

# Historia de los Servicios de Emergencia de Lima y Callao\*.

UGARTE TABOADA Claudia

## INTRODUCCIÓN

La motivación para realizar el presente trabajo fue la de conocer más profundamente como fue el manejo de los pacientes de emergencia a lo largo de la historia, confirmar como van evolucionando los pensamientos y los conceptos, para luego poder hacer una proyección a futuro de como debería de funcionar, y como tendría que organizarse un servicio de emergencia para el futuro.

### *El Incanato*

Si nos remontamos a la época del Imperio Incaico podemos afirmar que la Medicina de entonces tenía por objeto eliminar el síntoma, primaba pues el criterio terapéutico, sobre el etiológico que desconocían, pues creían que su origen era mágico-religioso. No identificaron el concepto de Emergencia, ni existía ningún lugar específico donde atender pacientes con enfermedades que requieran atención rápida y precoz. Existían médicos encargados de curar a la nobleza y a sus parientes, otros curaban a la gente común (curanderos). En el Incanato *“tenían más conocimiento de heridas y llagas, además de sus particulares hierbas para curarlas”*, según Cobo. Su terapéutica se basó en el empleo de hierbas y otros recursos de la naturaleza.

### *Primeros años de la conquista, guerras civiles y virreinato*

Los primeros años estuvieron dominados por las guerras de la conquista hasta que el virreynato fue pacificado. A fines del siglo XVII aparecieron algunos médicos y cirujanos que hicieron posible el progreso operado durante el siglo XVIII en que la atención de los enfermos estaba a cargo de ellos y de aprendices, enfermeros, barchilones, comadronas y finalmente curanderos.

Anteriormente en las ciudades habían cirujanos modestos, barberos y flebotomos, que practicaban el oficio de limpiar heridas, sangrar, aplicar ventosas y clísteres y escasos médicos.

Entre las condiciones y los alcances que fijaba la corona al conquistar un imperio, estaba la obligación de fundar hospitales: “para remedio de los pobres en las tierras sometidas”. Es así como el primer médico español que vino al Perú, Hernando Sepúlveda, en 1536 recibió el mandato: “para que cure a los pobres del hospital”, disponiéndose de un solar para la construcción de este. El primer Centro Asistencial fue una enfermería que funcionó en el Rincón de Santo Domingo, que precedió al Real Hospital de Santa Ana, fundada por el Arzobispo Loayza en 1549. Sepúlveda fue nombrado el 20 de Abril de 1537, protomédico adjunto para examen de médicos, cirujanos y boticarios, además de otras cosas, para la que ejerció el cargo.

---

\* Monografía presentada en el doctorado de Medicina.  
Tutor: Profesor doctor Diego González del Carpio.

En el Virreinato, el cuidado de los enfermos tenía un claro tinte medieval, se hacía en tres instancias: nivel del pobre elemental, fuese esclavo, siervo de gleba o pobre urbano, eran asistidos en el hospital. El nivel del artesano o del naciente burgués, era asistido en su domicilio por el llamado médico de cabecera y el nivel del poderoso: príncipe, señor o magnate religioso, atendido en su residencia por un médico principal, el médico de cámara.

El hospital tenía la conformación de un asilo o guardería, en el que la enfermedad debía ser sobrellevada, predominando el consuelo al incurable o moribundo, que eran formas de ejercicio de la caridad; de ahí la incorporación de las prácticas religiosas cotidianas, como parte preferencial del cuidado de los enfermos. En esta medicina, la figura del sacerdote, del capellán ayudados por las hermanas era dominante y el médico venía a ocupar un rol secundario, con breves visitas, pues el tratamiento tenía todas las características de un acto de amor y la medicina más que una profesión o un arte, era un oficio caritativo.

En 1549 establecida la Pacificación en el Virreinato, Fray Gerónimo de Loayza, primer Arzobispo de Lima, fundó el Real Hospital de Nuestra Señora de Santa Ana “para la curación de los miserables indios que morían como bestias en los campos y en las calles”.

El 12 de Mayo de 1551 se funda la Universidad de San Marcos, iniciándose el dictado de Medicina en el país.

Después, en 1552, se creó el Real Hospital de San Andrés, por iniciativa de Francisco de Molina, que se inició en una modesta vivienda en el Callejón de Santo Domingo, con seis camas.

En 1559 como resultado de dos instituciones benéficas: la misericordia y la caridad, se creó el Hospital de Santa María de la Caridad, para la atención de mujeres españolas, en un local que venía a quedar donde actualmente está la Plaza Bolívar o de La Inquisición.

En 1562, Antón Salazar, fundó el Hospital San Lázaro, al otro lado del río Rímac, constituido por dos enfermeras, que dedicó al cuidado de los enfermos con lepra, especialmente de raza negra.

El 14 de Febrero de 1568, el Rey Felipe II estableció en el Perú, el Real Tribunal de Protomedicato, nombrando de presidente Francisco Sánchez Renedo, que llegó a Lima un año después con el séquito de Toledo, de quien era médico de cámara. Este estaba integrado por el protomédico, que la presidía, los alcaldes

examinadores de Medicina y Cirugía, por el asesor, que podía ser letrado o médico, el alcalde examinador de los flebotómicos o barberos, que eran de menor categoría. También contaban con un alguacil que debía comunicar los acuerdos y cobrar las rentas.

