

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN CHILE: CONTEXTO, LÍMITES Y PROYECCIONES

PREHOSPITAL CARE IN CHILE: CONTEXT, LIMITS AND PROJECTIONS

Patricio Garrido-Mancilla

Enfermero

Magíster en Enfermería Universidad Andrés Bello

Unidad de Rescate, Mutual de Seguridad de la C.Ch.C.

Santiago, Chile

pbgarrido@mutual.cl

<https://orcid.org/0000-0002-2488-7596>

Artículo recibido el 30 de mayo de 2024. Aceptado en versión corregida el 26 de noviembre de 2024.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La Organización Mundial de la Salud indica que la atención rápida y oportuna es un componente esencial en la calidad de las prestaciones para la población por parte de los equipos de Atención prehospitalaria (APH). En especial para las patologías tiempo dependiente para limitar el daño o secuelas funcionales permanentes en la población. En Latinoamérica las experiencias han sido similares en la conformación y desarrollo de equipos de APH hasta llegar a una especialización de los aspectos básicos de la atención respecto a la activación, filiación y financiamiento de los sistemas de emergencia. En Chile el desarrollo de los sistemas de APH ha evolucionado en 3 tipos; la APH pública, privada y laboral. Es por esta razón que nace la inquietud de describir y analizar la APH en Chile. **OBJETIVO.** Describir la APH en Chile, sus marcos regulatorios y sus estructuras de funcionamiento. **METODOLOGÍA.** Estudio descriptivo **RESULTADOS.** La APH pública se inició en Latinoamérica influenciada por experiencias extranjeras. En Chile desde los años 90s se profesionalizó logrando desarrollar un nivel de especialización integrando nuevos actores como la APH privada y laboral. **DISCUSIÓN.** Al coexistir múltiples actores pareciera necesario actualizar y normar el quehacer diario de los equipos de APH bajo protocolos y acuerdos que se relacionen en beneficio de los usuarios del sistema. **CONCLUSIÓN.** La APH en Chile se ha diversificado y especializado en distintas áreas de trabajo y pareciera que es tiempo de lograr una estandarización y regulación de todas las entidades participantes de las emergencias de salud.

Palabras claves: Ambulancia, ambulancia de emergencia, servicio de ambulancia, servicios de emergencias médicas, atención prehospitalaria.

ABSTRACT

INTRODUCTION. The World Health Organization has indicated that rapid and timely care is an essential component in the quality of services provided by prehospital care teams (PHCTs). This is especially important in the case of time-dependent pathologies to limit damage or permanent functional sequelae in the population. In Latin America, there has been a similarity in experiences related to the formation and development of PHCTs, leading to a specialization of basic care aspects regarding the activation, affiliation, and financing of emergency systems. In Chile, PHCT systems have evolved into three types: public, private, and occupational, and this has led to an interest in describing and analyzing PHCT in Chile. **OBJECTIVE.** To describe PHCT in Chile, its regulatory frameworks, and its operational structures. **METHODOLOGY.** Descriptive study. **RESULTS.** The initiation of public PHCT in Latin America was influenced by foreign experiences. In Chile, it has been professionalized since the 1990s, achieving a level of specialization by integrating new players such as private and occupational care. **DISCUSSION.** Given the coexistence of multiple players, it seems necessary to update and regulate the daily work of PHCT teams under protocols and agreements that benefit the system's users. **CONCLUSION.** PHCT in Chile has diversified and specialized in different areas, and so it seems appropriate to strive for standardization and regulation of all entities participating in health emergencies.

Keywords: Ambulance, emergency ambulance, ambulance service, emergency medical services, pre-hospital care.

http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.3.3.1366-1379

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) subraya que la rapidez es un componente esencial en la calidad de la atención de la población, pudiendo evitar millones de defunciones y discapacidad a largo plazo ^(1,2). Es por esta razón que la atención prehospitalaria (APH) surge como un pilar en la puerta de entrada en la atención de salud de la población ⁽¹⁾.

La APH busca disminuir los tiempos de atención y traslado de pacientes con patología tiempo dependiente, para esta labor conjuga dos tipos de modelo (Modelo Americano y Modelo Europeo de APH), que con el paso del tiempo se han desarrollado para lograr sus objetivos ^(3,4).

