimas fatales, pero si heridos que es necesario determinar que tan graves son las lesiones que han presentado y las secuelas o efectos con los que han quedado. 2)Los adultos del sexo masculino son quienes más frecuentemente están presentes en los accidentes de tránsito y aún entre los niños hay predominio de víctimas varones.

CUADRO Nº 3
VICTIMAS DE ACCIDENTES DE TRANSITO EN EL ECUADOR
SEGUN SU CONDICION Y SEXO 1994

	HERIDOS	MUERTOS	TRAUMAT.	TOTAL
ADULTOS MASCUL.	678	2699	191	3568
ADULTOS FEMEN.	187	1095	67	1349
NINOS	112	535	35	682
NIÑAS	62	285	25	372
TOTAL.	1039	4614	318	5971

FUENTE: DIRECCION NACIONAL DE TRANSITO

ELABORACION: DR. WASHINGTON ESTRELLA

Las causas de los accidentes de tránsito en relación con la gravedad de las lesiones referidas a muertos, heridos y traumatizados varía de la siguiente manera: El 24% del total de víctimas se producen por la impericia o imprudencia del conductor, el 15% por el exceso de velocidad, el 12% por embriaguez y el 11% por la imprudencia del peatón. Los daños mecánicos ocasionan el 4% de las víctimas y el malestado de la vía es causa del 3% de las víctimas. Los heridos producidos por las causas mencionadas anteriormente son 3 o 4 veces mas numerosos que los fallecimientos y alrededor de 10 veces más frecuentes que los traumatismos.

Las demás causas de los accidentes tales como: mal rebasamiento que implica tambien impericia o imprudencia del conductor, factores climáticos, encandilamiento, salida de animales a la vía o casos fortuitos son responsables de un pequeño número de accidentes que en total no pasan del 8% del total de causas de accidentes de tránsito.

Según los datos del INEC en 1994 ¹² se registraron en el país 20.347 accidentes de tránsito, 2.180 menos que en 1993, siendo las provincias más afectadas: Pichincha con el 42%, Guayas 30% y Azuay 5%. Las causas más frecuentes fueron: impericia e imprudencia del conductor con el 43%, el 14% por embriaguez y el 13% por exceso de velocidad. El número de víctimas fue de 6.992, 329 más que en 1993, de las cuales el 76% quedaron heridas, el 16% fallecieron y el 7% quedaron con traumatismos. Las provincias con el mayor número de víctimas fueron Pichincha con el 35% y Guayas con el 15%.

Durante 1995 hasta el mes de Septiembre se produjeron 11.177 accidentes de tránsito en todo el país, de los cuales en la provincia de Pichincha y en la ciudad de Quito se produjeron 6.542 accidentes, que representan el 59% del total, lo que indica la magnitud y el peso que la alta incidencia del número de accidentes de tránsito tiene la capital de la República frente al resto del país, de acuerdo a las Estadísticas de la Dirección Nacional de Tránsito, que no incluye a la provincia del Guayas que está bajo la jurisdicción de la Comisión de Tránsito del Guayas.

De acuerdo a la clase de accidente en el periodo anotado de 1995 se han registrado con mayor frecuencia: choques que representan el 45% de los accidentes, los atropellos el 16%, los estrellamientos el 15%, rozamientos el 10%, volcamiento el 6% y otras causas tales como: encunetamiento, caída de pasajeros y otros que no pasan del 1%.

En este mismo periodo, los accidentes han producido

¹² Anuario de Estadísticas de Transporte. 1994

4.776 víctimas, 78% de las cuáles fueron heridos, 18% fallecidos y el 4% traumatizados.

De acuerdo a la misma fuente mencionada anteriormente del Instituto Nacional de Estadística y Censos, en 1994 se matricularon en el país 463.289 vehículos, 29.414 vehículos más que en 1993, las dos terceras partes de este número correspondieron a Pichincha(158.971 vehículos:34%) y a Guayas(146.657: 32%). El 93,2% de los vehículos son de uso particular, 5,1% de alquiler, 1,5% del Estado y 0,2% Municipal; en comparación a 1993 aumentaron los vehículos particulares y disminuyeron los de alquiler, que representaban el 89,8% y el 8,4% respectivamente, mientras que los de Estado y municipales casi no variaron, pues representaban el 1,6 y el 0,3% respectivamente. Las cuatro quintas partes de los vehículos fueron vehículos livianos: automóviles, camionetas y jeeps. Un dato muy importante es el referente a la antigüedad de los vehículos matriculados en el país en 1994: de los 463.289 vehículos, 260.005 o sea el 56% tienen una antigüedad mayor a los 10 años. Otro dato de mucha trascendencia es el relacionado con el aumento de los vehículos nuevos matriculados en ese año en el país: La tendencia ha sido creciente, pero con un mayor aumento de vehículos nuevos de modelos a partir de 1992 que representan el 65% más que aquellos del año anterior: 32.822 vehículos año 1992 / 19.950 de 1991 , mientras que los vehículos de 1994 matriculados fueron 37% más que los de 1993: 42.748 / 31.316 vehículos. Estos cambios se plantearon como hipótesis para explicar uno de los factores que están incidiendo en el aumento de los accidentes de tránsito en el Ecuador: el aumento del parque automotor por la libre importación de vehículos que se ha desarrollado en los últimos años.

Con fines de comparación de la tendencia del número de vehículos matriculados observemos los siguientes datos. En 1986 se matricularon 109.246 vehículos, 98.601 fueron particulares o sea el 90% y 7.025 de alquiler o sea el 6% del total. De este número el 38% fueron de una antigüedad mayor a los 10 años y se registraron un número decreciente de vehículos de los modelos 1982 a 1986, es decir de una antigüedad de 5 años o menos. Se puede deducir que durante los años comprendidos entre 1986 y 1994 la vida útil de los vehículos ha sido siempre mayor que lo previsto, lo que pone de manifiesto el potencial peligro que entraña para la seguridad de las personas tanto conductores como peatones el tener un parque vehicular antiguo.

3.1.2. LOS ACCIDENTES DE TRANSITO EN PICHINCHA QUITO

En la provincia de Pichincha durante 1993 se han registrado 7.815 accidentes de tránsito, que representan el 43% del total de accidentes que ocurrieron en el país: 18.167 accidentes. De estos accidentes registrados, como se puede observar en el cuadro N^o 4, los de mayor frecuencia fueron los siguientes: 4.548 choques (58% del total)), 1.033 estrellamientos (13%), 873 atropellamientos (11%), 932 rozamientos y enganchaduras(12%) y 273 volcamientos (3,5%).

CUADRO N^o 4
ACCIDENTES DE TRANSITO POR CLASE.
PICHINCHA. 1993-1994

	1993	1994
CHOQUES	4.548	4.530
ESTRELLAMIENTO	1.033	1.187
ROZAMIENTO Y ENGANCHADURA	932	1.044
ATROPELLO	873	905
VOLCAMIENTO	273	287
CAIDA DE PASAJEROS	47	35
ENCUNETAMIENTO	38	34
OTROS	71	65
TOTAL	7.815	8.087

FUENTE: DIRECCION NACIONAL DE TRANSITO

ELABORACION: DR. WASHINGTON ESTRELLA

Durante el año de 1994 ha habido un aumento del 3,4% del total de accidentes con respecto al año anterior(1993), con excepción de los choques que registran un leve descenso del 3 por mil: 18 casos menos que en 1993, pero según las demás clases de accidentes se ha presentado la siguiente variación:

Un aumento del 15% en los estrellamientos, del 12% en los rozamientos y enganchaduras así como en los atropellos, del 5% en los volcamientos, mientras las restantes clases de accidentes han disminuido: caída de pasajeros, encunetamientos y otros.

CUADRO Nº 5
ACCIDENTES DE TRANSITO POR CAUSA

	<u>PICHINCHA</u> <u>1993-1994</u>	
	1993	1994
CASOS FORTUITOS	46	
EMBRIAGUEZ	1.421	1.496
ENCANDILAMIENTO	9	
EXCESO DE VELOCIDAD	1.476	1.887
IMPERICIA DEL CONDUCTOR	2 312	1.990
IMPRUDENCIA DEL PEATON	286	375
ROTURA DE FRENOS	195	216
CAUSAS DESCONOCIDAS	724	405
OTRAS	1.344	1.718
TOTAL	7.815	8.087

FUENTE: DIRECCION NACIONAL DE TRANSITO

ELABORACION: DR. WASHINGTON ESTRELLA

En ese mismo año las causas más frecuentes de los accidentes de tránsito en la provincia de Pichincha, como

se puede observar en el cuadro N^o 5, fueron: 2.312 (30%) por impericia del conductor, 1.476 por exceso de velocidad o sea el 19% del total, 1.421 (18%) por embriaguez.

Durante 1994 además del aumento del 3,5% en el número de accidentes con respecto a 1993 que se mencionó anteriormente, se notan un aumento consecuente de aquellos accidentes causados por embriaguez y exceso de velocidad que se incrementaron en el 5% y el 28% respectivamente, mientras que por impericia del conductor disminuyó en el 14%; las demás causas también aumentaron durante 1994.

En lo referente a los tipos de víctimas de accidentes de tránsito en la provincia de Pichincha durante 1993, como se observa en el cuadro N^o 6, se registraron un total de 2.165 víctimas distribuidos de la siguiente manera: 1.749 heridos que representan el 81%, 331 fallecidos o sea el 15% y 85 traumatizados (4%) y en 1994 un número casi igual con una distribución semejante: 2.169 víctimas, 1.720 heridos (79% del total), 330 fallecidos (15%) y 119 traumatizados (5%).

CUADRO No. 6
VICTIMAS DE ACCIDENTES DE TRANSITO
PICHINCHA 1993-1994

	1993	1994
MUERTOS	331	330
HERIDOS	1.749	1.720
TRAUMATIZADOS	85	119
TOTAL	2.165	2.169

FUENTE: DIRECCION NACIONAL DE TRANSITO

ELABORACION: DR. WASHINGTON ESTRELLA

3.2. REVISIÓN, DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS
ESTADÍSTICOS DE SALUD DE URGENCIAS Y DE LOS SERVICIOS DE
SALUD CORRESPONDIENTES.

3.2.1. ESTADÍSTICAS DE SALUD Y LAS URGENCIAS EN EL
ECUADOR COMO CONTEXTO DE LA SITUACION LOCAL EN QUITO

La mortalidad por accidentes de tránsito no constaba entre las 5 primeras causas en el Ecuador en la década de los '70, en que se registraban las infecciones respiratorias, las infecciones intestinales, sarampión e influenza como puede observarse en el siguiente cuadro

CUADRO Nº 7 CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
ECUADOR. 1970

CAUSAS	NUMERO	TASA
BRONQUITIS, ENFISEMA, ASMA	5.008	8,2
INFECCIONES INTESTINALES	4.556	7,5
OTRAS NEUMONIAS	3.413	5,6
SARAMPION	2.331	3,8
INFLUENZA	2.179	3,6
ENFERMEDADES MAL DEFINIDAS	12.099	19,9

NOTA: TASA POR 10.000 HABITANTES

FUENTE: INEC

ELABORACION: DIVISION DE ESTADISTICAS DEL MIN. DE SALUD.
1990.

En 1985 ya constan los accidentes de tránsito, con una tasa de 1,82 muertos por diez mil habitantes, en el quinto lugar entre las diez causas más frecuentes de muerte, en el Ecuador, junto con infecciones

intestinales(tasa: 4,15) y respiratorias (tasa 2,91), enfermedad cerebro-vascular(tasa 2,58), enfermedad isquémica del corazón(tasa 1,68), tuberculosis(tasa 1,3), desnutrición proteino-calórica(tasa 1,23), tumor maligno de estómago(tasa 1,21) y homicidios(tasa 0,87).

En 1988 los accidentes de tránsito pasan a ocupar el tercer lugar con una tasa de 2 muertos por cada 10.000 habitantes, después de las infecciones intestinales y de la neumonía, cuyas tasas fueron de 3 y 2,6 respectivamente, seguidas por la bronquitis, enfisema y asma y el infarto agudo del miocardio, cuyas tasas son menores a 2 como puede observarse en el siguiente cuadro.

CUADRO Nº 8 CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
ECUADOR. 1988

CAUSAS	NUMERO	TASA
INFECCIONES INTESTINALES	3.043	3
NEUMONIA	2.615	2,6
ACCIDENTES DE TRANSITO	2.037	2
BRONQUITIS, ENFISEMA, ASMA	1.736	1,7
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	1.521	1,5
ENFERMEDADES MAL DEFINIDAS	7.991	7,8

FUENTE: INEC

NOTA: TASA POR 10.000 HABITANTES.

ELABORACION: DIVISION DE ESTADISTICAS DEL MIN. DE SALUD.
1990.

En 1991 los accidentes de tránsito, con una tasa de 2,1 muertos por cada 10.000 habitantes, continúan en el tercer lugar entre las diez principales causas de mortalidad general solamente después de la neumonía y las infecciones intestinales con tasas de 2,6 y 2,4

respectivamente y seguida de otras enfermedades como las señaladas anteriormente además de la diabetes mellitus y la cirrosis.

Según los datos del INEC ¹³ se puede establecer que en el Ecuador se han registrado 79.793 casos de traumatismos en 1992, los cuales representaron el 14% de los 556.861 casos de enfermedad hospitalizados en todo el país por todas las causas. En 1994 se registraron 87.140 casos de traumatismos o sea el 15,5% de los 564.485 casos de enfermedad que fueron hospitalizados en el país. Ver cuadro Nº 9 a continuación.