No existía en todo este tiempo concepto de Emergencia, los pacientes prácticamente seguían una evolución natural, los médicos y el sistema de salud de ese entonces, no satisfacía las demandas reales de la población. Tampoco existían servicios de emergencia en los hospitales.

La medicina en general permaneció estacionaria, primando la escolástica, se continuaba aceptando que la enfermedad era el resultado de la cólera divina o consecuencia de la acción de los astros. Vivíamos intelectualmente como en la Edad Media. El Renacimiento europeo tardó mucho en llegar.

En 1581, la gente de mar fundó el Hospital del Espíritu Santo con la contribución de los marinos.

En 1586, se creó el Hospital de San Diego de Alcalá, para recibir los convalecientes de San Andrés y el de San Felipe Neri, fundado por Santo Toribio de Mogrovejo, para el cuidado de los clérigos.

En 1660, Lima con menos de cien años de fundada, tenía diez hospitales, constituidos bajo las normas españolas: un gran patio claustral, los pabellones de internados formando un enorme crucero en su intersección había un altar consagrado al patrón respectivo y rodeando a los pabellones, las secciones complementarias de cocina, despensa, alojamiento del personal, botica, lavandería y ropería.

#### *Los precursores de la Independencia y la medicina*

A partir de 1730 se inicia una nueva era, fundándose “La Escuela Clínica” por Cosme Bueno, del que fue discípulo Hipólito Unanue, quien el 21 de Noviembre de 1792 creó el Anfiteatro Anatómico de San Andrés y da impulso a la anatomía e implanta el Método Clínico (Historia de la enfermedad, curación y observación). Iniciándose un gran adelanto y el despertar de la Medicina Peruana, formándose médicos y cirujanos con pensamientos más modernos, sin embargo seguimos sin tener el concepto de atención de emergencias, ni de servicios especializados en esta atención.

En 1780, para 60,000 habitantes se contaban con 1000 camas repartidas en 50 enfermerías en los siguientes hospitales: San Andrés, Santa Ana, San Bartolomé, Santa María de la Caridad (antes San Cosme y Damián), San

Juan de Dios, San Lázaro, Incurables o Refugio, Barbones, Del Espíritu Santo y de las Camillas.

Al terminar el Virreinato cada hospital contaba con su propio estatuto, supervigilado por una hermandad de personas de buena voluntad.

### *La República*

Con la guerra de la Independencia hubo notables adelantos en la atención de las emergencias, aunque aun no se tenía el concepto de estas como tales. El ejército libertador contaba con las innovaciones impuestas por el gran cirujano napoleónico Larrey: Los hospitales de sangre, las ambulancias y los botiquines. La preocupación por dotar de los elementos necesarios a sus ejércitos hizo que se ocuparan de tener o reclamar siempre medicinas y cirujanos, y de montar los Hospitales de sangre. Los botiquines estaban dotados de variado material como por ejemplo: siete petacas de cuero, doscientas tablillas forradas en badana para fracturas, tres almireses de cobre mediano con su mango, noventa telas en plásticas de siete varas de largo y media tercia de ancho, seis torniquetes encintados, dos bolsas de instrumentos de cirugía faltriquera, dos estuches con seis escalpelos, cinco jeringas y un bombillón de plata, dos cajas de instrumentos de cirugía de operaciones mayores completas con llave. Además ciento noventidós rollos de vendas circulares de todo largo y ancho, noventidós compresas, cuatrocientos cincuentidós tablillas de curación.

El 30 de Julio de 1821, se funda el Colegio de la Independencia (antes Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando). Cuyo rector fue Cayetano Heredia, quien impulsó la modernización de la medicina, de acuerdo a los adelantos de la Europa de ese entonces.

Al establecerse la República se procedió a unificar la administración y economía de los hospitales creándose con este objeto en 1825, La Junta de Beneficencia. El personal estaba dirigido por un médico y un cirujano que tenían la obligación de hacer dos visitas al día, a los enfermos que se encontraban en el hospital, mañanas: entre las siete y ocho horas, tardes: entre las tres y cuatro horas. Si se ofrecieran casos particulares estaban obligados a asistir en horas extraordinarias. Eran asistidos por enfermeros que vivían en el hospital. En este mismo año, el Consejo de Gobierno dio el Reglamento de los Hospitales Militares.

En Mayo de 1830, se instaló la Casa de la Maternidad, en el Hospital de la Caridad

En 1848, queda abolido el protomedicato. En Abril del mismo año, el diario El Comercio, informa sobre el primer ensayo de eterización, en nuestra capital, practicado el día anterior por el cirujano: J. Sandoval, en la botica Remy “ a un mozo robusto que recibió un golpe que le fracturó el brazo derecho en dos partes: en el cuello del húmero y en el tercio inferior procediendo a su reducción. Pero por fortuna sin haber causado la menor mortificación al enfermo”. También se empezó a utilizar el cloroformo en el Perú, a raíz de la sublevación del 15 de Agosto en el bombardeo del Callao, en la Batalla de La Palma, se aplicó el cloroformo en un número apreciable de casos, sin haber tenido que lamentar ninguna desgracia.