La evolución de un incidente traumático en APH se puede dividir en dos fases, la primera donde ocurre la transferencia de energía entre los dos cuerpos y la segunda donde ocurren los cambios fisiológicos que promueven alteraciones metabólicas, coagulopatías traumáticas y efectos correspondientes a la isquemia de reperfusión ⁽⁵⁾.

Los principales beneficios de la APH se dan durante la segunda fase del trauma, momento en que la provisión de una oportuna atención puede limitar o enlentecer los procesos fisiopatológicos que de otra manera conllevarían a una muerte rápida o discapacidad severa de la población ⁽²⁾.

Desde sus inicios, la APH estableció programas con el fin de disminuir las altas tasas de mortalidad precoz, intentando unificar una visión general donde el lenguaje y el quehacer diario sea común entre todos los actores de las emergencias tanto en la administración, regulación y financiamiento de esta ⁽⁶⁾.

Las primeras experiencias latinoamericanas son similares en sus inicios desde el punto de vista de la APH; reactivas, desorganizadas y con poca integración de profesionales médicos en sus filas. En su mayoría manteniendo una relación histórica con los hospitales públicos en términos de dependencia administrativa y jerárquica ⁽⁶⁾.

En general, todo sistema efectivo de APH debe mantener ciertos componentes centrales (administrativos y programáticos), además de incluir aportes de dirigentes comunitarios y miembros de la población a la cual se atiende ⁽²⁾. Definiéndose una atención de primeros auxilios colaborativa entre los profesionales de salud y los miembros interesados de la comunidad logrando una APH básica y avanzada, ambas especializadas y con formación y capacitación en las emergencias ^(2,6). Sin dudas la APH cuenta con un entorno dinámico y complejo tanto para el paciente ⁽⁷⁾ como para el personal de salud ⁽⁸⁾.

En esta integración del quehacer diario confluyen distintas activaciones, filiaciones y medios de financiamiento para dar cobertura a los sistemas de APH, ya sea público, privado o laboral, entregando un abanico de posibilidades para la ciudadanía.

Cada sistema de APH ha tenido un desarrollo distinto y características

particulares que los han llevado a caminos de especialización en su quehacer diario. Es por esta razón que nace la inquietud de cuantificar, describir y analizar los distintos tipos de APH en Chile.

El objetivo del artículo es describir la situación de los distintos sistemas de atención prehospitalaria en Chile, sus marcos regulatorios y sus estructuras de funcionamiento.

METODOLOGÍA

La metodología se basa en un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo observacional con un contexto histórico de búsqueda de documentos y literatura gris, como normas e informes de organismos públicos a través de las palabras claves (en inglés y español): Ambulancia, ambulancia de emergencia, servicio de ambulancia, servicios de emergencias médica y Atención prehospitalaria.

Resultados de la búsqueda

Atención prehospitalaria pública

Chile no es la excepción a Latinoamérica, y en sus inicios también mantenía un sistema desregulado, reactivo y atomizado. En sus primeros pasos en Santiago, en el año 1976 logro formar el Servicio de Urgencias y Ambulancias (SUA) uniéndose 6 bases dependientes de la Ex Posta Central ^(3,6).

Servicio de Atención Médica de Urgencias

En el año 1993 y con la influencia del Servicio de Atención Médica de Urgencias (SAMU) de Francia se formó el primer SAMU de Chile, dependiente del servicio de Salud de Viña del Mar y Quillota. En Santiago en el año 1995 se

une el SUA a los equipos del área norte de la capital pertenecientes al Hospital de Niños Roberto del Río, para finalmente en el año 2005 incorporarse el Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente dando forma al SAMU centralizado y estructurado bajo la misma organización⁽³⁾.

Respecto a las normas y protocolos que rigen al SAMU destacan la norma técnica N°17⁽⁹⁾, que hace referencia al nuevo paradigma (año 2005) que se necesita implementar para afrontar la atención de urgencia con una modalidad distinta al tradicional de la medicina exclusiva dentro de los hospitales.

Algunas definiciones de la norma técnica N°17:

A) Urgencia: Problema de salud en el cual existe, por parte de la población, la percepción de que la atención a su problema no puede ser pospuesta

B) Emergencia: Problemas de salud cuya atención no es postergable, de acuerdo con la definición que de esta hace hincapié el equipo médico sobre la base de la aplicación de criterios clínicos.