CUADRO Nº 9
CAUSAS DE MORBILIDAD SEGUN EGRESOS HOSPITALARIOS
ECUADOR 1992-1994

CAUSAS	1992	1993	1994
TRAUMATISMOS Y ENVENEN.	43.255	44.514	47.286
FRACTURAS	17.599	18.237	19.298
TRAUMATISMOS INTERNOS	3.243	3.407	3.574
QUEMADURAS	2.641	2.721	2.660
ENVENENAMIENTO	4.076	4.369	4.772
OTROS TRAUMATISMOS	15.696	15.780	16.982
DEMÁS CAUSAS MORBILIDAD	94.010	101.287	105.386
CLASIFICACION SUPLEMENT.	4.729	4.687	5.012
OTRAS NO TRAUMATICAS			
TOTAL	556.861	561.885	564.485

FUENTE: ANUARIO DE ESTADISTICAS HOSPITALARIAS INEC
1992, 1993, 1994

ELABORACION: DR. WASHINGTON ESTRELLA.

¹³ Anuario de Estadísticas Hospitalarias del INEC de 1992-1994.

3.2.2. ESTADISTICAS DE SALUD Y LAS URGENCIAS EN QUITO

Durante 1991 en la provincia de Pichincha los accidentes de tránsito ocuparon el primer lugar entre las "Diez principales causas de mortalidad general" con una tasa de 29,2 muertes por cada 100.000 habitantes y el 6,4% del total de muertes registradas, seguida por la neumonía, infarto agudo del miocardio, infección intestinal, tumor maligno del estómago, asfixia del recién nacido, desnutrición, bronquitis crónica, diabetes mellitus e inmadurez fetal.

Los principales hospitales de Quito dependientes del Ministerio de Salud Pública han registrado los siguientes datos de atención ambulatoria durante 1993:

Hospital Pablo Arturo Suárez: 4.204 consultas de fomento(sanos), 39.180 de morbilidad(enfermos), 15.216 atenciones de urgencias de las cuales han sido ingresos hospitalarios por su gravedad 2169 casos. Hospital Enrique Garcés: 6.688 consultas de fomento, 33.420 consultas de morbilidad, 17.010 atenciones de urgencias con 7813 ingresos. Hospital Eugenio Espejo: 67.714 consultas de morbilidad, 25.796 atenciones de urgencias con 5789 ingresos.

Según la misma fuente mencionada anteriormente, se puede establecer que en la provincia de Pichincha, los traumatismos y fracturas que durante 1993 sumaron 17.451 casos, representaron el 15% del total de causas de enfermedades tratadas en los hospitales de la provincia que ascendieron a 116.666 casos, mientras que en 1994 el total de casos de enfermedades que fueron motivo de hospitalización ascendieron a 126.722 casos o sea el 9%

más que en el año precedente, sin embargo las causas traumáticas que sumaron 19.679 casos, se mantuvieron en el 15% del total señalado, como se puede apreciar en el siguiente cuadro.

CUADRO Nº 10
CAUSAS DE MORBILIDAD SEGUN EGRESOS HOSPITALARIOS
ECUADOR: PICHINCHA 1992-1994

CAUSAS	1992	1993	1994
TRAUMATISMOS Y ENVENEN.	9.264	9.595	10.355
FRACTURAS	4.263	4.548	4.860
TRAUMATISMOS INTERNOS	1.000	993	1.044
QUEMADURAS	357	431	381
ENVENENAMIENTO	620	570	650
OTROS TRAUMATISMOS	2.924	3.053	3.420
DEMÁS CAUSAS MORBILIDAD	20.973	23.545	24.986
CLASIFICACION SUPLEMENT.	1.430	1.430	1.426
OTRAS NO TRAUMATICAS			
TOTAL	116.666	122.454	126.722

FUENTE: ANUARIO DE ESTADISTICAS HOSPITALARIAS INEC 1992, 1993 1994

ELABORACION: DR. WASHINGTON ESTRELLA.

De acuerdo a los datos de la División de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública ¹⁴ podemos observar que:

En el Hospital Pablo Arturo Suárez se han hospitalizado 2.655 pacientes, la mayoría de los cuales han sido tratados en los servicios de cirugía 1.037 pacientes o sea el 39% del total y en el servicio de medicina interna

¹⁴ Producción de Establecimientos de Salud 1992.

1.000 pacientes o sea el 38%. De este número de pacientes fallecieron 163 o sea el 6%, cifra que es preocupante si se considera un porcentaje límite máximo del 2% de acuerdo a varios autores en la materia como los médicos mexicanos Manuel Barquín y Guillermo Fajardo. Sin embargo el dato se vuelve más explicable si se toma en cuenta que de los 163 decesos ocurridos en el hospital, 50 o sea el 31% fueron en menos de 48 horas de su ingreso, lo cual indica la gravedad de su enfermedad al momento de su ingreso y la dificultad técnico-médica para resolver su problema o la imposibilidad de salvar su vida, aún si se contara con los mejores recursos y la más avanzada tecnología, mientras que los restantes 113(69%) fallecieron después de 48 horas de su ingreso, es decir que fueron sujetos de la responsabilidad y de la capacidad técnica del hospital frente a la gravedad de la enfermedad. De las 173 camas hospitalarias que tiene este hospital, han estado disponibles un promedio diario de 153 camas, 20 camas menos que su capacidad instalada real, lo cual implica desperdicio de recursos por la falta de habilitación y preparación de este número de camas que habrían recibido 776 pacientes adicionales en el año, si consideramos el promedio de estancia de 8 días que se estima adecuado para un hospital de esta complejidad y un porcentaje de ocupación del 85% que es lo aceptable desde el punto de vista funcional, que además en la realidad este hospital ha tenido una ocupación del 83,3% valor cercano a lo óptimo como hemos visto, pero el promedio de estancia o permanencia de cada paciente ha sido de 16,6 o sea más del doble de lo aceptable, lo que dicho en otros términos un paciente ha ocupado cada cama durante un tiempo que lo habrían ocupado 2, por lo tanto el hospital habría internado a 5.310 pacientes. Este hecho debe hacer meditar que el hospital está siendo subutilizado o mal utilizado al retener a los pacientes

más del tiempo necesario en todos los servicios: 14 días en medicina interna, 17 días en cirugía, 20 días en gineco-obstetricia y 21 en traumatología. Para mejorar su utilización y optimizar los recursos del hospital será necesario establecer normas para la atención y estandarizar los procedimientos técnicos y médicos, asegurar la disponibilidad oportuna y adecuada de medicamentos e insumos, disponer de un sistema adecuado de mantenimiento de equipos que permita la continuidad en su funcionamiento, disponer de una plantilla adecuada de personal especialmente médico, paramédico y de enfermería, además de establecer un plan de trabajo para permitir la atención permanente, sobre todo de urgencias.

En el hospital "Enrique Garcés" (Hospital del Sur) se han hospitalizado 9.434 pacientes en el año 1992, 178 de los cuales fallecieron, o sea el 1,9% que es un valor aceptable como hemos visto anteriormente y que corresponde a menos de la tercera parte que la tasa de mortalidad registrada en el hospital Pablo Arturo Suárez. De este número, 132 fallecieron después de 48 horas de su ingreso y 46 antes de las 48 horas. Los pacientes, que han permanecido un promedio de 6,2 días estada en el hospital, estancia considerada más corta que lo óptimo para este tipo de hospital que sería de 8 días, han ocupado el 60,2% de sus camas, menos que lo normal, lo que representa en relación a su dotación normal de 358 camas (de las cuales han estado disponibles diariamente 310 camas) un desperdicio de 82 camas que no han sido utilizadas, las mismas que podrían haber recibido a 3.180 pacientes adicionalmente, el 33% más de pacientes de los que han sido atendidos realmente.

El hospital "Eugenio Espejo", de la máxima complejidad nacional, con una dotación normal de 446

camas y una disponibilidad diaria de 357 camas, 89 menos que las que debería tener, ha internado a 8.060 pacientes que han permanecido un promedio de 12 días-estada y han ocupado el 80,2% de las camas hospitalarias. Si hubieran sido ocupadas el 85% de las 357 camas disponibles diariamente se habría contado con 18 camas adicionales mas las 89 camas que no fueron habilitadas se tendría 107 camas adicionales que habrían recibido 2.850 pacientes más que los que ha atendido realmente o sea el 35% adicional. Del total de pacientes que fueron internados en el hospital, fallecieron 480 o sea el 5,9% (2 veces más que lo aceptado como norma), 159 antes de las 48 horas y 321 después de las 48 horas.

El hospital de niños "Baca Ortiz", cuya nueva planta física fue inaugurada hace pocos años es el hospital especializado considerado como el mejor hospital del país por su infraestructura y modernas instalaciones, que durante los últimos años ha sido reorganizado administrativa y técnicamente, gracias a la capacidad gerencial de sus directivos. Durante 1992 ha internado a 3.017 pacientes que permanecieron un promedio de 14 días-estada, ocupando el 83,3% de las camas disponibles que en promedio diario fueron de 146 frente a su dotación normal de camas que fue de 170, lo que ha implicado una subutilización de 24 camas que habrían atendido a 744 pacientes adicionales, si consideráramos una ocupación del 85% y un promedio de estancia de 10 días. Han fallecido 190 pacientes o sea el 6% (dos veces más que la norma), 65 antes de las 48 horas y 125 después de las 48 horas.

En lo relacionado con los accidentes de tránsito debemos hacer las siguientes reflexiones:

1. Los accidentes de tránsito revisten diversa intensidad y gravedad de los accidentados: desde lesiones mínimas o ausentes, choque emocional (provocados por el susto o por lesiones evidentes) hasta lesiones importantes que comprometen a órganos vitales, que acuden a los establecimientos de salud para su atención.
2. Los heridos graves tardan varios minutos y hasta horas para ser atendidos, lo que ocasiona una alta mortalidad o discapacidades.
3. Los accidentados rara vez reciben atención profesional médica o paramédica en el sitio del accidente, y son movilizadas inadecuadamente.
4. De acuerdo al tipo de accidente de tránsito y sus circunstancias, al vehículo y su velocidad, condiciones de la vía, etc son también el tipo de lesiones y su gravedad.
5. No existe un adecuado sistema de registro de accidentes de tránsito que permita realizar investigaciones epidemiológicas, ni las estadísticas hospitalarias permiten una suficiente evaluación de los mismos, a fin de diseñar planes y acciones específicas para controlar y disminuir sus efectos.
6. No se han realizado investigaciones científicas sobre las repercusiones médico-sociales y económicas que tienen los accidentes de tránsito.

CAPITULO IV

4. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LOS PRINCIPALES ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN QUITO.

En la ciudad de Quito existen establecimientos de salud dependientes de varias instituciones públicas y privadas que prestan servicios ambulatorios de consulta externa y de urgencias así como servicios de hospitalización.

El Ministerio de Salud Pública desde 1990 ha impulsado varios programas y proyectos tendientes a fortalecer la organización y funcionamiento de los establecimientos de salud conformando una red de servicios coordinados para la atención ambulatoria y de hospitalización, empeño en el que se han destacado también importantes actividades de diversos programas desarrollados en años anteriores, tanto en el área urbana como rural, implantando un importante número de hospitales, centros y subcentros de salud. Con el Programa de Salud Familiar y Comunitaria Integral que posteriormente se transformó en el Proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud del Ecuador (FASBASE), financiado por el Banco Mundial se está reorganizando la red de servicios de salud en las "áreas de salud" o redes básicas de servicios de atención primaria de salud.

En lo referente a los hospitales que prestan servicios médicos generales y en las especialidades básicas tenemos los siguientes:

-Ministerio de Salud Pública: hospitales Eugenio Espejo, Enrique Garcés y Pablo Arturo Suárez ubicados en las zonas centro, Sur y Norte de la ciudad respectivamente.

-Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social: hospital Carlos Andrade Marín y varios dispensarios ubicados en diversas zonas de la ciudad, especialmente en las zonas Norte, Centro y Sur.

-Fuerzas Armadas: hospital General de las Fuerzas Armadas.

-Sociedad de Lucha contra el Cáncer: hospital Oncológico ubicado en el Norte de la ciudad.

-Municipio de Quito: hospitales zonales en el Sur y Norte de la ciudad.

-Instituciones privadas: hospitales y clínicas distribuidos en todas las zonas de la ciudad, destacándose principalmente el hospital Metropolitano, la clínica Internacional y el Centro Médico-Quirúrgico Pichincha por disponer de la tecnología más moderna. El Hospital Vozandes dependiente de la radio-emisora HCJB es un establecimiento que cuenta con personal calificado, instalaciones y equipos modernos y que presta una eficiente atención clínico-quirúrgica. Entre los establecimientos privados de reciente creación y que cuentan con una infraestructura moderna y funcional, instalaciones y equipamiento médico adecuados se destacan el Hospital La Carolina y la Clínica El Batán.

Existen otras clínicas que ya son tradicionales en Quito como la Novaclínica Santa Cecilia, la San Francisco, la Pasteur, la Adventista, que disponen de una

infraestructura mediana y otras clínicas pequeñas que más bien son casas adaptadas para la prestación de servicios médicos y que no disponen de instalaciones ni equipos adecuados.

En el siguiente cuadro tomado del Directorio de Servicios Hospitalarios del Ecuador 1994 elaborado por el Ministerio de Salud Pública podemos observar los hospitales y clínicas de la ciudad de Quito con el número de personal y de camas:

Nota. No se incluye en esta lista los hospitales gineco-obstétricos y los de enfermos crónicos (siquiátricos, dermatológicos).