En los primeros años la anestesia se utilizó con más frecuencia en las campañas militares; en cambio, en la práctica civil trataron de evitarla. En los hospitales sólo se daba atención a los que carecían de recursos económicos; el resto de la población lo hacía en sus domicilios. Cuando había un enfermo de gravedad la casa se transformaba en clínica. Una antigua doméstica, que sabía asistir a los enfermos se hacía cargo de este, no necesitando el concurso de enfermeras. El médico a cargo, era el médico de familia o de cabecera.

El mayor problema estaba en la atención nocturna, pues a las ocho de la noche los hospitales cerraban sus puertas y todos desaparecían hasta las siete de la mañana del día siguiente. Por lo que fue necesario establecer turnos Nocturnos en el Reglamento de la policía, bajo amenaza de fuertes multas en caso de incumplimiento, pero estas no surtieron efecto, por lo que se encomendó su organización al decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Marcos (que se fundara en 1856). El 28 de Setiembre de 1859, en el diario El Comercio, se publicaron los turnos de médicos y farmacias distribuidos en cinco grupos, según los cuarteles de policía; sin embargo su cumplimiento fue irregular. ( La primeras GUARDIAS )

El 28 de Febrero de 1875 se inauguró el Hospital Dos de Mayo, que reemplazó al de San Andrés. Su organización era rudimentaria, contando con personal profesional en escaso número, prestando asistencia sólo en las mañanas, pues a partir de la ocho de la noche, cerraban sus puertas y todo el personal se retiraba a sus alcobas, quedando los enfermos prácticamente abandonados.

El 17 de Abril de 1879, a los pocos días de declarada la guerra con Chile, el Gobierno creó la Junta Central de Ambulancias Civiles, con el objeto de “ Concentrar y administrar las erogaciones que de todas las ciudades

y pueblos de la República se hacen para las curación y asistencia de los heridos y con el fin de organizar las ambulancias civiles.” Para dar protección a nuestras ambulancias la Junta gestionó su afiliación a la Cruz Roja Internacional, de acuerdo a los dispositivos internacionales y la denominaron Junta de Ambulancias de la Cruz Roja Peruana, siendo su presidente monseñor José Antonio Roca y Boloña y su secretario José Casimiro Ulloa. Siendo considerada la primera en su género fundada en América. La función de las ambulancias era proporcionar los primeros auxilios a los heridos y trasladarlos a los hospitales de sangre más cercanos, debiendo haber uno por cada división de Ejército; contando con un médico director, un cirujano, cuatro practicantes, un farmacéutico y doce sanitarios. El equipamiento consistía en “dos hospitales tiendas” con capacidad para veinte heridos y dos tiendas pequeñas para el personal, los equipos y pertrechos, un botiquín conteniendo dos cajas de cirugía, con vendas de diferentes tamaños, paquetes de hilos, útiles de sutura, de amputaciones y un trépano; un extractor de balas, sondas metálicas, corchotirabuzón, dos torniquetes, de seis tortonos, dos manoplas y diez esponjas; un rollo de agárico igniario, sondas esofágicas, gotieras de alambre, etc. Entre los productos de farmacia se consideró por primera vez desinfectantes y antisépticos. Para el transporte se utilizaron “acémilas con sus respectivos atalajes en número suficiente” para el traslado de parte del personal y del material, con su correspondiente relevo. Este último aspecto contó con mayores dificultades, creando problemas en la evacuación de heridos a los hospitales de sangre.

A principios de 1880, se produjo el primer accidente con cloroformo, sucediendo un síncope completo, largo y permanente que amenazaba la muerte, por lo que los médicos del Hospital de sangre de Santa Sofía “nos dedicamos a reaccionar al enfermo, consiguiéndose felizmente, con procedimientos todos tendientes a despertar la respiración, como la extracción de lengua con pinzas y la aplicación de movimientos adecuados del tórax. Vuelto a la vida, se continuó con la operación”. (La primera reanimación cardiopulmonar).

El mismo año al asumir J.C. Ulloa el cargo de cirujano en jefe de la Sanidad del Ejército, durante la guerra con Chile, empezaron a utilizar la antisepsia, en los soldados heridos, en los hospitales de sangre. La introducción de esta técnica disminuyó notablemente la temida infección e hizo posible la difusión de la cirugía intraperitoneal.

En 1888, según el inspector de la Sociedad de Beneficencia, la actividad en nuestros hospitales era la siguiente:

- Hospital Dos de Mayo, figuraban un promedio de asistencia diaria de 370.22 pacientes; de entrada 17.679; de salida 15.764; de mortalidad 1.887 y de aumento diario 0.28. La clasificación de causa profunda expresa 152 heridos, 23 de estrecheces, 33 abscesos, 35 hemorroides, 10 epididimitis, 37 flegmones, 1 prostatitis supurada y 1 amigdalitis.
- Hospital de Santa Ana, destinado a la atención de mujeres, tenía una sala para parturientas y otra para madres con sus hijos lactantes. Promedio diario de asistencia 333; de entrada 20 a 21 al día; de salida 18 a 19 y de mortalidad 1 a 2. Las atenciones fueron 356 partos, 47 abortos, 99 contusiones y heridas, 17 fracturas.
- Hospital Militar de San Bartolomé, destinado para la atención de militares. Promedio diario de entrada 7.78; salidas 7.75; mortalidad 0.11.
- El Manicomio mixto de la Misericordia, destinado a la atención de locos de ambos sexos.
- El Hospital de mendigos o de incurables, asilo de incurables de ambos sexos.
- El Lazareto, en pésimo estado construido por la epidemia de fiebre amarilla, de 1868.
- Hospicio de huérfanos, en la cual se reciben a expósitos y huérfanos de menor edad. Existían tres: el de Lactantes, el de Santa Teresa y el de La Recoleta.