C) Atención prehospitalaria: Atención que se otorga desde que se comunica un evento que amenaza la salud, en cualquier lugar donde este ocurra, hasta que el o los pacientes son admitidos en la Unidad de Emergencias u otro establecimiento de salud cuya capacidad resolutive sea la adecuada.

D) Reanimador: Denominación que recibe el profesional universitario del área de salud, capacitado en atención prehospitalaria avanzada, que se desempeña en un móvil avanzado o un centro regulador. Este puede ser un enfermero, matrn o kinesiólogo.

El manual de operaciones multiinstitucional ante emergencias (Manual ABC)⁽¹⁰⁾, es un instructivo destinado a coordinar y establecer un adecuado ordenamiento institucional en caso de emergencias por parte de las ambulancia, bomberos y carabineros que acuden a una emergencia.

Algunas definiciones del manual ABC:

A) Desastre: Situación o situaciones inesperadas de diversa naturaleza, que producen un desequilibrio entre la demanda generada hacia las instituciones de urgencia y la capacidad de oferta de servicios de estas.

B) PCM: Puesto de Comando Multinstitucional, cuya función es dar forma al escenario, coordinar las acciones en el terreno, manejar las comunicaciones, organizar la evacuación en un área, decidir y anunciar el término del operativo, elaborar y entregar en los días siguientes un informe con las acciones y análisis del operativo para la autoridad pertinente.

C) PMA: Puesto de Médico Avanzado, cuyo objetivo es seleccionar a los pacientes de acuerdo con su gravedad y posibilidad de recuperación, en forma tal de asegurar su evacuación en las mejores condiciones, dentro de sus funciones esta la recepción del triage, estabilización, y evacuación de los heridos.

D) Triage: Procedimiento de selección que posibilita la atención priorizada de las víctimas en un caso determinado, atendiendo a la gravedad de sus lesiones y a sus posibilidades de recuperación y sobrevida.

El modelo nacional del SAMU⁽¹¹⁾, entrega lineamientos de carácter nacional para toda la APH pública agregando

brechas y los pilares del modelo de gestión . Además, incorpora la misión de la institución:

“El servicio de atención médica de urgencias (SAMU) entrega atención prehospitalaria oportuna, de acceso universal y de calidad mediante cobertura nacional, con un enfoque prospectivo, integral y articulador de la emergencia en red...”

Algunas definiciones derivadas del modelo nacional de SAMU son:

A) Centro Regulador: Constituye la unidad coordinadora de las operaciones del SAMU, compuesto por operadores de la línea 131, despachador radial, profesional regulador y profesional regulador médico (Médico regulador).

B) Equipo interventor: Ejecuta las actividades clínicas en terreno coordinadas por el centro regulador, el equipo de intervención se ubica en las bases que son el espacio físico donde se ubican las ambulancias y su tripulación de turno.

C) Móvil básico (M1): Conductor y técnico paramédico

D) Móvil avanzado (M2): Conductor, técnico paramédico y reanimador

E) Móvil Medicalizado (M3): Conductor, técnico paramédico y Médico

Por último, la activación de los sistemas de emergencias del sistema público se generan a través del número único de llamadas el 131 regulado por la resolución exenta N°177, artículo 10 del año 1988 ⁽¹²⁾. De esta manera se articula la respuesta pública ante emergencias extrahospitalarias.

Servicios de Atención Primaria de Urgencia

El rol de los Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU) descrita en el manual administrativo ⁽¹³⁾ es resolver la necesidad de urgencia/emergencia de acuerdo a la capacidad técnica, para orientar y referir a los pacientes en centros de salud de mayor complejidad si así lo requieren. De esta forma la población tendría un acceso oportuno y equitativo a una atención médica.

La APH de los SAPU está compuesta por el conductor profesional y el técnico paramédico, quienes cumplen funciones de traslado y atención prehospitalaria según indicación del médico de turno.

La ambulancia está equipada con su símil del SAMU como una ambulancia M1 y siempre debe mantener comunicación radial con el SAPU y/o con el Centro Regulador según esté incorporada a la red SAMU regional, además de contar con logos y colores institucionales ⁽¹³⁾.