HOSPITALES Y CLINICAS DE QUITO 1994

ESTABLECIMIENTO	DEPENDENCIA	CAMAS	PERSONAL
EUGENIO ESPEJO	MIN. SALUD	365	990
ENRIQUE GARCES	MIN. SALUD	331	849
PABLO ARTURO SUAREZ	MIN. SALUD	207	419
CARLOS ANDRADE MARIN	I.E.S.S.	600	2186
GENERAL DE LAS FF.AA.	M.DEFENSA	400	1500
PATRONATO MUNICIPAL NORTE	MUNICIPIO	10	92
PATRONATO MUNICIPAL SUR	MUNICIPIO	40	400
QUITO No. 1 POLICIA NAL.	M.GOBIERNO	180	508
SOLCA	SOLCA	30	
ADVENTISTA	PRIVADO	22	33
ASUNCION	PRIVADO	17	23
BOLIVAR	PRIVADO	11	15
CENTRAL	PRIVADO	7	8
PICHINCHA	PRIVADO	60	150
EL BATAN	PRIVADO	25	50
INTERNACIONAL	PRIVADO	38	90
LA CAROLINA	PRIVADO	33	
LA MERCED	PRIVADO	25	63
METROPOLITANO	PRIVADO	120	250
MODERNA	PRIVADO	20	27
NOVACLINICA	PRIVADO	33	64
PASTEUR	PRIVADO	60	75
SAN FRANCISCO	PRIVADO	30	64
UNIDADES MEDICAS	PRIVADO	20	40
VICTORIA	PRIVADO	15	20
VILLA FLORA	PRIVADO	18	45
VOZANDES	PRIVADO	48	218
OTRAS		2765	8179
TOTAL		3027	9443

FUENTE: Directorio Nacional de servicios hospitalarios del Ecuador 1994. Ministerio de Salud Pública.

ELABORACION: W. Estrella P.

4.1. LAS URGENCIAS EN EL HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

El Servicio de Urgencias del Hospital "Carlos Andrade Marín" del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social cuenta con áreas de atención médica y servicios complementarios de laboratorio y radiodiagnóstico.

De acuerdo a la investigación realizada por el Dr. Marcelo Placencia en 1994 ¹⁵, los principales descriptores funcionales de urgencias de este hospital señalan que de todas las atenciones de urgencias atendidas en un mes que ascienden a 6.541 consultas, 3.363 o sea más de la mitad no son urgentes, observándose que este comportamiento de la demanda es diferente según las especialidades de que se trate: así en medicina interna las consultas urgentes apenas llegan al 20% de las 3.903 consultas que en total se han dado en este servicio, que representan el 60% de todas las consultas de urgencias del hospital, en cirugía general con 1.675 consultas (25% del total) alcanzan el 94% y en ginecología-obstetricia con 963 consultas (15% del total) al 90% del total de atenciones otorgadas. Toda la demanda no urgente podría ser atendida en el servicio de consulta externa si se cuenta con una organización adecuada y personal suficiente para atender sin demora a los pacientes que requieren atención y si se implantara una prestación médica descentralizada y zonificada de acuerdo al domicilio de los usuarios a fin de descongestionar la alta afluencia de pacientes al hospital. La distribución de la demanda de atención de urgencias es mayor los días

¹⁵ Proyecto sobre el Sistema Urbano de Urgencias de Quito. Placencia 1994.

Lunes en que alcanza el 20% del total, disminuyendo conforme avanza la semana hasta llegar al Domingo que cubre algo más del 10%, siendo el horario diurno el de mayor atención. Estas variaciones deben hacer reflexionar sobre la necesidad de redistribuir los horarios y las jornadas de trabajo según la demanda de atención de las urgencias.

El perfil epidemiológico del trauma, sin embargo en términos prácticos, puede ser establecido al seleccionar las 10 primeras causas de enfermedad atendida en el servicio de urgencias en un mes. Así se puede apreciar en el siguiente cuadro que los traumatismos y las quemaduras ocupan el primer lugar con 19 casos por cada 100 atenciones, las infecciones agudas el 17%, de las cuales mas de la mitad son de tipo respiratorio, la cuarta parte son genito-urinarias, las enfermedades mal definidas de varios sistemas y aparatos ocupan el 11%, el embarazo y parto entre normal y anormales ocupa el 13%, las diarreas el 6%, el dolor con o sin inflamación incluyendo el dolor digestivo alcanza el 8%, enfermedades de los vasos sanguíneos(angiopatías) el 3% y las digestivas inflamatorias tales como la gastritis y la úlcera péptica llegan al 2,7%.

4.2.LAS URGENCIAS EN LOS PRINCIPALES HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Todos los hospitales del Ministerio de Salud Pública disponen de servicios de urgencias que cuentan con los ambientes mínimos indispensables para la atención de urgencias clínicas y quirúrgicas de moderada gravedad, es decir que están en capacidad de dar atención a la mayor parte de casos que se presentan a diario, sin embargo por la falta de materiales e insumos y de medicamentos han tenido que derivar pacientes a otras unidades de salud, problema que se ha tornado crítico por la falta de presupuesto para gastos de operación y debido a la falta de decisión política para continuar con los proyectos de autogestión que estaban solventando recursos para los gastos emergentes. A este problema se suman otras severas limitaciones como la obsolescencia de la mayor parte de equipos, el deterioro de las instalaciones, la falta de mantenimiento y de repuestos para los equipos que por esta razón se encuentran inutilizados, la falta de capacitación y adiestramiento del personal médico, paramédico y de enfermería con la particularidad de que buena parte de la responsabilidad de la atención de urgencias está en mano de los internos rotativos (estudiantes de último año) y de médicos residentes que constituyen personal en proceso de formación.

La planta física consta de una sala de espera, un ambiente de información y triage (clasificación), un ambiente de atención que está conformado por uno o más consultorios para la atención de emergencias clínicas,

quirúrgicas, gineco-obstétricas y pediátricas, un ambiente para suturas y curaciones de heridas, un ambiente para colocación de yesos y una sala de observación para evaluación previa a su tratamiento definitivo que se lo utiliza también para rehidratación. Para la realización de exámenes complementarios tales como estudios radiológicos, evaluación ecosonográfica y exámenes de laboratorio se recurre a los departamentos correspondientes que tienen personal de turno para la atención durante las 24 horas del día durante todo el año. No existen servicios exclusivos para las urgencias.

En cuanto al equipamiento estos servicios cuentan con los equipos básicos para consulta: estetoscopios, tensiómetros, sets de diagnóstico para el examen de los órganos de los sentidos, martillo de reflejos; para diagnóstico y tratamiento: electrocardiógrafo, desfibriladores y equipos de cardioversión, resucitadores, aspiradores, laringoscopio; material de enfermería: sondas, catéteres, hilos de sutura, etc; tanques de oxígeno.

El personal médico está conformado por médicos residentes e internos rotativos que realizan sus prácticas en el servicio durante un período de pocos meses; existe un médico jefe del servicio y en algunos hospitales varios médicos tratantes.

4.2.1. HOSPITAL EUGENIO ESPEJO

Durante 1994 se han registrado 25.796 atenciones de urgencias, de las cuales 5.789 o sea el 22% de los casos fueron hospitalizados.

De las principales enfermedades que han sido atendidas en los diversos servicios del hospital se establecen las siguientes causas de atenciones de urgencias: enfermedad diarreica aguda y neumonía basal en el servicio de pediatría, apendicitis aguda y trauma penetrante del tórax en el servicio de cirugía, fracturas de miembros y politraumatismos en traumatología, insuficiencia renal aguda, enfermedad cerebro-vascular y desprendimiento de retina en otros servicios y quemaduras de segundo y tercer grado en la unidad de quemados. Existen similares problemas de gestión y administración financiera que los del hospital Pablo Arturo Suárez. Su presupuesto anual de operación es de 4.141,6 millones de sucres y 400,7 millones para inversiones. Las partidas críticas de gastos corrientes son las de energía y combustibles, mantenimiento, medicinas e implementos médicos, suministros y repuestos.

La planta física del servicio de emergencia, que funciona en el nuevo edificio, es amplia y su superficie alcanza a los 880 m², siendo adecuadas su iluminación, ventilación e instalaciones eléctricas y sanitarias.

El personal médico del servicio en 1994 constaba de 11 médicos tratantes y 3 médicos residentes.

En lo referente a la gestión existen manuales de normas y procedimientos pero no se realizan actividades de seguimiento. La organización del servicio permite la resolución de los casos de emergencia que se presentan, aunque se evidencia la falta de insumos y medicamentos.

De acuerdo a la investigación realizada recientemente la moderna infraestructura física e instalaciones de todo el hospital, así como el

equipamiento que ha sido puesto en funcionamiento hace poco tiempo, en el servicio de emergencia, que tiene 28 camillas de atención y 14 camas de observación, se dispone de equipos adecuados y funcionales. Además cuenta este servicio con el soporte de la unidad de cuidados intensivos que dispone de 8 camas con los respectivos monitores y aparatos de diagnóstico, tratamiento control, para la atención de pacientes en estado crítico o graves con posibilidades de sobrevivencia. El hospital cuenta en el centro quirúrgico con 12 salas de operaciones o quirófanos y la sala de recuperación post-anestésica con 7 camas y en el servicio de emergencia con un quirófano totalmente equipado y 3 camas de recuperación. A pesar de ser el hospital de la mayor complejidad técnico-médica y de contar con modernos equipos e instalaciones, no dispone de ciertas especialidades y servicios como oncología(cáncer), dermatología(piel), radioterapia y resonancia magnética; éstos dos últimos servicios implican altos costos por requerir de ingentes inversiones debido a la necesidad de tecnología de punta y en el caso de la radioterapia por los altos costos de los insumos y materiales radio-activos.

Actualmente el servicio de emergencia dispone de: 9 médicos tratantes entre cirujanos, traumatólogos y clínicos (internistas), un médico residente asistencial y 6 de postgrado, 17 enfermeras, 15 auxiliares de enfermería y 6 auxiliares administrativos de salud, encargados de las labores de limpieza. Un aspecto muy deficitario es la falta de ambulancias, pues al momento existe una sola ambulancia en mal estado de funcionamiento y carente de equipos de reanimación y de comunicaciones, aunque si disponen de 4 choferes.

De acuerdo a la información proporcionada por los médicos y enfermeras del servicio el número de atenciones de emergencia oscila entre 70-90 al día, de los cuales el 20% no son casos urgentes sino consultas extemporáneas que pudieran ser atendidas en consulta externa.

LAS 10 ENFERMEDADES MAS FRECUENTES SON:

1. Inflammatorias quirúrg.: apendicitis, colecistitis	25%
2. Pediátricas y adoles. inflamatorias e infecciosas	25%
3. Accidentes de tránsito	20%
4. Infecciosas respiratorias y digestivas	10%
5. Quemaduras	10%
6. Agudización de enfermedades crónicas	4%
7. Intoxicaciones y envenenamientos	2%
8. Hipertensión arterial y coronariopatías	2%
9. Alérgicas	1%
10. Lesiones por violencia	1%

El número de casos de accidentes de tránsito atendidos al día es de 14-18(20%) y los tipos de lesiones más frecuentes entre los accidentes de tránsito son el 80% politraumatismos que se distribuyen entre traumatismos cráneo-encefálicos, hemorragias internas, lesiones medulares y el restante 20% son lesiones menores o leves.

Los pacientes más afectados son los jóvenes(50%), seguido de los adultos(20%) y finalmente los niños y ancianos con el 15% cada uno. En cuanto al sexo la razón hombres/mujeres accidentados es de 2/1.

Según su gravedad, las lesiones se distribuyen así:

10% de casos son muy graves, el 60% moderados y el 30% leves.

El número de pacientes accidentados y fallecidos al mes es de 3-4, lo que determina una tasa de letalidad de 6-8 fallecidos por cada 1.000 accidentados. De los 6

fallecidos, 2 llegan muertos, uno muere en menos de 24 horas de haber llegado al servicio y los 3 restantes fallecen después de 24 horas de ser recibidos en el servicio, lo que implica la gravedad de las lesiones sufridas que se deben a traumatismo craneo-encefálico grave, hemorragia aguda incontrolable o a falla de bomba cardíaca.

A pesar de la limitación de recursos humanos y materiales la atención del servicio de emergencia tiene una calidad aceptable. Entre los aspectos negativos del servicio se pueden mencionar:

- Falta de coordinación intra y extrainstitucional.
- Insuficiencia de personal de enfermería.
- Quirófano que no funciona.
- Falta de servicios de apoyo: Unidad de Cuidados intensivos, Banco de sangre permanente, unidad de autotransfusión, falta de medicamentos de urgencias; ausencia de equipos de tecnología de punta: Tomógrafo axial computarizado, resonancia magnética, endoscopia y laparoscopia de urgencias.
- Falta de entrenamiento de médicos y enfermeras en el manejo del trauma y de las urgencias médicas.
- Insuficiente dotación de equipos e insumos médicos.

4.2.2. HOSPITAL ENRIQUE GARCES

En 1994 se atendieron 17.010 urgencias, de las cuales 7813 fueron hospitalizados o sea el 46% de los casos, lo que indica que las atenciones son en un apreciable número verdaderas urgencias. Las enfermedades más frecuentes del servicio son heridas de diversa

magnitud, infección de vías urinarias, enfermedad diarreica aguda, traumatismos, sangrado digestivo, sepsis. Las enfermedades que en los diversos servicios han sido objeto de atención de urgencias son: sepsis en medicina interna, aborto en gineco-obstetricia, bronconeumonía y enfermedad diarreica en pediatría, apendicitis aguda en cirugía, fracturas y traumatismos múltiples en traumatología y cólera en infectología.

Durante 1995 se han atendido 570 pacientes con diversos tipos de lesiones agudas distribuidos así:

Traumatismos	165
Envenenamientos	32
Suicidios	6
Politraumatismos	195
Traumatismos craneo-encefálicos	168
Otro tipo de violencias	8

La planta física del servicio cuenta con 11 camas y 3 camillas para la atención de los pacientes, en observación con 11 camas para adultos y 5 para niños. Además para el apoyo al servicio se cuenta con 7 quirófanos, 2 salas de partos, 3 salas de radiodiagnóstico, una unidad de cuidados intensivos con 7 camas.

Los problemas administrativos son similares a aquellos mencionados en los anteriores hospitales, aunque algunos de ellos son críticos en este hospital: no hay personal suficiente en el servicio de urgencias y las relaciones humanas así como el trato a los pacientes no es adecuado. No hay una provisión oportuna de

medicamentos ni de insumos; no hay mantenimiento de ninguna clase(preventivo, correctivo). La planta física no es adecuada ni suficiente y con el personal existente no se resuelven los problemas ni la demanda que acude al servicio. El presupuesto anual de operación en 1994 fue de 6.295,2 millones de sucres y los gastos de inversión de 70 millones. El personal paramédico y de enfermería del servicio consta de 8 enfermeras, 23 auxiliares de enfermería y 8 auxiliares administrativos(de servicios generales).