*En 1894 se añaden:*

- Hospital Italiano “Víctor Manuel”: con servicios de medicina, cirugía y servicio de oculística.
- Hospital Francés “La Maison de Sante”, clínica privada que brindaba servicio a los medios poco pudientes de la colonia.

En el Callao:

- Hospital Guadalupe: con servicios de medicina, cirugía y servicio mixto.
- Hospital San Juan de Dios de Bellavista.

En ese mismo año 1894, estalló la guerra civil, la Sanidad Militar estaba disuelta, lo que obligó a la Cruz Roja Peruana a asumir la asistencia organizándose ambulancias y hospitales de sangre, contando con la ayuda de las compañías de bomberos Cosmopolita de

Lima y Garibaldi de Chorrillos.

En 1896 se incorporó entre nosotros la asepsia, ligada a la Cátedra de Ginecología con el doctor Carvallo. Los brillantes resultados obtenidos, determinaron su rápida acogida.

Ese mismo año se creó el Ministerio de Fomento, que asumió entre sus funciones el ramo de las Beneficencias quedando incluidas en la Dirección de Fomento, que constituyó el punto de partida de nuestra política de Salud.

En este periodo la actividad asistencial se desarrolló en los siguientes hospitales:

- Hospital de Santa Ana: recibió mejoras, construyéndose nuevas salas de operaciones, dotadas de equipos de esterilización, laboratorio y radiología. Pero transcurrido el tiempo fue reemplazado en 1924 por el nuevo Hospital Arzobispo Loayza.
- Hospital Dos de Mayo: En 1902 dio comienzo a la asepsia al llegar estufas de Albarrán, en 1906 se compraron guantes de jebe, en 1908 se instaló un moderno equipo de Rayos X, y lo más importante en 1913 se autorizó la recepción nocturna de EMERGENCIAS, pues hasta entonces los hospitales no daban este servicio.
- Hospital Arzobispo Loayza: inaugurado en 1924 bajo la administración de las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl.
- Hospital del Niño: Inaugurado en noviembre de 1929.
- Hospital Maternidad: Fundado en el local del Hospital de Santa Ana, en 1968.
- Hospital San Juan de Dios del Callao o de Bellavista: Dedicado a la atención de mujeres desde 1923. El terremoto de 1940 lo destruyó.
- Hospital de Guadalupe: Implementado con quirófanos, equipos de esterilización, rayos X y laboratorio.
- Sanidad del Ejército: Funcionaba en el Hospital Militar de San Bartolomé hasta 1956, en que se trasladó al nuevo local, el Hospital Militar Central "Coronel Luis Arias Schreiber". La Sanidad Naval se independizó en 1915; en 1956 se trasladó a su actual local. La sanidad Aeronáutica se creó en 1937 y en 1956 se edificó el actual local del Hospital Central de Aeronáutica. En 1929 se estableció la Sanidad de Gobierno y Policía y en 1961 se inauguró el Hospital

Central de las Fuerzas Policiales.

- Instituto de Radioterapia, se fundó en 1937 frente al Hospital Loayza, que posteriormente se denominó Instituto del Cáncer y más tarde Instituto de enfermedades Neoplásicas.

### *Las emergencias*

La atención de las emergencias a principios de siglo eran deplorables. En 1905, C. Villarán relata que en el Hospital Dos de Mayo de 11 pacientes intervenidos de urgencia, sólo 4 se recuperaron luego de una larga complicación por infección, y que estos resultados no dependen sólo de las malas condiciones en que llegan los enfermos, sino también las múltiples dificultades que se presentan en nuestros hospitales cuando se requiere atención de emergencia. Pues si un paciente llegaba después de las nueve de la mañana, cuando ya se había terminado de pasar la primera visita, era examinado a las dos de la tarde cuando regresaba el residente a pasar su segunda visita; pero si era necesaria una intervención quirúrgica, debía esperar hasta las nueve de la noche, hora de entrada del médico de guardia, que era el único que podía autorizarla, perdiéndose un tiempo valioso. Pero esto no era todo, sino que la sala de operaciones nunca estaba preparada y había que hacer levantar a la Hermanas de la Caridad para que preparen todo el equipo y material necesario, lo que demoraba 3 ó 4 horas más la intervención. Otro problema era la anestesia, teniendo muchas veces que improvisar un cloroformizador lo que ponía aún más en riesgo al paciente. De noche sólo quedaban en el hospital un médico y un interno.

Otro problema era la falta de iluminación. Recién en 1906 se instaló un servicio eléctrico que permitió contar con luz, pero su limitada extensión y escasa potencia hacía muchas veces necesario recurrir a las velas de cebo.

Recién en 1913, comprendiendo la dificultad que se tenía para poder atender a los pacientes agudos, se aceptó la recepción nocturna y en el Hospital Dos de Mayo se construyó un Departamento de Emergencia con su propia sala de operaciones.