APH Municipal

Dentro de la APH pública existe un modelo municipal emergente de estructura mixta el cual integra un acceso universal pero limitado geográficamente dependiente de la municipalidad a la cual presta servicios, con un financiamiento mixto entre el estado y corporaciones municipales encargadas de gestionar obras de desarrollo comunal.

Desde el punto de vista de la gestión de estos servicios, se articulan a través de las corporaciones municipales y directores de salud comunal, los cuales están sujetos al alcalde, concejos municipales y la supervisión de la Contraloría General de la República, Ya que las corporaciones municipales son asociaciones de derecho privado sin fines de lucro ^(14,15).

Atención prehospitalaria privada

La conformación única de un sistema de salud público en el ámbito prehospitalaria, se vio interrumpido en el año 1997 por la incorporación del decreto 218 ⁽¹⁶⁾, el cual regula el traslado privado de enfermos entregando los primeros lineamientos para esta actividad.

En este documento se definen algunos conceptos como:

A) Ambulancia: Vehículo destinado a la asistencia de pacientes en situaciones de emergencia

B) Transporte sanitario simple: Ambulancia tripulada por un conductor y un auxiliar de enfermería, sin vigilancia especializada, ni equipamientos complejos.

C) Transporte avanzado: ambulancia tripulada por un Médico, técnico paramédico y un conductor, equipada con material de alta complejidad.

D) Atención domiciliaria: Atención médica en donde se encuentre el paciente, su desarrollo comporta la metódica habitual de la atención de pacientes por el profesional de salud.

La APH privada comenzó con un rápido desarrollo de empresas especialistas en la atención de pacientes en

el domicilio, la cual rápidamente sumó la incorporación de clínicas del sector oriente de Santiago, integrando a sus centros hospitalarios vehículos de emergencias para el rescate y traslado de sus afiliados ⁽¹⁷⁾.

El modelo administrativo del sector privado cuenta con un director técnico quien es el responsable de las atenciones brindadas por el personal de las ambulancias, de profesión médico cirujano y al igual que el sector público, las ambulancias privadas deben contar con material y equipos para cubrir la demanda potencial contratada por sus afiliados, tal como lo indica la letra E del decreto N°218 ⁽¹⁶⁾. Además, agrega en su letra F mantener de planta personal médicos y enfermeras con los cuales funcionara sus horarios de trabajo y sistema de turnos.

Atención Prehospitalaria Laboral

La APH Laboral tiene su quehacer en el contexto en la seguridad social de los trabajadores y empresas adheridas a las distintas mutualidades, ya sea en actividades derivadas de enfermedades profesionales, accidentes laborales o de trayecto. Es por esta razón, que ésta APH en particular cuenta con sus propias normativas y estructuras administrativas, las cuales se definen a continuación.

La seguridad social se entiende como el conjunto de medidas tomadas por el estado y la sociedad para proteger a los trabajadores y a sus familias, aliviando las necesidades económicas ante una contingencia o riesgo social ⁽¹⁸⁾.

Sobre la protección de la salud, la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESOS), indica que existe dos

regímenes de salud que otorgan cobertura a los trabajadores frente a los accidentes y enfermedades.

A) Salud común: Protege a todos los trabajadores cotizantes frente a las enfermedades y accidentes comunes, que no son consecuencia del trabajo o la actividad laboral. Este seguro es obligatorio para todos los trabajadores dependientes y voluntario para los independientes. La administración de este seguro lo realiza el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES).

B) Seguro Social contra riesgo de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales: Protege a los trabajadores dependientes y a los independientes que cotizan para este seguro. Frente a las enfermedades laborales y a los accidentes que le ocurran a causa o con ocasión del trabajo y que le produzcan incapacidad o muerte ⁽¹⁹⁾.

Este seguro social es fiscalizado por la SUSESO, que se relaciona con el gobierno a través de la Subsecretaría de Previsión Social, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

La administración de este seguro contra riesgos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales está a cargo

de entidades públicas y privadas.

A) Instituciones públicas: Instituto de Seguridad Laboral (ISL), La secretaria regional Ministerial (SEREMI) de salud y los servicios de salud.

B) Instituciones privadas: Las mutualidades de empleadores. Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), Mutual de Seguridad (MUSEG) y el Instituto de Seguridad del Trabajador (IST).