4.2.3. HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ

En 1993 se realizaron 15.216 atenciones de urgencias, de las cuales ingresaron a hospitalización 2.169 casos o sea el 14% de las urgencias atendidas. Durante 1995 se registraron 20.727 atenciones de urgencias que representaron un incremento del 36%, distribuidos de la siguiente manera: 2.710 heridas cortantes, 1.519 traumatismos, 792 fracturas, 374 traumatismos cráneo-encefálicos, 129 luxaciones, 119 esguinces y 15.084 atenciones por otras causas de naturaleza clínica como enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria alta e intoxicación alcohólica. Las lesiones más frecuentes han sido: Heridas cortantes, traumatismos, fracturas, traumatismo cráneo-encefálico, mordedura de animales, quemaduras, luxaciones, esguinces, heridas de bala, intoxicación por fósforo blanco, intoxicación por veneno.

En lo referente a la edad y sexo de los pacientes que acuden a emergencia, la mayoría son adultos y

jóvenes; la razón entre hombres y mujeres es de 1/1. El hospital dispone de 4 quirófanos para cirugía y 2 para gineco-obstetricia. En el servicio de urgencias hay un ambiente con 4 camillas para la atención y 4 para rehidratación. El tiempo de permanencia en el servicio varía entre 2-4 horas por cada emergencia.

El análisis cuali-cuantitativo del servicio ha determinado que la planta física del servicio de emergencia no es adecuada para la atención, ni tiene protección contra riesgos de incendios u otro tipo de desastres, ni tampoco su capacidad es suficiente para la demanda de usuarios. En lo referente a la gestión no existen manuales de procedimientos ni reglamentación de puestos, funciones y actividades. Aunque se realizan acciones de seguimiento y supervisión, no hay control de la calidad del servicio a través de sesiones clínico-patológicas o de otra índole como juntas o sesiones interdisciplinarias. No existen programas de educación y capacitación para el personal del servicio. La administración financiera es deficiente, no se realiza la desagregación presupuestaria del servicio ni se registran los gastos. El presupuesto total anual del hospital en 1994 fue de 3.520,5 millones de sucres, siendo 1.306 millones para los gastos corrientes. El personal paramédico y de enfermería del servicio consta de 2 enfermeras, 16 auxiliares de enfermería y 6 auxiliares administrativos.

En la investigación de campo se ha establecido los siguientes hechos:

-La planta física del hospital es antigua y poco funcional, aunque ha tenido varias remodelaciones y ampliaciones en varias áreas como centro obstétrico que ha sido implantado hace pocos años, consulta externa y

varios servicios de apoyo como alimentación y dietética, lavandería, etc.

-El Gobierno del Japón ha donado hace 1 año el equipamiento completo para el centro quirúrgico y obstétrico y para otros servicios, habiéndose incorporado la más avanzada tecnología en equipos de anestesia, cirugía, monitores y demás aparatos de diagnóstico y tratamiento computarizados.

-El servicio de emergencias del hospital tiene una planta física muy estrecha pues apenas cuenta con un ambiente general para la atención de los pacientes en el cual se han acomodado 4 camillas incluido un pequeño ambiente para la atención de los pacientes graves y un ambiente contiguo que se lo utiliza como bodega. La estación de enfermería es un pequeño espacio entre el primer ambiente mencionado y la bodega.

-Los servicios directamente relacionados con las atenciones de urgencias como son el centro quirúrgico y la Unidad de cuidados intensivos disponen del equipamiento moderno y funcional que se ha referido; hay 5 quirófanos en el centro quirúrgico y 2 en el centro obstétrico, la sala de recuperación consta de 9 camas con las instalaciones de oxígeno, succión y óxido nítrico centralizados (con tubería); la unidad de cuidados intensivos dispone de 4 camas con sus respectivos monitores y respiradores pero hay falta de personal.

-Dispone de las 4 especialidades básicas: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría (ésta última sin hospitalización) hospitalización, además de otras especialidades tanto clínicas como quirúrgicas.

-El servicio de urgencias dispone de un equipamiento

limitado consistente de un monitor-desfibrilador, dos succionadores y un respirador. El servicio de laboratorio y de radiodiagnóstico funciona las 24 horas del día durante todo el año.

-El personal de emergencia consta de un médico jefe de servicio ad-honorem, un médico tratante para la jornada vespertina y como médicos residentes trabajan 2 médicos rurales; internos rotativos que no cubren todos los turnos, 6 enfermeras y 12 auxiliares de enfermería(éstas últimas comparten sus labores con el servicio de obstetricia).

-Hay 3 ambulancias en buen estado pero con un solo chofer, pues los 3 restantes conducen otros vehículos como 2 buses para el transporte del personal y una camioneta para el transporte de alimentos e insumos. Las ambulancias no cuentan con radios.

-Las 74 atenciones de emergencia diaria se distribuyen en: 20 de clínica, 12 de cirugía, 6 de traumatología, 8 de gineco-obstetricia y 28 de pediatría.

Hay un 10% de pacientes que no son atendidos directamente en emergencia por carecer de ciertas especialidades en cuyo caso se refiere al paciente a otro hospital o por ser casos no urgentes que se remiten a consulta externa.

-Fallecen 4 pacientes al mes por traumatismo cráneo-encefálico, politraumatismos severos.

-Los pacientes que requieren de observación permanecen hasta 6 horas debido a que no hay área para observación.

-Como aspecto positivo se menciona la dotación de medicamentos e insumos de emergencias y entre los aspectos negativos se mencionan la alta rotación de

personal que produce la falta de capacidad del personal para el manejo de los casos de urgencias, la falta de espacio físico para una adecuada atención y la insuficiencia en el número de personal.

4.2.4. HOSPITAL DE NIÑOS BACA ORTIZ

En 1994 se atendieron 17.112 urgencias, de las cuales 1.578 o sea el 9% fueron hospitalizados. Las enfermedades más frecuentes atendidas en el servicio han sido las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias altas como gripes y amigdalitis. De acuerdo a los servicios las enfermedades que han ameritado una atención urgente son: neumonía e infección intestinal en pediatría, apendicitis aguda y fractura de cráneo en cirugía, meningitis bacteriana en infectología, fractura de miembros en traumatología.

El servicio de urgencias cuenta con 38 camas clasificadas en secciones para evitar las infecciones cruzadas. Para apoyo del servicio el hospital tiene 12 quirófanos, 4 salas de radiodiagnóstico.

La organización y administración del hospital ha sido una de las mejores del país y su gestión financiera ha sido un modelo mientras ha desarrollado y mantenido el proyecto de autogestión que equilibró en forma eficiente el déficit financiero y facilitó el adecuado funcionamiento de todos los servicios, por la disponibilidad oportuna de recursos humanos y materiales. El presupuesto de operación del hospital en 1994 fue de 7.204 millones de sucres, mientras que los gastos de inversión fueron de 240 millones.

El personal del servicio consta de 1 médico-jefe y 6 médicos tratantes, 9 médicos residentes, 6 internos rotativos, 15 enfermeras, 7 auxiliares de enfermería, 9 auxiliares administrativos.

En la investigación de campo se pudo apreciar que:

-El servicio de emergencia es muy espacioso concordante con la moderna y funcional planta física de todo el hospital.

-La atención de las emergencias se clasifica en varios ambientes separados de: enfermedades respiratorias con 7 camas, diarreicas con 13 camas, neurológicas con 5 camas y observación con 5 camas, además de un cubículo para la atención de pacientes con 5 camillas.

-El equipamiento del servicio es adecuado y entre los principales equipos se destacan un ventilador, un monitor cardíaco, un oxímetro, un aparato de electrolitos y una bomba de infusión, además de los aparatos para diagnóstico básico. El gasómetro no funciona.

-El personal está conformado por 11 médicos tratantes distribuidos en tres turnos diarios, 16 médicos residentes distribuidos en 4 de la nueva especialidad de urgencias, 5 asistenciales y 7 del postgrado de pediatría; 4 internos rotativos que permanecen 2-3 semanas como pasantía de pregrado; 22 enfermeras y 7 auxiliares de enfermería; 9 auxiliares administrativos de servicios y un administrativo.

-Se atienden un promedio de 100 pacientes al día en emergencia, de los cuales 90 no son urgentes y apenas 10 son verdaderas urgencias. Las enfermedades más frecuentes

son las infecciones respiratorias y diarreicas, los traumatismos cráneo-encefálicos y politraumatismos, el asma y las intoxicaciones.

-Los casos de accidentes de tránsito al día son 2 y las lesiones más frecuentes son las heridas, los traumatismos cráneo-encefálicos y torácicos y en menor proporción los de extremidades. Los niños menores de un año son mayormente afectados. La duración de la atención de emergencia dura 20 minutos en promedio y el tiempo máximo de permanencia en observación es de 48 horas luego de lo cual se hospitaliza o se envía al domicilio. Fallecen 2 niños al mes.

-Entre los aspectos positivos se anotan la existencia de personal suficiente y calificado para la atención del servicio y la dotación del equipamiento adecuado y funcional. Entre los aspectos negativos se mencionan el gran número de atenciones no urgentes que se dan en este servicio, desviando la naturaleza de las verdaderas urgencias y la permanencia de los pacientes en el servicio por falta de camas en hospitalización.

Es importante anotar que este hospital como la mayoría de los demás hospitales del Ministerio de Salud han paralizado frecuentemente su atención debido a la "falta de presupuesto de operación" y a la manipulación de fuertes movimientos sindicales y gremiales que no escatiman en poner en peligro la vida de las personas que aún en casos de urgencias acuden y son rechazados, según ha manifestado la prensa nacional y local.

4.3. HOSPITAL GENERAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

El servicio de emergencia del hospital dispone de una planta física moderna, amplia y funcional que consta de ambientes de espera, recepción e información, servicios complementarios como radiodiagnóstico, laboratorio y banco de sangre durante las 24 horas del día, estación de enfermería, dos consultorios de cirugía para suturas y curaciones, un consultorio de pediatría, un consultorio de gineco-obstetricia y una área de clínica con 4 cubículos; además de una área de observación con 12 camas distribuidas en ambientes de adultos hombres con 4 camas, de adultos mujeres con 4 camas y para niños con 4 camas.

Los servicios que tienen directa relación con emergencia como son centro quirúrgico y unidad de cuidados intensivos disponen de una infraestructura, instalaciones y equipamiento adecuados. Hay 8 quirófanos y su sala de recuperación con 10 camas y en cuidados intensivos 12 camas con sus respectivos monitores. Un aspecto relevante es la política de actualización periódica de equipos que cada 4-5 años mediante el denominado "Plan de Mínima" se renuevan los equipos con las más avanzadas tecnologías lo que va acompañado del adiestramiento en el manejo de estos equipos que usualmente se lo hace en el exterior. En este sentido se han adquirido una serie de equipos para diversas especialidades entre ellos para neurocirugía, oftalmología, otorinolaringología y esta próximo a instalarse el segundo equipo de resonancia magnética en todo el país(una empresa privada instaló hace pocos meses un equipo similar hace pocos meses), lo cual a no dudarlo revolucionará la capacidad diagnóstica no solo

del hospital sino del país.

El equipamiento del servicio de emergencia consta de 4 monitores-desfibriladores con electrocardiógrafos, un electrocardiógrafo computarizado con programas diagnósticos, un ventilador estático y 4 de transporte, obturadores esofágicos y gástricos y equipo de reanimación cardio-pulmonar. Es importante señalar la adecuada disponibilidad de los principales insumos. Hay dos ambulancias totalmente equipadas con dos camillas, succión, ventiladores(respiradores), oxígeno y electrocardiógrafo; las ambulancias disponen de radio que se comunica con una central en emergencia y que tiene un alcance que cubre hasta Sangolquí y Cayambe. Un médico siempre acompaña cuando se moviliza la ambulancia.

El personal del servicio consta de un médico jefe de servicio, 4 médicos tratantes: clínico, cirujano, neurólogo e intensivista; 6 médicos generales que ya trabajan 8 años, 6 médicos residentes que rotan cada 1-2 meses por este servicio; no hay internos rotativos; hay 6 enfermeras, 6 auxiliares de enfermería, 4 mensajeros-camilleros y un guardia de seguridad. Existen 6 choferes para las ambulancias que se reparten en tres turnos. El personal médico recibe docencia todos los días durante una hora.

La producción del servicio de emergencia es la siguiente:

Durante el día se atienden en promedio 80 casos, de los cuales son verdaderas urgencias el 5%, correspondiendo de estas pocas el 80% a accidentes de tránsito de mayor gravedad. Sin embargo entre el 9 y 10% son casos de accidentes de tránsito que no revisten gravedad consistentes en lesiones leves tales como contusiones,

excoriaciones o pequeñas heridas. El 85% restante son consultas por lo general no urgentes o consultas externas extemporáneas.

Las enfermedades más frecuentes que se atienden en el servicio son: infecciones digestivas y respiratorias agudas, asma bronquial, traumatismos leves, inflamaciones quirúrgicas como apendicitis y colecistitis agudas, intoxicaciones alcohólicas y enfermedades cardiovasculares como infarto cardíaco y accidentes cerebrovasculares. Del total de traumatismos el 80% son debidos a accidentes de tránsito, siendo las lesiones más frecuentes las de extremidades acompañadas algunas de ellas de fracturas, las de tórax, las de abdomen y los traumatismos craneo-encefálicos. Los pacientes más afectados son los adultos entre los 20 y 40 años que constituyen alrededor del 50%, los niños y jóvenes entre 10-20 años corresponden al 25%, los pacientes entre 50-70 años el 20% y los niños menores de 10 años el 5%. De las lesiones se estima que el 5% son graves, el 3% son moderados y el 92% son leves. Todos los casos que acuden al servicio son atendidos y se refieren a otros hospitales una vez que se ha superado la situación de urgencia y el paciente se encuentra en condiciones estables, cuando no es derecho-habiente o no dispone de recursos económicos, en cuyo caso se remite a alguno de los hospitales del Ministerio de Salud Pública.