Poco a poco se fue progresando y es así que paulatinamente este tipo de atención fue mejorando. En 1934 el Hospital Arzobispo Loayza contaba con tres cirujanos residentes que cubrían las 24 horas del día, acompañados de tres estudiantes de medicina, disponiendo de 2 salas de operaciones bien organizadas.

El volumen operatorio de las urgencias aumentaba

notablemente realizándose en el año 1934, 170 intervenciones, falleciendo 11 pacientes y realizaron todas las transfusiones de sangre solicitadas.

#### *La Asistencia Pública.*

No menos graves que las emergencias eran los primeros auxilios. La capital no contaba con una organización facultativa capaz de atender a los que sufren heridas accidentales en la vía pública. Estas razones impulsaron al diario "La Prensa" a iniciar una intensa campaña para el establecimiento de la Asistencia Pública conforme existía ya en otros países. Además conforme Lima se iba convirtiendo en ciudad, la falta de atención de las urgencias era cada vez más notorias, siendo costumbre por entonces atender estos casos en las boticas.

Por fin, el 25 de febrero de 1912 se inauguró, en Lima, la Asistencia Pública; contaba entonces con seis puestos de socorro correspondientes a los seis cuarteles en los que se dividía a la capital. Su sede Central estaba en la calle León de Andrade, que disponía de un consultorio general, una sala de cirugía, una sala de niños y un servicio de camillas para acudir a las llamadas en casos de accidentes. Su fundador fue el Director de la Salubridad, Don Lauro A. Curletti, orientó a este establecimiento a fomentar la educación sanitaria, especialmente de las madres, mediante conferencias y distribución de folletos. Estas actividades y la atención pediátrica fueron ganando terreno más aún teniendo como primer director al pediatra Dr. E. León García.

En 1917 a raíz de la muerte del poeta Leonidas Yerovi, se pusieron de manifiesto los graves defectos del servicio público de primeros auxilios. La Asistencia Pública no corresponde con los fines para lo cual fue creada, descuidando asistir inmediata y científicamente a las personas heridas ó que sufren un accidente en la vía pública y habiéndose dedicado a la atención ambulatoria. Se criticó también su falta de movilidad.

Se aconsejó que tuvieran guardia permanente de médicos y cirujanos y que tuvieran teléfonos para el uso de la policía o de particulares en los casos de accidentes.

#### SERVICIOS DE EMERGENCIA.

El MINSA es la entidad encargada de planear, coordinar y controlar

Las actividades de salud y ASISTENCIA SOCIAL DEL sector Público y orientar, regular, fiscalizar y estimular las actividades privadas del Sector No Público;

en este contexto se dio algunas disposiciones para las situaciones de emergencia, como el D.L.19609 y su reglamentación el D.S. 0023-73-SA, sobre la obligatoriedad de las Instituciones de Salud de atender las Situaciones de Emergencia. Así como el Reglamento General de Hospitales R.S. 006-78/SA; así como las disposiciones sobre Defensa Civil, compatibilizando con las respectivas leyes orgánicas de los sectores y el Código Sanitario.

**Situación de Emergencia:** Aquella que se presenta en forma imprevisible o violenta ó súbita y pone en peligro inminente la vida ó altera grave o profundamente el estado de salud y por lo tanto, exige atención médica ó médico- quirúrgica inmediata.

**Servicio de Emergencia:** Es el órgano encargado de proporcionar atención médica ó médico-quirúrgica de urgencia permanente, oportuna y eficiente las 24 horas del día, a toda persona que se encuentre en riesgo grave para su salud ó su vida.

La organización y el funcionamiento de la atención médica de emergencia y de primeros auxilios es diferente según las instituciones del sector salud. El primer nivel comprende la atención de primeros auxilios por personal no profesional que se dispensa en puestos sanitarios ó postas médicas. El segundo nivel comprende las atenciones de emergencia dispensada por personal médico de centros de salud u hospitales que tienen personal médico escaso y turnos por lo tanto de reten. y el tercer nivel es cuando la atención de emergencia corresponde ya a un Servicio ó departamento de emergencia permanente con equipo profesional completo las 24 horas del día.

#### *Servicio ó Departamento de emergencia de los Hospitales de Seguridad Social.*

El 12 de Agosto de 1936 la Ley 8433 crea el Seguro Social Obrero Obligatorio y se inaugura en febrero de 1941

El Seguro Social del Empleado se crea según la Ley 10902 de Noviembre de 1943, empezando a funcionar en Noviembre de 1958

Los Servicios de Emergencia de estos hospitales prestan atención a los pacientes básicamente asegurados que requieran de sus servicios, proyectándose a la comunidad mediante la atención de urgencia ambulatoria domiciliaria y a la comunidad en general mediante la Unidad de Desastres(Hospitales de Campañas) en casos de siniestros. Brindando atención a pacientes evacuados de otras zonas del país.

La línea de autoridad: El jefe de emergencia depende directamente del Departamento de Medicina preventiva y Atención Ambulatoria. Y este a su vez depende de la División de Servicios Médicos Finales, y este de la Sub-Dirección Médica y esta del Director.

Han trabajado con equipos rotatorios de los diferentes Departamentos Asistenciales, como también con equipos propios de emergencia, como es en la actualidad.

Cuentan con una Unidad Médica, constituida por Servicios Médicos Finales e intermedios; una Unidad Paramédica, constituida por personal de administración e historias clínicas, alimentación, enfermería y servicio social; y una Unidad de Apoyo, constituida por servicios religiosos, servicios generales (vigilancia, choferes y E. Manuales) y Servicios Especiales (PNP).