Además, existen empresas con administración delegada, autorizadas para otorgar a sus propios trabajadores las prestaciones de la ley 16.744, con excepción del pago de pensiones (que sigue siendo a cargo del ISL), estas empresas son Universidad Católica y 4 divisiones de la Corporación Nacional Del Cobre de Chile (CODELCO).

Otras normas en el marco regulatorio en materia de protección en seguridad y salud para el trabajador son el código del trabajo (artículo 184 y los siguientes) ⁽²⁰⁾ y el código sanitario libro III: de la higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo ⁽²¹⁾.

Ya descritos los marcos regulatorios de los tipos de atención prehospitalaria, se puede visualizar en la figura N°1 la interacción que puede tener un paciente frente a una emergencia de salud.

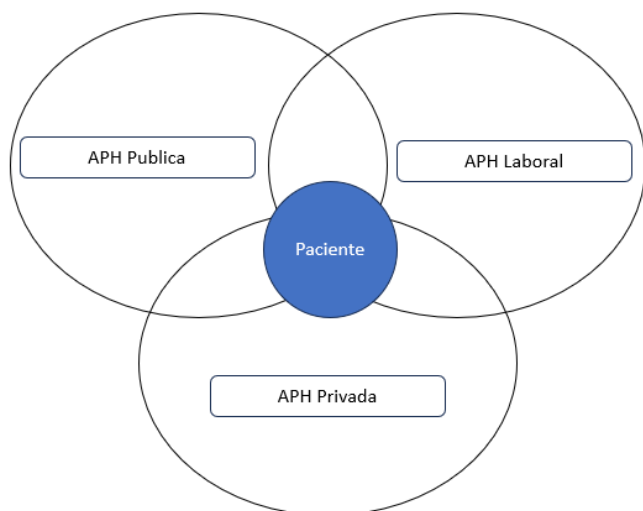


Figura 1. *Interacción de las distintas APH*

Diferenciación de los distintos servicios de APH en Chile

La APH abarca múltiples escenarios de acción para los primeros respondedores de las emergencias, incluyendo lesiones traumáticas y no traumáticas y de todos los grupos etarios dentro de la población. Sin embargo, existen diferencias marcadas entre los tipos de APH que incluyen activación, financiamiento y acceso a los equipos.

Sistema de activación de los servicios de APH

Todos los servicios de APH poseen un sistema de alarma y activación de los vehículos de emergencia, el sistema público a través de los números de tres dígitos o en articulación con el resto de los actores de la emergencia (bomberos y carabineros). Por su contraparte, la APH privada mantiene números directo con los centros hospitalarios privados para su población afiliada. Y Las mutualidades son activadas a través de los números de emergencia con 4 dígitos establecidos⁽³⁾ o

con números particulares definidos por ellas.

El modelo mixto municipal, también se activa a través de la marcación de números de emergencia con 4 dígitos, además de articular con el resto de los actores de la emergencia (policías locales, bomberos y carabineros), siempre y cuando la activación sea dentro de los límites geográficos comunales.

La estructura actual para la activación telefónica de los servicios de emergencia, comienza con la resolución exenta 177⁽¹²⁾, del año 1988, que da origen a los números de emergencia de 3 dígitos, para seguir estructurando los límites de estos a través del plan técnico fundamental de numeración telefónica⁽²²⁾, el cual define:

Número de emergencia: Número especial asociado a un servicio que se presta a la comunidad, sin fines de lucro y que tiene por finalidad salvaguardar los bienes y la vida de las personas.

De esta forma, evoluciona la norma y agrega los demás números de

emergencia bajo la exenta número 1534⁽²³⁾, integrándose los números de 4 dígitos al ecosistema de las emergencias.

Sistema de financiamiento de los servicios de APH

Cada sistema posee distintos mecanismos de financiamiento, el sistema público depende de FONASA, el sistema privado depende de las ISAPRES y de seguros complementarios que poseen los afiliados al sistema y las mutualidades mantienen financiamiento a través de la administración de las cotizaciones de las empresas adherentes a ellas por la ley de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales⁽¹⁹⁾.