CAPITULO V

5. DETERMINACIÓN DE LA CAPACIDAD REAL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE QUITO PARA LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE LA SALUD DE URGENCIAS.

Para la determinación de la capacidad real de los establecimientos de salud de Quito para la resolución de la salud de urgencias, es necesario que se describan algunos conceptos, principios y procedimientos que rigen la planificación y programación funcional de los hospitales, las normas y políticas operacionales de los servicios de urgencias, la organización, funcionamiento y coordinación con los demás servicios hospitalarios tales como: terapia intensiva, quirófanos, banco de sangre, laboratorio, radio-diagnóstico, gabinetes de exámenes especiales, admisión, consulta externa, hospitalización, central telefónica, ambulancias y extrahospitalarios: otros servicios sociales de la comunidad y sobre todo la organización y funcionamiento de una red de servicios médicos y paramédicos para la atención de urgencias.

Aunque en algunos países se habla del término "emergencia" que engloba a los servicios de atención de consultas extemporáneas y de los casos de urgencias propiamente dichas, entendiéndose por "urgencia" toda situación súbita o inesperada que altera gravemente la salud de una persona y que implica el riesgo inminente de perder la vida si no se atiende inmediatamente. Por esta razón todo servicio de urgencias debe tener una ubicación que permita el fácil acceso de los usuarios y una disposición de sus ambientes, instalaciones y equipos que posibilite la atención médica y paramédica en forma

rápida y eficiente. Debe contar con las siguientes secciones: sala de espera y puesto de control, consultorios y cuartos de curación, cubículos de observación para hombres y mujeres, sección pediátrica, área para traumatología y para yesos, cuarto séptico para casos infectados, lugar de trabajo para enfermería,, utilería limpia y usada,, cuarto de aseo, cuarto de baño, área para equipo de rayos X portátil con cuarto oscuro, laboratorio de urgencias con reserva de sangre, cuarto de reposo para el médico de guardia. En muchos hospitales se considera apropiado disponer de un quirófano contíguo para las intervenciones quirúrgicas de urgencias, aunque en los modernos hospitales el servicio de urgencias forma parte de un bloque de servicios de medicina crítica, junto con el centro quirúrgico y la Unidad de Cuidados Intensivos.

Como hemos visto las situaciones de urgencias médicas son cada día más frecuentes, tanto porque los accidentes y las violencias son cada vez más numerosos y de mayor gravedad, cuanto porque la conciencia social de los usuarios de valorar y dar atención a la medicina preventiva no se incrementa en la misma proporción y muchas veces más bien disminuye, lo que ha motivado que se modernicen los diseños, construcción y operación de los servicios de urgencias y que se creen especialidades de urgencias en medicina y enfermería, con sofisticadas instalaciones y equipos. Por la gran responsabilidad y el estrés que provoca el trabajo en un servicio de urgencias se recomienda que el personal que aquí labora sea el de mayor calificación, experiencia y ecuanimidad para resolver eficazmente las situaciones graves de salud que se presentan.

En el servicio de urgencias se atienden pacientes

de diversas enfermedades y gravedad: traumatismos, intoxicaciones, envenenamientos, otras enfermedades súbitas como hemorragias de distinta índole interna o externas, deshidratación, picaduras, dolores intensos, pérdida del conocimiento, quemaduras, infartos, embolias, etc. Sin embargo en la realidad en los servicios de urgencias de todos los hospitales, se atiende un alto porcentaje de casos que no son verdaderas urgencias sino consultas extemporáneas. Según Fajardo 1983: "...con frecuencia más del 60% de los pacientes que recurren al servicio de urgencias no necesitan atención inmediata". Por otra parte al servicio de urgencias llegan gran cantidad de accidentados o personas que han sufrido un accidente o suceso fortuito del que resulta una lesión reconocible, accidente que requiere de atenciones costosas e inmediatas y que en determinado número dejan secuelas de invalidez o muerte, cuando con un proceso de educación y concientización se lograría evitar gran parte de ellos con las ventajas que ésto supone no solo para la economía de la sociedad sino por la seguridad ciudadana y la vida que no tienen precio, pues son invalorable.

Entre las características más sobresalientes que debe tener un servicio de urgencias se destacan:

- 1) Ubicación de fácil acceso peatonal y vehicular.
- 2) Señalización clara y sencilla, identificable por todo tipo de usuarios.
- 3) Relaciones funcionales directas con otros servicios críticos, cercana con servicios de apoyo.
- 4) Dotación adecuada de equipos, insumos y medicamentos, con existencias de reservas para afrontar situaciones

imprevistas de emergencias y desastres.

5) Atención ininterrumpida durante las 24 horas del día, durante todos los días del año.

6) Disponibilidad inmediata de personal médico, paramédico y de servicios generales, debidamente capacitado.

7) Coordinación óptima con los demás servicios del hospital.

8) Efectivo sistema de comunicaciones con al menos uno con suficiente autonomía: radio, teléfono, etc.

9) Tecnología de telediagnóstico con personal adiestrado para manejar este sistema.

10) Normatización de procedimientos en conocimiento de todo el personal.

11) Ágil y adecuado sistema de transporte: ambulancias dotadas de equipos e insumos mínimos para la atención de urgencias: Oxígeno, desfibrilador, monitor, respirador, electrocardiógrafo, sondas, equipos de sutura, traqueotomía, atención de parto, medicamentos de urgencias, sueros, etc.

12) Evitar vicios de procedimientos: convertir al servicio en consulta externa extemporánea, área de curaciones o de inyecciones y vacunaciones, área de hospitalización suplementaria (mini-hospital dentro del hospital), área de instrumentación especial no urgente.

13) Otorgar atención eficiente y oportuna. Tener un sistema de "triage" o clasificación de pacientes a fin

de que reciban el tipo de tratamiento que se requiere de acuerdo a su padecimiento.

14) Crear un ambiente de confianza y seguridad frente a la angustia y desesperación que la demanda de atención produce.

15) Disponer de un sistema ágil de registro de pacientes y de estadísticas, que permitan la valoración y el seguimiento de los casos y no una cantidad interminable de papeles y datos.

16) Tener procedimientos sencillos de referencia bidireccional.

Es indispensable que la historia clínica sea correctamente llenada y que lleve el nombre y la firma del médico que atiende al paciente, que tenga la información relacionada con la identificación personal del paciente, dirección domiciliaria, trabajo, teléfonos y sobre todo datos relacionados con parientes cercanos o personas que le conozcan, para fines médico-legales; el tipo de enfermedad, lesión o accidente que en este último caso es necesario determinar además: lugar, hora, circunstancias del accidente, responsable; antecedentes de importancia para el diagnóstico y tratamiento tales como: alergias, tipo de sangre, otras enfermedades que padezca y los tratamientos que recibe. Para el registro de los demás datos referentes a la exploración física, exámenes complementarios, tratamiento, evolución y pronóstico existen formularios específicos que son parte de la historia clínica única, que sin embargo debe actualizarse y adecuarse con estos datos que hemos anotado precedentemente, en razón de que la atención de una situación de urgencia puede tener repercusiones

inesperadas o imprevistas, tales como denuncias por supuesta mala práctica médica, reacciones médicas indeseables, discapacidades temporales o permanentes, etc.

Otro aspecto de vital importancia y que se ha mencionado anteriormente es el del personal de urgencias:

-Los médicos que atienden deben ser los de mayor preparación y experiencia, en vista de que una urgencia puede iniciarse con síntomas leves o casi desapercibidos como en el caso de un infarto miocárdico que puede presentarse con dolor del pecho o aún sin él, un dolor de cabeza que puede ser originado por una reacción emocional o por una hemorragia cerebral, una molestia abdominal que puede ser el inicio de un abdomen agudo por apendicitis aguda o por una trombosis mesentérica cuando se transforma en dolor intenso, y en este orden se puede establecer toda una gama de posibilidades diagnósticas. Lamentablemente en el caso de los hospitales y clínicas de nuestro medio el personal que está a cargo de la atención de las urgencias es el personal menos entrenado, personal en formación constituido por estudiantes de último año de medicina o de carreras afines: enfermería, tecnología médica, obstetricia, que realizan sus prácticas pre-profesionales. Este es el caso de los hospitales del Ministerio de Salud Pública, en donde además existen médicos residentes que están en sus primeros años de práctica profesional y como parte de su entrenamiento rotan por el servicio de urgencias o parte de su trabajo de turno o guardia lo hacen por este servicio atendiendo los casos relacionados con la especialidad en la cual están adiestrándose. Por la magnitud y complejidad de algunos de estos hospitales, como en el hospital de especialidades "Eugenio Espejo" y

en el hospital de niños "Baca Ortiz", existen además médicos de planta o sea médicos que trabajan su jornada diaria exclusivamente en este servicio dirigidos por el médico Jefe, lo cual le otorga cierta confiabilidad al servicio.

Una de las más graves deficiencias de los servicios de urgencias, además de la falta de equipos de monitoreo y de reanimación, de la carencia o insuficiencia de medicamentos e insumos, es la falta de ambulancias debidamente equipadas y con personal entrenado para la atención de urgencias; los vehículos que existen son furgonetas con camillas para transporte de pacientes, operadas por un chofer sin ningún conocimiento paramédico, que es acompañado no en todas las ocasiones por una auxiliar de enfermería. Además son vehículos antiguos en su mayoría, con 5 o más años de antigüedad, que se encuentran en regulares condiciones de funcionamiento, otros inutilizados totalmente por falta de repuestos o por no disponer de fondos para rehabilitarlos. El sistema de radio no está disponible en todos los vehículos o es de deficiente calidad. Lo aconsejable si es que no se dispone de personal médico y paramédico, es entrenar un grupo de choferes y de auxiliares de enfermería en técnicas básicas de diagnóstico y tratamientos de primeros auxilios y de reanimación.

La innovación más importante que en el funcionamiento de los servicios de urgencias ha contribuido a reducir la mortalidad intrahospitalaria ha sido disponer de áreas de tratamiento quirúrgico y de procedimientos especiales junto a este servicio o formando parte del mismo, de tal manera que un paciente pueda ser intervenido sin pérdida de tiempo ni tener que

ser movilizado. Un paciente que ha sufrido un accidente de tránsito puede revestir diversa gravedad: desde excoriaciones, contusiones u otro tipo de lesiones superficiales que pueden ser resueltas sin contratiempos hasta lesiones extremadamente graves como ruptura de hígado, bazo o de una arteria, que exigen medidas heroicas de atención inmediata, aún antes de poder verificar o establecer un diagnóstico más preciso con una serie de exámenes complementarios. Otro factor decisivo para disminuir la mortalidad de las urgencias ha sido disponer de una red de ambulancias de cuidados coronarios o de cuidados intensivos, dotada de desfibriladores, respiradores, electrocardioscopio y equipos de telemetría (diagnóstico transmitido desde una central hacia la ambulancia que registra los datos del accidentado) y diagnóstico computarizado. Este sistema es altamente costoso por la tecnología empleada y por la necesidad de personal debidamente entrenado. De esta manera mediante la disminución de los tiempos de activación (intervalo entre la notificación de un accidente y la salida de la ambulancia) que se recomienda que no exceda de 3 minutos, la disminución del tiempo de respuesta (intervalo entre la notificación del accidente y la llegada de la ambulancia al sitio requerido) que no debe exceder de 8 minutos en el 50% de los casos y de 25 minutos en el 95% de los casos, aunque en áreas metropolitanas se recomienda que no exceda de 7-14 minutos en el 50 y 95% de los casos.

Para una correcta evaluación de los servicios de urgencias se debe tomar en consideración la siguiente información:

1) Número del personal médico y paramédico según tipo, turno y horas de servicio: médicos tratantes, generales y

especialistas, residentes, internos rotativos, enfermeras, auxiliares de enfermería, etc.

2) Número y tipo de ambientes para el diagnóstico y tratamiento: camillas, camas de observación, de rehidratación.

3) Determinación de rendimientos: Número de pacientes atendidos según horas médico disponible.

4) Número y tipo de pacientes atendidos: adultos, niños, mujeres, hospitalizados, referidos a otros hospitales, fallecidos; condición al momento del alta.

5) Número y tipo de exámenes de laboratorio, radiodiagnóstico y de gabinete (ecoesonografía, endoscopia, etc).

6) Costos promedios y según tipos de atención.

Los equipos esenciales para la atención de urgencias son:

1) Equipo básico de diagnóstico: tensiómetros, estetoscopios y equipos para examen de los órganos de los sentidos, electrocardiógrafo.

2) Equipo básico para tratamiento de urgencias: resucitadores, respiradores, aspiradores, desfibriladores, oxígeno.

3) Instrumental quirúrgico para sutura, curación, atención de partos, traqueotomía, cirugía menor y mayor.

4) Laboratorio de Urgencias: microscopio, centrífuga, espectrofotómetro, reactivos y aparatos de vidrio.

5) Equipo de rayos X y accesorios de cámara oscura.

6) Banco de sangre o hemoteca (depósito de sangre y derivados: plasma, paquetes globulares, sangre total).

6) Equipos complementarios de diagnóstico y tratamiento: Ultrasonido, endoscopia, laparoscopia, tomografía axial computarizada, resonancia magnética, medicina nuclear, etc, equipos que solo están disponibles en pocos

establecimientos de salud del país.

7) Mobiliario médico: mesas de exploración, camillas y sillas de ruedas.