La demanda de atención se ha ido incrementando cada vez más, hasta hacer insuficientes a los servicios. Atendiendo aproximadamente el 23 % del total de las atenciones de Emergencias de Lima y Callao.

#### *Servicios ó Departamentos de Emergencia de los Hospitales MINSA*

Estos hospitales brindan atención de emergencia a la población en general, a diferencia de los anteriores su atención era exclusivamente intrahospitalaria, y no se contaba con Hospitales de Campaña.

En muchos de ellos la organización no estaba bien definida, existiendo algunos que inclusive carecían de Jefes de Emergencia, en otros si los había, y en estos casos, dependían directamente de la Dirección General.

Contaba en su organización además con un Comité Técnico Asesor, secretaría, enfermería, Laboratorio, rayos "X", transporte, vigilancia y limpieza.

El personal que trabajaba aquí, era en algunos hospitales (mayoritariamente) rotatorio, dependiente de los Departamentos asistenciales, y en algunos pocos existía personal estable destinado solo para emergencia. Existía también el componente mixto.

La demanda en estos servicios también fue aumentando en forma progresiva haciendo insuficientes los servicios de Emergencia. Además esta situación empeoraba ya que la mayoría de hospitales estatales como el Dos de Mayo, Loayza, etc. Corresponden a construcciones antiguas no preparadas para un servicio de emergencia adecuados. Y esto era aún más dramático si consideramos que estas instituciones atendían la mayor demanda de las atenciones de urgencia (66%).

Dentro de estos sobresalía el Hospital Cayetano Heredia por constituirse en los años 80 en una de las emergencias con mayor movimiento, mayor cantidad y complejidad de atenciones, disponiendo del área física más pequeña.

En esta etapa los hospitales confrontaban en forma individual la obligación de dar atención de urgencia. Sin embargo se expandieron y empezaron a captar buena cantidad de recursos del hospital.

#### *Hospitales de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional*

Los hospitales de la Sanidad Militar contaban con Departamentos de Emergencia en su mayoría con personal autónomo. Atendían el 11% de la demanda de las Atenciones de Emergencia de los Hospitales de Lima y Callao. Tienen como su aporte más valioso a esta área de nacen de manejo, la experiencia del Traslado adecuado y asistido de víctimas a grandes distancias y utilizando diferentes tipos de transporte como helicópteros, lanchas, etc. Son también los pioneros en brindar atenciones en Hospitales de Campaña y a grupos grandes de víctimas.

Han significado un aporte invaluable al avance de la medicina de Emergencia del país.

#### *Los Servicios de Emergencia y Defensa Civil*

Por D. L. 19338 el 28 de marzo de 1972, funciona en el país el Sistema de Defensa Civil, que tiene a su cargo la dirección, coordinación y control de las actividades de los organismos públicos y no públicos, en las diferentes etapas de emergencia producidas por fenómenos naturales, que afectan la vida y salud de la población. Por lo tanto los hospitales en general forman parte de este sistema y deben integrarse a los Comités de Defensa Civil locales.

#### *Sistema de Atención de Emergencia (SELICA)*

En vista que los hospitales no podían satisfacer la demanda de emergencia en la totalidad de criterios clínicos, legales y administrativos. Y a que en muchos casos la atención de un paciente compromete dos ó más hospitales, se originó un esquema de atención multilateral de Emergencia en el que un hospital coopera para resolver la imposibilidad de otro hospital. Este sistema se formaliza con la R.M: 597-86-SA-DM. Entre el año 1986-1988.

Desde este enfoque, la atención de emergencia tiene dos variantes de desarrollo:

- La línea de desarrollo funcional: Tiene tres líneas estratégicas de trabajo:

- a) La atención Prehospitalaria del paciente: Que tiene que ver con el Rescate, la Atención en Foco, el traslado asistido, la recepción activa y la atención Nosocomial Primaria.
- b) Atención Hospitalaria Progresiva: Valorando el riesgo del paciente y sus necesidades de atención, la emergencia comprende los siguientes niveles de intervención: Situaciones de riesgo extremo ( Reanimación, Shock Trauma y cuidados intensivos); Cuidados intermedios; Cuidados mínimos y Asistencia Ambulatoria.
- c) Atención Integral de Emergencia: Prevención; Protección de grupos; Preparación para Desastres; Protección de los derechos del Individuo (Privacidad y respeto de su intimidad y protección de sus derechos legales y sociales).

Dentro de este Sistema las COMUNICACIONES son un eslabón fundamental, así como el transporte.

Lamentablemente, la mayoría de nuestros hospitales aún solo atiende la parte intrahospitalaria, a excepción de los Hospitales de las fuerzas armadas y la seguridad social que han desarrollado mucho el área de manejo Prehospitalario. Sin embargo si se ha logrado mejorar notablemente en cuanto a tecnología, y la atención crítica del paciente

El transporte es también un problema para los Hospitales del MINSA y aún algo insuficiente para los servicios de la Seguridad social y fuerzas armadas.