Para el cálculo del personal médico necesario para el servicio de urgencias y para la determinación del número de camillas o cubículos de atención se parte de la demanda real o estimada de las atenciones en este servicio y de la estancia promedio de los pacientes en el servicio hasta que son egresados con el alta, son referidos a otro establecimiento, internados en el mismo hospital o fallecen. La fórmula que se aplica para el cálculo del número de camillas es el siguiente: número de pacientes que se atienden en promedio en el día por las horas de estancia que no deben exceder de 24 horas; este producto se divide para las 24 horas del día, agregándosele al resultado un 25% como margen de operabilidad para situaciones imprevistas o catástrofes. Por ejemplo si en un hospital se atienden 30 pacientes diariamente en urgencias, que permanecen en promedio 8 horas, se necesitarían: $(30 \text{ pacientes} \times 8 \text{ Horas} / 24 \text{ horas}) + 25\% = 12 \text{ camillas}$. Otra forma de determinar el número de camillas es considerar el 5% del número de camas hospitalarias.

CAPITULO VI

6. CONCLUSIONES

6.1. ASPECTOS FAVORABLES

6.1.1. La Constitución Política de la República del Ecuador, como la máxima expresión legal del país garantiza a todas las personas, el derecho a la vida, la salud, la seguridad y la atención médica. Así en su artículo 14 establece "El derecho a un nivel de vida que asegure la salud, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios"; en el artículo 17 "La libertad y seguridad personales".

6.1.2 La Ley de Tránsito y Transporte Terrestres contiene una serie de requisitos y regulaciones para la conducción de vehículos de motor y señala las instituciones que se encargan de su ejecución y control tales como las jefaturas provinciales de tránsito y transporte terrestres que son organismos de planificación, ejecución y control, los Juzgados de Tránsito administran justicia en esta materia y la Policía Nacional ejecuta las resoluciones de todos los organismos correspondientes.

6.1.3. Hay estipulaciones legales que amparan a los ciudadanos de los accidentes de tránsito. El perjudicado en un accidente de tránsito podrá demandar al causante la indemnización por daños y perjuicios, del cual son solidariamente responsables el mecánico y sus ayudantes,

si el vehículo se le ha entregado para su arreglo. La contratación de seguro de responsabilidad civil contra terceros para cubrir riesgos de accidentes de tránsito es obligatorio.

6.1.4. Las leyes contemplan sanciones aplicables a los delitos de tránsito y comprenden la reclusión menor ordinaria de 6 a 9 años, prisión de hasta 5 años y suspensión temporal o definitiva de la autorización para conducir vehículos de motor. Las contravenciones se sancionan con prisión de hasta 15 días, multa de hasta 1/4 del salario mínimo vital y suspensión temporal de la autorización de conducir vehículos de motor. En estos casos los infractores serán detenidos de inmediato y puestos a órdenes del Juez.

6.1.5. Existen pruebas técnicas objetivas para detectar si un conductor se encuentra en estado de embriaguez o de intoxicación por drogas psicotrópicas. Se verifica con exámenes(alcoholotex, narcotex y otros).

6.1.6. Existe la obligatoriedad de asistir a las víctimas de un accidente de tránsito con el fin de establecer la solidaridad social y disminuir las secuelas: Las personas que estén presentes en un accidente de tránsito tienen la obligación de auxiliar a las víctimas.

6.1.7. La Ley contempla el acuerdo mutuo de los involucrados en un accidente de tránsito que implique una contravención que prescribe en 90 días o cuando hay solo daños materiales se extingue por remisión de la parte ofendida.

6.1.8. El Código de la Salud establece los requisitos necesarios para la creación y funcionamiento de los

establecimientos de salud y determina las competencias de la autoridad de salud para regular la atención médica y paramédica, asegurando la prestación del servicio a los usuarios.

6.1.9. La "Ley de derechos y amparo al paciente" promulgada el 20 de Enero de 1995 y publicada en Registro Oficial 626 del 3 de Febrero del mismo año, determina los derechos del paciente a: una atención digna y oportuna sin discriminación, a la confidencialidad, a la información y a decidir la aceptación del tratamiento. Esta ley establece la obligatoriedad de que todos los centros de salud, desde los dispensarios hasta los hospitales, atiendan inmediatamente, sin necesidad de pago previo alguno, a un paciente en estado de emergencia y determina las sanciones correspondientes por su falta de atención, incluyendo la indemnización y la prisión hasta por 6 años en caso de fallecimiento por desatención.

6.1.10. Se halla institucionalizada la atención a los discapacitados, muchos de los cuales son producto de accidentes de tránsito. La Ley sobre discapacidades (1992) ampara a las personas con discapacidades y determina las medidas de prevención y atención. El reglamento de esta ley establece programas de prevención de accidentes incluidos los de tránsito, las medidas de control contra el uso indebido de drogas que incluye al alcohol y la realización de estudios epidemiológicos para conocer los factores de riesgo y causa de las discapacidades. El Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS) es un organismo que dicta las políticas, normas y procedimientos para la atención de los discapacitados y coordina con las demás instituciones públicas y privadas para la implementación

de los planes y programas correspondientes.

6.1.11. El Ministerio de Salud Pública ha elaborado en Septiembre de 1992 el Índice de disposiciones legales emitidas por el portafolio desde 1907 hasta 1992, de la cual se han obtenido algunas bases jurídicas que se relacionan con los servicios de salud, emergencias, educación y discapacidades: Plan Nacional de Emergencias del Ministerio de Salud Pública y entidades del sector Salud, Comité Nacional de Salud para emergencias y su reglamento, normas y procedimientos técnico-médicos para la atención de los pacientes, regulaciones referentes a los medicamentos y su uso; Sistema Nacional de Atención Farmacoterapéutica (SINAF), Reglamento del Sistema Nacional de Aprovisionamiento de sangre y derivados.

6.1.12 Para atender los problemas de conducta que pueden incidir entre otros en los accidentes de tránsito se creó la Dirección Nacional de Salud Mental que regula el tratamiento y rehabilitación de pacientes alcohólicos y fármaco-dependientes, entre otra funciones.

6.1.13 La educación en salud representa uno de los campos de acción más importantes para combatir el azote de la epidemia de los accidentes de tránsito, por lo cual se han realizado convenios y acciones conjuntas entre el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Educación y Cultura. Mediante Decreto Supremo Nº 35 del 28-02-72 publicado en R.O. 13 del 3-03-72 se crea en Quito la Comisión Mixta de Salud y Educación y con Decreto Supremo Nº 203 del 7-04-72 se expide su reglamento interno. Con Resolución Interministerial Nº 1023 del 23-04-84 publicado en R.O. 747 del 18-05-84 MSP-MEC se aprueba el Reglamento Interno de la Oficina Técnica Interministerial de Educación para la Salud (OTIDES).

Es importante dar énfasis a la educación vial y por ello una medida acertada en nuestro país, ha sido incluir en el Consejo Nacional de Tránsito al Ministro de Educación, que será el promotor de un proceso educativo que fortalezca o rectifique el comportamiento social.

6.1.14. Los sistemas de transporte constituyen un elemento vital para la circulación de personas, bienes y servicios dentro de un proceso de comercialización, industrialización y urbanización mas interrelacionados, que por lo tanto requieren de una infraestructura vial y de transporte cada vez más compleja.

6.1.15. El problema de los accidentes de tránsito por su gran magnitud y trascendencia a nivel mundial, ha sido objeto de la atención de organismos internacionales. En la Asamblea Mundial de la Salud realizada en 1976 ya se vislumbró el grave problema de salud pública por las repercusiones epidemiológicas del incremento vertiginoso que los accidentes de tránsito estaban produciendo especialmente entre la población joven.

6.1.16. Los accidentes de tránsito exigen ingentes recursos técnicos y humanos que demandan altos costos para la atención de heridos que muchas veces fallecen o en otros casos quedan discapacitados severamente.

6.1.17. El mal comportamiento y la baja educación de los usuarios de las carreteras es el principal factor que contribuye a la mayoría de los accidentes de tránsito, al determinar las condiciones de elección libre y voluntaria, observancia de signos, selección de la velocidad y de los pasos a seguir en determinadas circunstancias como rebasar o cruzar, pero sin dejar de analizar las actitudes culturales fundamentales como la

fé o el fatalismo.

6.1.18. La conservación de los vehículos en los países en desarrollo plantea algunos problemas particulares como la escasez de repuestos, sus altos costos, la calidad inferior de sustitutos o improvisadas piezas y la necesidad de prolongar por muchos años la vida útil de los vehículos, problemas que no han sido evaluados como causa de accidentes de tránsito pero que son fácilmente deducibles su importancia concausal.

6.1.19. La legislación y la aplicación de las leyes en la medida que producen cambios de conducta y generan futuras leyes es un proceso dinámico de control que amerita actualizarse constantemente.

6.1.20. En la era actual caracterizada por la aceleración de los procesos y por la demanda paradójica de tiempo, las personas están sujetas a la tecnología y rapidez de la comunicación y del transporte. Hay actividades que demandan del transporte en diversas formas y prioridades, que tienen diferente connotación entre los individuos.

6.1.21. Los semáforos en nuestra ciudad no son suficientes, un buen número de ellos deficientemente instalados o vetustos, algunos de ellos con defectos de funcionamiento que señalan luz verde en las dos direcciones simultáneamente, habiendo sido la causa de graves accidentes.

6.1.22. Con la conformación del Distrito Metropolitano de Quito se abre una buena posibilidad para el manejo descentralizado del tránsito, coordinando acciones con la Policía Nacional.

6.1.23. La organización del Sistema Metropolitano de Transporte recientemente instaurado en la ciudad, conformado por los trolebuses impulsados por energía eléctrica -no contaminante- cuenta con inspectores de recorrido que disponen de radio, para un mejor control y prevención de accidentes.

6.1.24. La Policía Nacional y el Distrito Metropolitano de la ciudad están colaborando estrechamente en una serie de proyectos que tienen relación con la seguridad ciudadana: tránsito y transporte, trolebus, descontaminación ambiental, control delincencial y expendio de bebidas alcohólicas. Por su parte la Policía realiza constantemente campañas y operativos de control y evaluación de los accidentes de tránsito.

6.1.25. Los resultados que se están obteniendo con los operativos de control y educación vial, aunque no hay un balance definitivo, indica que los accidentes se redujeron en número.

6.1.26 Para controlar con mayor efectividad la actitud de los conductores de vehículos, la Policía creará el Instituto de Investigaciones Viales y Psicotécnicas, que contará con personal de médicos, psicólogos e ingenieros para realizar estudios sico-sensoriales, de deficiencias mentales y nerviosas o fallas ósteo-musculares que pueden ser la causa de reacciones inadecuadas o inoportunas durante la conducción vehicular. De esta manera se podrá tener elementos técnico-científicos para calificar a los conductores aptos.

6.1.27. Un aspecto que está siendo considerado por el Ministerio de Salud Pública durante el presente año es el relacionado con el proyecto de creación de una red de

emergencias que mediante la acción coordinada entre los establecimientos de salud existentes debidamente fortalecidos, un sistema de comunicaciones y la dotación de ambulancias debidamente equipadas y con personal paramédico entrenado, se atenderá en forma oportuna y adecuada los casos de accidentes.

6.1.28. Con la resolución Municipal para el control de venta de las bebidas alcohólicas, la Policía y la Cruz Roja coinciden en señalar que el porcentaje de los accidentes de tránsito ha disminuído a un 30%; los fines de semana se producían hasta hace poco 15 víctimas en la ciudad y ahora 5 víctimas.

6.1.29. En lo concerniente a la educación vial, existen interesantes apuntes, programas y materiales elaborados por el Departamento de Educación Vial de la Dirección Nacional de Tránsito, entre los que se destacan: 1) La cartilla sobre las señales de tránsito. 2) Consejos para caminar y viajar con seguridad.

6.2.30. En la ciudad de Quito existen establecimientos de salud dependientes de varias instituciones públicas y privadas que prestan servicios ambulatorios de consulta externa y de urgencias así como servicios de hospitalización, lo que permite contar con una infraestructura básica para la atención de los accidentes de tránsito.

6.2.31. El Ministerio de Salud Pública desde 1990 se encuentra impulsando varios programas y proyectos tendientes a fortalecer la organización y funcionamiento de los establecimientos de salud conformando una red de servicios coordinados para la atención ambulatoria y de hospitalización, lo que permitirá facilitar la atención

de las víctimas de los accidentes de tránsito.

6.2.32. Todos los hospitales del Ministerio de Salud Pública disponen de servicios de urgencias que cuentan con los ambientes mínimos indispensables para la atención de urgencias clínicas y quirúrgicas de moderada gravedad, es decir que están en capacidad de dar atención a la mayor parte de casos que se presentan a diario,

6.2 FACTORES ADVERSOS

6.2.1. El incremento del parque automotor ha aumentado el flujo vehicular aumentando las posibilidades de accidentes de tránsito, lo que unido a la expresión social de violencia ocasionan numerosos accidentes de tránsito que deja un gran número de víctimas, aumentando la demanda de los servicios de salud de urgencias.

6.2.2. El incremento en el consumo de alcohol y otras drogas ha aumentado la frecuencia y gravedad de las lesiones por accidentes de tránsito, estimándose que el alcohol es causa directa de 30-50% de los accidentes graves de tránsito y sus defunciones.

6.2.3. Los accidentes de tránsito han sido una de las causas de mortalidad y de lesiones que ha venido aumentando progresivamente en los últimos años debido al crecimiento demográfico y el número de vehículos circulantes, que en la ciudad de Quito ha sido más notorio en el último lustro por la apertura de las importaciones de vehículos.

6.2.4. "La Nueva Ley de Tránsito" ha generado

controversias y una tenaz oposición por parte de los choferes profesionales que ven amenazados su estabilidad y su trabajo al considerar que las sanciones son desmedidas frente a las infracciones cometidas. Por esta razón el proyecto de la nueva Ley de Tránsito, que en esencia contempla sanciones pecuniarias y penales más severas, aún no ha sido aprobado por el Congreso.

6.2.5. A los vacíos de la Justicia y a las falencias de la educación en todos sus niveles escolar y familiar principalmente, se unen la irresponsabilidad personal y el cohecho para agudizar e incrementar el número de accidentes de tránsito, asociados muchas veces a conductores en estado de ebriedad.

6.2.6. Cuando hay días festivos y más aún cuando son varios días seguidos o temporadas como en carnaval o semana santa aumentan ostensiblemente los accidentes de tránsito.

6.2.7. El tránsito se está convirtiendo en un reflejo de la sociedad actual con todas sus debilidades, inestabilidad y violencia, que generan agresividad y desconcierto.

6.2.8. Con el crecimiento del parque automotor no se ha dado, lamentablemente, una legislación actualizada para reorganizar el sector transporte a fin de que la actual insuficiencia de infraestructura vial se adapte por los menos transitoriamente a la nueva realidad.

6.2.9. Es preocupante la composición de la red vial del país y el hecho de que en el presupuesto de 1996 las asignaciones para tal sector se reduzcan considerablemente, puesto que si bien en términos

absolutos se incrementan en 4,3%, frente a una inflación del 23% se da un decrecimiento real de más del 18%. Esta situación determinó que más de 26 mil kilómetros de caminos vecinales que constituyen el 60% de la red vial se vuelvan intransitables sobre todo en las estaciones invernales, pues incluso la red principal de casi 6 mil kilómetros se deteriora en tasas mayores a su crecimiento o mejoramiento.

6.2.10. Con todas las prebendas de exoneraciones de impuestos en la importación de vehículos que se han concedido a los choferes profesionales, lamentablemente las presiones políticas que siguen ejerciendo los sindicatos de choferes profesionales del Ecuador sobre los diputados y especialmente de la Comisión de Transporte del Congreso Nacional, que están analizando la Nueva Ley de tránsito, han provocado dilaciones y obstrucciones que no han permitido que esta ley sea aprobada en forma consciente, responsable, diligente. De esta manera se explica que hasta la presente fecha la nueva ley de tránsito continúe en el Congreso sin ser aprobada y más bien siga sujeta a una serie de cambios que le están disminuyendo la severidad de las penas que contemplaba el proyecto original.

6.2.11. Los accidentes de tránsito se han incrementado en forma notable en los últimos años y a partir de 1991 es la primera causa de muerte en la provincia de Pichincha, ocasionando una gran demanda de los servicios de salud de urgencias que presentan insuficiencias para dar la atención requerida.

6.2.12. Existe subutilización de los recursos hospitalarios por una inadecuada administración e ineficiente operación de los servicios, lo que limita las

posibilidades de disponer de mayor capacidad para la atención de las urgencias, especialmente aquellas originadas por los accidentes de tránsito que revisten diversa intensidad y gravedad: desde lesiones mínimas o ausentes, choque emocional (provocados por el susto o por lesiones evidentes) hasta lesiones importantes que comprometen a órganos vitales.

6.2.13. Los heridos graves accidentados rara vez reciben atención profesional médica o paramédica en el sitio del accidente, y son movilizados inadecuadamente, tardan varios minutos y hasta horas para ser atendidos, debido a la falta de un servicio de eficiente y eficaz de atención ambulatoria lo que ocasiona una alta mortalidad o discapacidades.

6.2.14. No existe un adecuado sistema de registro de accidentes de tránsito que permita realizar investigaciones epidemiológicas, ni las estadísticas hospitalarias permiten una suficiente evaluación de los mismos, a fin de diseñar planes y acciones específicas para controlar y disminuir sus efectos.

6.2.15. No se han realizado investigaciones científicas sobre las repercusiones médico-sociales y económicas que tienen los accidentes de tránsito, pero se estima que las pérdidas materiales asociadas a las lesiones son de gran magnitud.

6.2.16. La falta de materiales e insumos y de medicamentos ha obligado a los hospitales públicos a derivar pacientes a otras unidades de salud, problema que se ha tornado crítico por la falta de presupuesto para gastos de operación y debido a la falta de decisión política para continuar con los proyectos de autogestión

que estaban solventando recursos para los gastos emergentes. A este problema se suman otras severas limitaciones como la obsolescencia de la mayor parte de equipos, el deterioro de las instalaciones, la falta de mantenimiento y de repuestos para los equipos que por esta razón se encuentran inutilizados restringiendo la atención de las urgencias.

6.2.17. La falta de capacitación y adiestramiento del personal médico, paramédico y de enfermería en la atención de urgencias y en el manejo del trauma, la particularidad de que buena parte de la responsabilidad de la atención de urgencias está en mano de los internos rotativos (estudiantes de último año) y de médicos residentes que constituyen personal en proceso de formación, disminuye la calidad de la atención de las urgencias y aumenta la mortalidad y las discapacidades.

6.2.18. De las atenciones de emergencia hospitalaria, la mayor parte son consultas extemporáneas, lo que desvirtúa la naturaleza de los servicios de urgencias y resta las posibilidades de atención de los verdaderos casos de emergencia o urgencias como son los accidentes de tránsito.

6.2.19. La mayoría de los hospitales del Ministerio de Salud han paralizado frecuentemente su atención debido a la "falta de presupuesto de operación" y a la manipulación de fuertes movimientos sindicales y gremiales que no escatiman en poner en peligro la vida de las personas que aún en casos de urgencias acuden y son rechazados.

6.2.20. Una de las más graves deficiencias de los servicios de urgencias, además de la falta de equipos de

monitoreo y de reanimación, de la carencia o insuficiencia de medicamentos e insumos, es la falta de ambulancias debidamente equipadas y con personal entrenado para la atención de urgencias. El sistema de radio no está disponible en todos los vehículos o es de deficiente calidad.

6.3. RECOMENDACIONES

6.3.1. A la Presidencia de la República a fin de apoyar las políticas de salud del país, especialmente las relacionadas con las urgencias y los accidentes de tránsito: Que el Ecuador como país miembro de la Organización Mundial de la Salud cumpla con los objetivos y resoluciones que se han establecidos en las reuniones de la Asamblea Mundial, especialmente en lo referente a este flagelo actual que son los accidentes de tránsito: 1) Intercambiar experiencias e informaciones sobre la naturaleza de los problemas de los accidentes de tránsito en los países en desarrollo. 2) Examinar si los métodos establecidos en los países desarrollados para prevenir los accidentes de tránsito pueden ayudar en los países en desarrollo. 3) Fomentar entre los gobiernos la conciencia de las consecuencias que tienen los accidentes de tránsito de carretera para la salud pública y la necesidad de implantar medidas sanitarias destinadas a mejorar la seguridad de las carreteras, educar a la comunidad para que conozcan y respeten las normas y las señales de tránsito. La realización de campañas de educación vial a través de la difusión de diversos instructivos, manuales y folletos sobre el conductor, el peatón, el alcoholismo y su relación con los accidentes de tránsito y otros. 4) Definir los principios

fundamentales para formular políticas de seguridad del tránsito en los órdenes nacional e internacional.

6.3.2. A los Ministerios de Salud Pública, de Gobierno y de Educación: Que se desarrollen políticas y programas de prevención y seguridad en las carreteras, considerando la necesidad de personal capacitado, de riguroso control del parque automotor estableciendo un nuevo límite de vida útil pues su mayor número de años de vida útil que en nuestro medio representan el más grave riesgo a la seguridad de las personas y las irregulares condiciones así la falta de mantenimiento adecuado de las carreteras. La Organización de la Seguridad del Tráfico y establecimiento de políticas de transporte es la prioridad.

Insistir en algunas otras medidas que si bien es cierto existen, no han sido motivo de una implantación sistemática y continua: capacitación técnica del personal de tránsito y de todos los choferes profesionales y sportman así como su control periódico técnico, médico y psicológico, inspección periódica de los vehículos y retiro de circulación de aquellos que no están en condiciones mecánicas mínimamente aceptables o de cierta antigüedad, aumento de la señalización de las vías y sincronización de los semáforos, implantación progresiva de los seguros de tránsito para el amparo de la protección civil de los conductores y la atención a las víctimas de accidentes.

6.3.3. A la Secretaría Nacional de Comunicación Social y al Consejo Nacional de Tránsito: Que se difunda la información sobre las repercusiones sociales y económicas de los accidentes de tránsito para fundamentar las decisiones de grandes inversiones en proyectos de transporte, obras de vialidad y de servicios de salud,

incluidos los de rehabilitación.

6.3.4. A los Ministerios de Salud Pública y de Gobierno: Que se establezcan los "Sistemas Nacionales de Notificación", que constituyen un sistema normalizado de captación, elaboración, procesamiento y difusión de datos sobre el tránsito, sus accidentes y las circunstancias que rodean a los mismos, considerando los antecedentes penales de los infractores y la normalización técnica de la terminología, para determinar el panorama general de los accidentes de tránsito, normas y desviaciones, costos y beneficios, control de eficacia de las medidas legales, educativas, de ingeniería y de salud. Los datos básicos de los accidentes de tránsito deben incluir: circunstancias del accidente, detalle del vehículo, características de las personas afectadas, naturaleza, gravedad y evolución de las lesiones.

6.3.5. A los Ministerios de Salud Pública y de Educación: Que la educación sobre seguridad en el tránsito especialmente para los jóvenes debe empezar en la enseñanza oficial escolar y complementarse con formas de atención primaria de salud.

6.3.6. A La Dirección Nacional de Tránsito: Que la selección y capacitación de los conductores debe ser más rigurosa para obtener mayor seguridad, sustituyendo las multas por los incentivos económicos, los exámenes convencionales por exámenes de comportamiento y criterio para establecer la seguridad y el buen juicio de los conductores, los exámenes médicos deben ser un requisito indispensable.

6.3.7. A La Dirección Nacional de Tránsito: Que los ingenieros diseñen y construyan carreteras que eviten

situaciones ambiguas e inesperadas, en intersecciones, material de autopistas, indicaciones y señales, prestación de servicios y control de obras de conservación y reparación, frente a los beneficios tangibles e intangibles que éstos representan.

6.3.8. Al Ministerio de Industrias: Que la tecnología apropiada para proteger contra lesiones o prevenirlas debe ir paralela con el progreso técnico y el incremento de la potencia de los vehículos, para evitar la gravedad de las lesiones por traumatismos craneales y medulares que ocasionan paraplejias y hemiplejias, cuyos altísimos costos y prolongados períodos de tratamiento y recuperación desvían recursos y tecnología de los servicios de salud.

6.3.9. A la Presidencia de la República: Que adopte el Convenio sobre tráfico de Ginebra de 1968, que ahora por el proceso de globalización e integración en el que estamos inmersos se hace necesario actualizar la legislación del tránsito internacional.

6.3.10. Reestructurar el Consejo Nacional de Tránsito para evitar la fragmentación en la responsabilidad para la organización y gestión de los programas de seguridad del tráfico que hacen necesaria la conformación de un Consejo Nacional que coordine las acciones de las instituciones de Policía, Salud y Educación, para formular y ejecutar acciones integrales de seguridad en el tránsito vehicular, en forma efectiva y sin presiones políticas, ni económicas.

6.3.11. A los Ministerios de Salud Pública y de Educación: Que la participación de las autoridades de salud pública tiene que trascender el tradicional ámbito

de afrontar las últimas consecuencias de los accidentes: tratar a los lesionados y rehabilitar a los incapacitados, utilizando personal altamente capacitado y moderno equipo con altos costos, para promover estrategias de atención primaria de urgencias y el tratamiento primario de lesiones, la evaluación epidemiológica de los accidentes de tránsito, rol preventivo y de educación sobre el efecto del alcohol y las drogas en los accidentes, la cooperación intersectorial e internacional, promoviendo el Año Internacional de la Seguridad en el tráfico.

6.3.12. Al Consejo Nacional de Tránsito y a las Direcciones de Tránsito: Que no se descuiden las normas de seguridad vial en el diseño y construcción de las carreteras, tomando especial cuidado aquellas de alta velocidad, cruces de vías en donde se producen un gran número de accidentes, por lo que debe evaluarse la posibilidad de realizar pasos a desnivel, que además agilitan el flujo vehicular.

6.3.13. Al Ministerio de Salud Pública: Que se propicie que todo servicio de urgencias deba tener una ubicación que permita el fácil acceso de los usuarios y una disposición de sus ambientes, instalaciones y equipos que posibilite la atención médica y paramédica en forma rápida y eficiente. Debe contar con las siguientes secciones: sala de espera y puesto de control, consultorios y cuartos de curación, cubículos de observación para hombres y mujeres, sección pediátrica, área para traumatología y para yesos, cuarto séptico para casos infectados, lugar de trabajo para enfermería,, utilería limpia y usada,, cuarto de aseo, cuarto de baño, área para equipo de rayos X portátil con cuarto oscuro, laboratorio de urgencias con reserva de sangre,

un quirófano contiguo para las intervenciones quirúrgicas de urgencias.

6.3.14. Al Ministerio de Salud Pública: Por la gran responsabilidad y el estrés que provoca el trabajo en un servicio de urgencias se recomienda que el personal que aquí labora sea el de mayor calificación, experiencia y ocuanimidad para resolver eficazmente las situaciones graves de salud que se presentan.

6.3.15. Al Ministerio de Salud Pública: Es indispensable que la historia clínica sea correctamente llenada y que lleve el nombre y la firma del médico que atiende al paciente, que tenga la información relacionada con la identificación personal del paciente, dirección domiciliaria, trabajo, teléfonos y sobre todo datos relacionados con parientes cercanos o personas que le conozcan, para fines médico-legales. en razón de que la atención de una situación de urgencia puede tener repercusiones inesperadas o imprevistas, tales como denuncias por supuesta mala práctica médica, reacciones médicas indeseables, discapacidades temporales o permanentes, etc.

6.3.16. Al Ministerio de Salud Pública y a las Universidades: Que los médicos que atienden en los servicios de urgencias deben ser los de mayor preparación y experiencia, en vista de que una urgencia puede iniciarse como un malestar inocente y requerir una gran experiencia y calificación profesional, lo cual le otorga cierta confiabilidad al servicio.