Y la comunicación se constituye como el Problema casi Principal para que este sistema no termine de funcionar en forma adecuada

### *Red de Atención de Emergencia*

Es el concepto moderno de emergencia. Significa trabajar en forma coordinada y estrecha entre todos los servicios de emergencia y tener protocolos de manejo similares tanto en la atención prehospitalaria, intrahospitalaria como preventiva. Corresponde al momento actual.

### *Asesinatos de presidentes*

#### *El asesinato de Don Manuel Pardo*

A las dos de la tarde del día sábado 16 de Noviembre

de 1878 se detiene en la puerta del Senado un coche de plaza. Allí llegaban los señores Don Manuel Pardo, doctor Don Manuel María Rivas y el Doctor don Adan Melgar. Los señores Pardo y Rivas bajaron primero y luego lo hizo Melgar. La guardia que era del batallón “ Pichincha “, estaba formada en ala, en el lado izquierdo del patio del Senado. Al bajar del coche el señor Pardo, la guardia presentó las armas, y el corneta tocó marcha regular. El señor Pardo entró, daba ya el primer paso en el pasadizo que conduce al patio interior, cuando el sargento de la guardia, Melchor Montoya, se volvió y disparó sobre el señor Pardo. La bala, entró por sobre el pulmón izquierdo del presidente y salió por bajo la clavícula del mismo lado, tocando ligeramente el pulmón.

Pardo se llevó las manos al pecho, miró al señor Rivas; exhaló un “ay”, y recostado sobre este caballero, recorrió dando traspies este pasadizo. Al llegar al segundo patio las piernas le flaqueaban ya, sostenido por el doctor Rivas, dio todavía cuatro ó cinco pasos más y cayó, entre las dos puertas del salón de sesiones. Lo arrastraron luego a un pequeño cuarto del segundo patio del Senado y corrieron en busca de médico. Llegaron consecutivamente los doctores Vélez, Mariano Macedo, Sanchez Concha, León, Bambarén, Castillo, Villar, Rosas, Moreno, y Maiz y Soza. Los doctores Olaechea y Lopez Torres, médicos de la policía, llegaron pocos momentos antes de que el señor presidente expirara. Desde el primer momento los Médicos declararon que la herida era MORTAL. La hemorragia sobrevino, y no fue posible contenerla. “ Se hizo, sin embargo, cuanto la ciencia podía hacer “. Para evitar el progreso de la hemorragia, no se movió al Señor Pardo del sitio en que estaba. Allí sobre las baldosa del pavimento, se le asistió. Solo se le levantó la cabeza para colocarla sobre un cojín. Cuando comenzaba la agonía levantaron el cuerpo del presidente y colocaron debajo un colchón y expiró a las tres en punto de la tarde.

La autopsia reveló que el proyectil penetró por la parte posterior del tronco, casi al nivel de las escápulas, fracturando la cuarta y quinta costillas en su parte posterior y la segunda y la tercera, en la anterior. El pulmón izquierdo estaba atravesado. El corazón no había sido tocado. En la cavidad del pulmón interesado se encontró aproximadamente dos litros de sangre

Esta atención que recibió el presidente es un claro indicador del estado del sistema de salud totalmente ineficiente que existía, ya que supuestamente es la persona más importante del país la que debiera contar con la mejor de las atenciones. Esto nos muestra que las emergencias eran un problema álgido sin resolver.



*El asesinato del General Luis M. Sánchez Cerro*

Al mediodía del 30 de Abril de 1933 había concluido el desfile, cuando Sánchez Cerro descendió desde la tribuna oficial del Hipódromo de Santa Beatriz, hoy Campo de Marte. Estaba de uniforme, sonreía, agradecía los aplausos y caminaba pausadamente. Tras él, iban el Presidente del Consejo de Ministros, José Matías Manzanilla y el Coronel Antonio Rodríguez, Jefe de su casa Militar. El oficial de Estribo, Teniente Elías Céspedes hizo caracolear su caballo. El presidente acababa de abordar el reluciente Cadillac descubierto y el oficial dio la orden de avanzar. El regimiento Escolta se puso en marcha con sus lanzas en alto, abriendo paso al cotejo presidencial, sin embargo este y su propio vehículo quedaron bloqueados por la caballería que escoltaba al mandatario. Raúl Rodríguez Martínez, chofer del presidente conducía lentamente. En la salida del Hipódromo, una muchedumbre se apretujaba para ver pasar a Sánchez Cerro, por lo que el chofer pisó el freno. Afuera el Alférez de la guardia Republicana, Fortunato Bedoya ordenó a sus soldados que abrieran calle al automóvil del Presidente. Abelardo Mendoza Leiva, se infiltró entre los soldados, corrió hacia el automóvil presidencial y disparó. El alférez Bedoya miró al Presidente que hacía un gesto de dolor. El chofer, enganchó en segunda y aceleró violentamente. Decidió ir a la Clínica Delgado. Jadeando, los ojos vidriosos, Sánchez Cerro había enmudecido. “! no, no, no!” exclamó el Presidente del Consejo.”! Al Hospital Italiano, pronto, se está muriendo!”. Donde llegó en agonías y falleció.

Nuevamente se pone de manifiesto que a pesar del transcurrir del tiempo, aún no podíamos resolver el problema de las emergencias, que siendo tan importantes porque ponen en peligro la vida, no llega a dársele la importancia correcta, aún en la actualidad, no goza de la decisión política de los diferentes niveles de brindarle el apoyo real para conseguir su mejor desarrollo.