6.3.17. Al Ministerio de Salud Pública y a las Direcciones de Tránsito: Si no se dispone de personal médico y paramédico para las ambulancias, que se entrene un grupo

de choferes y de auxiliares de enfermería en técnicas básicas de diagnóstico y tratamientos de primeros auxilios y de reanimación.

6.3.18. Al Ministerio de Salud Pública: Para reducir la mortalidad intrahospitalaria es importante disponer de áreas de tratamiento quirúrgico y de procedimientos especiales junto al servicio de urgencias o formando parte del mismo, de tal manera que un paciente pueda ser intervenido sin pérdida de tiempo ni tener que ser movilizado.

6.3.19. Al Proyecto FASBASE (Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud del Ecuador): Que se disponga de una red de ambulancias de cuidados coronarios o de cuidados intensivos, dotada de desfibriladores, respiradores, electrocardioscopio y equipos de telemetría (diagnóstico transmitido desde una central hacia la ambulancia que registra los datos del accidentado) y diagnóstico computarizado. Este sistema es altamente costoso por la tecnología empleada y por la necesidad de personal debidamente entrenado. De esta manera mediante la disminución de los tiempos de activación (intervalo entre la notificación de un accidente y la salida de la ambulancia) que se recomienda que no exceda de 3 minutos, la disminución del tiempo de respuesta (intervalo entre la notificación del accidente y la llegada de la ambulancia al sitio requerido) que no debe exceder de 8 minutos en el 50% de los casos y de 25 minutos en el 95% de los casos, aunque en áreas metropolitanas se recomienda que no exceda de 7-14 minutos en el 50 y 95% de los casos.

ANEXO Nº 1. FORMATO PARA INVESTIGACION DE CAMPO
ACCIDENTES DE TRANSITO Y LOS SERVICIOS DE SALUD EN QUITO
1992-1996

HOSPITAL(O CLINICA).....No.CAMAS.....
DIRECCION.....TELEF.....FAX...
DIRECTOR.....
JEFE DE ENFERMERAS.....
JEFE DE URGENCIAS.....

INFRAESTRUCTURA FISICA Y EQUIPAMIENTO:

No. de Quirófanos:.....Equipos y su
estado:.....
RECUPERACION: No. de camas.....Equipos y
estado:.....
ESPECIALIDADES:.....
.....
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: No. de camas.... Equipos y
estado.....
SERVICIO DE URGENCIAS: No. de camillas de atención....
(Haga un croquis) No. camas de observación.....
Equipos:.....
Personal:.....
Ambulancia: No. y
equipos.....
Personal.....
Radio.....

LOS ACCIDENTES DE TRANSITO Y LOS SERVICIOS DE SALUD EN QUITO

1992-1996

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE QUITO

ENTREVISTA AL JEFE DEL SERVICIO Y ENFERMERA. Si es posible revisar datos estadísticos)

PRODUCCION ANUAL:

NUMERO APROXIMADO DE URGENCIAS/DIA.....NUMERO DE CASOS NO URGENTES/DIA:.....

10 ENFERMEDADES MAS

FRECIENTES.....

.....

NUMERO DE CASOS DE ACCIDENTES DE TRANSITO/DIA.....

TIPOS DE LESIONES MAS

FRECIENTES.....

.....

PACIENTES MAS AFECTADOS?(ANTEPONGA NUMERO ORDINAL SEGUN FRECUENCIA EJ.1 EL MAYOR..7 EL MENOR).

...NIÑOS...JUVENES...ADULTOS...ANCIANOS ...HOMBRES ...MUJERES.

GRAVEDAD DE LAS LESIONES: Señale porcentajes aproximados de:

...casos muy graves ...moderados ...leves.

Señale número aproximado de casos/día:No

atendidos y sus

razones.....

Numero de casos referidos/día.....

razones.....

.....

Numero de pacientes accidentados fallecidos/mes:

Total..... Llegaron muertos..... Fallecieron en

menos de 24 horas.... Fallecieron en más de 24

horas....

Causas de

decesos.....

Señale los aspectos positivos del

servicio.....

.....

.....

.....

.....

Señale los aspectos negativos del servicio.....

.....

.....

.....

.....

Cuáles serían sus recomendaciones para solucionar los

problemas del

servicio?.....

.....

.....

.....

OBSERVACIONES.....

.....

.....

FECHA DE LA ENTREVISTA.....

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR.....

CARGO.....

ANEXO No 2. FORMATO PARA INVESTIGACION DE CAMPO

ACCIDENTES DE TRANSITO Y LOS SERVICIOS DE SALUD EN QUITO

1992-1996

HOSPITAL "EUGENIO ESPEJO".....No. CAMAS 600 .

DIRECCION AV. COLOMBIA .TELEF 507906 FAX 507913.

DIRECTOR DR. LUIS CIFUENTES.

JEFE DE ENFERMERAS LCDA. ZOILA LUZ CAZAR.

JEFE DE URGENCIAS DR. VICENTE GARCIA

INFRAESTRUCTURA FISICA Y EQUIPAMIENTO:

No. de Quirófanos: 12 + 1 DE URGENCIAS.Equipos y su

estado: Equipamiento nuevo completo según normas.

RECUPERACION: No. de camas:7+ 3de urg..Equipos y estado:

Equipamiento adecuado en buen estado.

ESPECIALIDADES:Todas las especialidades del máximo nivel

de complejidad excepto: Oncología, dermatología,

radioterapia y resonancia magnética.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: No. de camas 8. Equipos y

estado: equipamiento completo en óptimas condiciones.

SERVICIO DE URGENCIAS: No. de camillas de atención:28.

(Haga un croquis) No. camas de observación: 14.

Equipos: Equipamiento normatizado en buen estado.

Personal: 9 médicos tratantes cirujanos, clínicos y

traumatólogos; 1 médico residente y 6 postgradistas, 17

enfermeras, 15 auxiliares y 6 auxiliares de limpieza.

Ambulancia: No. y equipos: 1 en mal estado, de

funcionamiento irregular. 4 choferes.

LOS ACCIDENTES DE TRANSITO Y LOS SERVICIOS DE SALUD EN
QUITO

1992-1996

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE QUITO

ENTREVISTA AL JEFE DEL SERVICIO Y ENFERMERA. Si es
posible revisar datos estadísticos)

PRODUCCION ANUAL:

NUMERO APROXIMADO DE URGENCIAS/DIA: 70-90 .NUMERO DE
CASOS NO URGENTES/DIA: 15-20 (20%).

10 ENFERMEDADES MAS FRECUENTES:

1. Inflammatorias quirúrg: apendicitis, colecistitis	25%
2. Pediátric.y adolescente inflamatorias e infecciosas	25%
3. Accidentes de tránsito	20%
4. Infecciosas respiratorias y digestivas	10%
5. Quemaduras	10%
6. Agudización de enfermedades crónicas	4%
7. Intoxicaciones y envenenamientos	2%
8. Hipertensión arterial y coronariopatías	2%
9. Alérgicas	1%
10. Lesiones por violencia	1%

NUMERO DE ACCIDENTES DE TRANSITO/DIA: 20% 14-18.

TIPOS DE LESIONES MÁS FRECUENTES: Entre los accidentes de
tránsito, el 80% son politraumatismos que se distribuyen

entre traumatismos cráneo-encefálicos, hemorragias internas, lesiones medulares y el restante 20% son lesiones menores.

PACIENTES MAS AFECTADOS?(ANTEPONGA NUMERO ORDINAL SEGUN FRECUENCIA EJ.1 EL MAYOR..7 EL MENOR).

3º.NIÑOS(15%). 1º.JOVENES(50%). 2º.ADULTOS(20%). 15% ANCIANOS(4º). RAZON HOMBRES/MUJERES: 2/1.

GRAVEDAD DE LAS LESIONES: Señale porcentajes aproximados de:

10%casos muy graves 60% moderados 30% leves.

Señale número aproximado de casos/día: 20% No atendidos y sus razones : Por triage se envía a consulta externa o a domicilio. 1-2% no se ingresa por falta de camas.

Numero de casos referidos/semana:1-2 . Razones: osteomielitis y Cancer avanzado que se refieren a unidades especializadas.

Numero de pacientes accidentados fallecidos/mes:

Total: 3-4. Llegaron muertos: 30%. Fallecieron en menos de 24 horas: 20%. Fallecieron en más de 24 horas: 50%.

Causas de decesos: traumatismo cráneo-encefálico grave, hemorragia aguda incontrolable, falla de bomba cardíaca.

Señale los aspectos positivos del servicio:

A pesar de la limitación de recursos humanos y materiales

la atención tiene una calidad aceptable.

Señale los aspectos negativos del servicio:

Falta de coordinación intra y extrainstitucional.

Insuficiencia de personal de enfermería.

Quirófano no funciona.

Falta de servicios de apoyo: Unidad de Cuidados intensivos, Banco de sangre permanente, unidad de autotransfusión, falta de medicamentos de urgencias; ausencia de equipos de tecnología de punta: Tomógrafo axial computarizado, resonancia magnética, endoscopia y laparoscopia de urgencias.

Cuáles serían sus recomendaciones para solucionar los problemas del servicio?

1. Entrenamiento de médicos y enfermeras en el manejo del trauma.
2. Cursos para el manejo adecuado de las urgencias médicas.
3. Actualización médica adecuada.
4. Dotación de equipos e insumos médicos.

OBSERVACIONES.....
.....
.....
.....

FECHA DE LA ENCUESTA Y ENTREVISTA: 22 DE MAYO DE 1996.
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: w.ESTRELLA. CARGO: CURSANTE DEL IAEN.

NOTA. Este formulario es un ejemplo de los que se aplicaron a varios hospitales de la ciudad.

BIBLIOGRAFIA

- BARQUIN, MANUEL
1986a *Dirección de Hospitales y sistemas de atención médica.* Mexico D.F., Mexico: Nueva Editora Interamericana.

- BARQUIN, MANUEL
1977 *Medicina Social.* Mexico D.F., Mexico: Mendez Oteo.

- BREILH, JAIME
1990 *Deterioro de la vida.* Quito, Ecuador: Corporación Editora Nacional.

- BUSTOS, RENE
1981 *Administración en Salud,*. Mexico D.F., Mexico: Mendez Oteo.

- DE VERTIZ, RICARDO
1969 *Accidentes de Tránsito, Sus problemas sociales y jurídicos.* Buenos Aires, Argentina: EDIAR.

- ECUADOR: DIRECCION NACIONAL DE TRANSITO:
1992 *Estadísticas de Tránsito.*

- ECUADOR: DIRECCION NACIONAL DE TRANSITO:
1993 *Estadísticas de Tránsito.*

- ECUADOR: DIRECCION NACIONAL DE TRANSITO:
1994 *Estadísticas de Tránsito.*

- ECUADOR: DIRECCION NACIONAL DE TRANSITO:
1995 *Estadísticas de Tránsito.*

- ECUADOR: DIRECCION NACIONAL DE TRANSITO:
 - 1996 Publicaciones Didácticas. El ABC del beber y manejar. Educación Vial. Normas de Tránsito. Estadísticas de Tránsito.

- ECUADOR: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS:
 - 1992 *Anuario de Estadísticas Hospitalarias*

- ECUADOR: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS:
 - 1993
Anuario de Estadísticas Hospitalarias

- ECUADOR: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS:
 - 1994 *Anuario de Estadísticas Hospitalarias*

- ECUADOR: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS:
 - 1994 *Anuario de Estadísticas de Transporte.*

- ECUADOR: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
 - 1992a *Nuevos enfoques de salud.* Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública.

- ECUADOR: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
 - 1992b *Evaluación de los Sistemas Locales de Salud en el Ecuador.* Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública.

- ECUADOR: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
 - 1992c *25 Años por la salud del Ecuador.* Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública.

- ECUADOR: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
 - 1992 d *Producción de Establecimientos de Salud.* División Nacional de Estadísticas de Salud.

-ECUADOR: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

1994 *Manual de Organización de las áreas de salud.*
Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública.

- EL COMERCIO: *Editorial Accidentes y embriaguez.* 1 de
Mayo de 1995.

- EL COMERCIO: *Editorial Nueva Ley de Tránsito.* 7 de
Junio de 1995.

- FAJARDO, GUILLERMO

1983 *Atención Médica.* Mexico D.F., México: La Prensa
Médica Mexicana.

- HOY: Artículo periodístico del 10 de Febrero de 1996.

- HOY: Artículo periodístico del 21 de Marzo de 1996.

-ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

1988 *Salud Mundial.* Junio de 1988.

- PAGANINI, JOSE MARIA

1990a *Los sistema locales de la salud.*
Washington D.C. Estados Unidos de
Norteamérica: Publicación OPS.

- PAGANINI, JOSE MARIA

1994b *El Hospital Público Tendencias y
perspectivas.* Washington D.C. Estados
Unidos de Norteamérica: Editora OPS.

- PLACENCIA, MARCELO:

1994 *Proyecto sobre el Sistema Urbano de
Urgencias de Quito.* 1994

- SUAREZ, JOSE

1988 *La Situación de los servicios de salud en el Ecuador 1962-1985*. Quito, Ecuador: Editorial Ministerio de Salud Pública.

- TINAJERO, RUBEN

1990 *Los Hospitales y el modelo de salud*. Quito, Ecuador: Ed. ESPE.

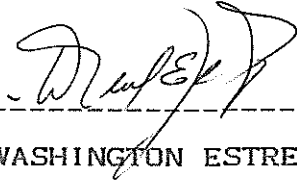
- WESTON, PAUL

1972 *Dirección y Control de Tránsito*. México D.F., Mexico: Centro Regional de Ayuda Técnica, AID.

AUTORIZACION DE PUBLICACION

Autorizo al Instituto de Altos Estudios Nacionales la publicación de este trabajo, de su bibliografía y anexos, como artículo de revista o como artículos para lectura seleccionada.

Quito, 12 de Junio de 1996



DR. WASHINGTON ESTRELLA POZO