**Correspondencia:**

Dra. Claudia Ugarte Taboada  
Servicio de emergencia Pediátrica Dpto. de Pediatría.  
Hospital Nacional Cayetano Heredia.  
Av. Honorio Delgado s/n. San Martín de Porres.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Alayza F. Historia de la Cirugía en el Perú. Lima.1992.
2. Minsa. Sistema de Emergencia de Lima y Callao. Informe de la Comisión Permanente del Sistema de Atención de Emergencias de Lima y Callao R. M 597-86 / DM. 1987.OPS-OMS.1988.

3. Valdizán H. La Facultad de Medicina de Lima. Tomo III. Segunda edición. MCMXXIX. Lima.
4. Paz Soldan CE. Cayetano Heredia y las Bases Docentes de la Escuela Médica de Lima. Publicaciones del instituto de Medicina Social. Lima. 1951.
5. Paz Soldán CE. Las bases Médico- Sociales de la Legislación Sanitaria del Perú. Volumen. I y II. Biblioteca de “ La Reforma Médica”. Lima. 1918.
6. Lastres J. Historia de la Medicina Peruana. Volumen II. La Medicina en la República. Lima. 1951.
7. Moreno M. Aspectos Administrativos de las Emergencias en Seguridad Social del Hospital Central N°2. Diagnóstico 1980; 5:227-240.
8. Sánchez J. El Hospital General y las Emergencias Psiquiátricas: Funciones de un Servicio para el Tratamiento Psiquiátrico de Emergencias. Diagnóstico 1980; 2:102-108.
9. González del Carpio D. La primera Década del Servicio de Emergencia. Hospital Cayetano Heredia. Volumen Conmemorativo I.1968-1978. Lima. pp: 35-36.
10. González del Carpio D. Departamento de Emergencia. Hospital Cayetano Heredia. Volumen conmemorativo II.1978-1988. Lima. pp : 42-49
11. Morales NR. Protocolo para Estudio Prospectivo de Lesiones por Accidentes y violentas. Diagnóstico 1987; 19:25-28.
12. Morales NR. Servicios de Emergencia en el HC. SFP: Evaluación de producción, logros y proyecciones.-1982. Rev San Fuerzas Policiales 1983; 44:132-46.
13. Morales NR. Médicos Emergencistas y Unidades Shock-Trauma. Bol Soc Per Emerg 1985; 1:9-12.
14. Morales NR. Programa de Seguridad de Hospitales frente a Desastres. Diagnóstico 1985; 16:78-80.
15. Saldias J, Vilagrón R, Morales N. Encuesta Hospitalaria de preparativos para Desastres. Diagnóstico 1985; 16:81-83.
16. Morales N, Saldias J, Vilagrón R. Unidades Médicas de Movilización Rápida. Diagnóstico 1985; 16:136-138.
17. Montagne A. Organización nacional frente a grandes catástrofes y Utilización de los Recursos de Salud. Tesis Doctoral UPCH.1973.
18. Morales R. Simulacro de Desastre en Lima Setiembre de 1985. Diagnóstico 1985; 152-157.
19. Morales N, Pinamonti F, Ríos J, Vigo J, Acosta C. Espectro de la morbilidad en Emergencia. Diagnóstico 1984; 14:73-76.
20. Saldias J. Un Modelo de Organización de los Servicios de Emergencia en el Sistema Hospitalario de la Seguridad Social en Lima Metropolitana. Tesis Doctoral. UPCH. Lima.1983.
21. Romero M. Organización de la Atención Médica Hospitalaria de Emergencia. Tesis Doctoral. UPCH, Lima.1972.
22. Morales R. Aspectos Legales de la Atención en Emergencia. Diagnóstico 1983; 12:47-52.
23. Morales R. Organización de Emergencias y Formación de Emergencistas. Diagnóstico 1984; 13:213-215.
24. Angulo P. Encuesta sobre la Atención de Emergencias en Grandes Catástrofes. Diagnóstico 1981; 7:177-181.
25. Rosado F. Aspectos Administrativos de las Emergencias

- en el Hospital del Niño. 1980; 5:241-244.
26. Velarde E. Organización y Funciones del Servicio de Emergencia. *Diagnóstico* 1980; 5:216-221.
27. Field J. Organización y funcionamiento del Servicio de Emergencia del Hospital Central N°1 SS. *Diagnóstico* 1980; 5:222-226.
28. Méndez C. Recomendaciones para mejorar la Atención de las Emergencias teniendo en consideración los Recursos Limitados del Sector Salud. *Diagnóstico* 1980; 5:245-248.
29. Obando R. Anteproyecto de integración Funcional de los Servicios de Emergencia. *Diagnóstico* 1980; 5:249-257.
30. Morales R. Algunas consideraciones sobre la nomenclatura y Clasificación de Establecimientos Asistenciales de Salud. *Diagnóstico* 1986; 18:176-180.
31. Guzmán A. La cirugía de Guerra como factor preponderante en el Progreso de la Cirugía Nacional. *Diagnóstico* 1980; 5:142-145.
32. Diario El Comercio. Lima . Perú. Archivos Históricos (Microfilms).
33. Avila Guevara Julio. Evaluación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen del IPSS. Mayo 1981. XV Curso de Administración de Hospitales y otros Establecimientos de Salud. 1979-1980