El modelo mixto municipal, cuenta con aportes del gobierno regional respectivo y con ingresos provenientes de la participación en el fondo común municipal (público), y con ingresos privados directos sobre permisos y concesiones que otorguen, ingresos por los tributos que la ley permita aplicar a las autoridades comunales, multas e intereses

establecidos a beneficio municipal. Además, cuentan con un respaldo de gestión interna a través el artículo 14.- de la ley N°18.695 la cual indica que las municipalidades gozarán de autonomía para la administración de sus finanzas⁽¹⁴⁾.

Sistema de acceso a los servicios de APH

El sistema público declara un acceso universal a la atención de los pacientes⁽¹¹⁾, los sistemas privados de APH mantiene a su población cautiva de forma voluntaria con sus planes de salud y seguros complementarios que permiten el acceso a sus prestaciones. Por otro lado, las mutualidades al administrar la ley de accidentes del trabajo poseen como foco central de sus atenciones a los trabajadores adherentes a ellas, en su mayoría trabajadores con lesiones relacionadas a causa o con ocasión del trabajo.

La tabla N°1 resume las diferencias entre los sistemas de APH de Chile en cuanto a filiación, financiamiento y sistema de activación de cada una de ellas.

Tabla 1. Principales diferencias de los sistemas de APH de Chile

APH	Filiación	Financiamiento	Algunos ejemplos de activación telefónica
Público	Universal	FONASA	131
Público mixto	Universal limitada	Público y privado	1416, 1414, 1402, 1461, 1405, 1441, 1418, etc.
Privado	Contratados	ISAPRE y seguros	226107777, 229109911, 228261111, etc.
Laboral	Adherentes	Cotizaciones	1407,1404, 6005869090, etc.

Las principales diferencias entre los sistemas de APH son la filiación, el financiamiento y la activación de estos. Sin embargo, todos los sistemas también poseen puntos de interacción y

colaboración en pro del paciente. Los mayores esfuerzos del estado se han intensificado frente a la protección financiera y el acceso a las herramientas y procedimientos para evitar la muerte o

secuelas funcionales graves, las cuales se describen a continuación:

Protección financiera de los pacientes con la Ley 18.490 o ley SOAP⁽²⁴⁾, la cual cubre la muerte y lesiones corporales que sean consecuencia directa de siniestros de tránsito sufrido por personas en las que se vean involucradas los vehículos asegurados.

Ley 19.966 o ley GES⁽²⁵⁾, entendiéndose como las garantías explícitas en salud relativa al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas enfermedades o condiciones de salud.

Decreto 34⁽²⁶⁾ sobre condiciones clínicas generales y circunstancias para certificar el estado de emergencia o urgencia del paciente adulto, recién nacido o pediátrico. De esta manera se entiende el deber del estado a través del Ministerio de Salud por velar por el acceso igualitario a las prestaciones sanitarias que requiera una persona, en especial, cuando de una atención depende la vida.

Incluso la ley 21.156 o Ley DEA⁽²⁷⁾, indicando la obligatoriedad de contar con un desfibrilador externo automático (DEA), conformando un sistema de atención sanitaria de emergencia integrado a la red de emergencias, activando a los sistemas de emergencias de APH y entregando los primeros auxilios a los pacientes.

Estas normas y decretos van encaminados a conformar un sistema de emergencias universal articulado con los primeros respondedores de la emergencia con foco en la protección financiera de los usuarios del sistema.

Situación y contexto en regiones

La situación de los sistemas de APH en regiones suele ser dispar en comparación con la capital, ya que existe un menor desarrollo de los servicios privados de ambulancia e incluso de la cobertura de las mutualidades frente a la primera respuesta en eventos de emergencia.^(3,17) En relación con el modelo de ambulancias del sistema público, también cuentan con brechas las cuales están marcadas por alcances tecnológicos, trazabilidad de los datos, espacios físicos para el personal, desarrollo de infraestructura de las bases y estandarización de estas⁽¹¹⁾.

A pesar de estos antecedentes, los sistemas de APH público siguen siendo el referente en atención en regiones como primeros respondedores ante las emergencias de salud y traslados secundarios de la población.

RESULTADOS

La APH en Latinoamérica se inició de manera acotada e influenciada por experiencias extranjeras que entregaron los primeros lineamientos para su desarrollo. Chile no fue la excepción a esta realidad, y su conformación se profesionalizó en los años 90s, logrando estandarizar y concertar una forma de trabajo mixta en cuanto a los principales modelos de atención de pacientes.

Con el tiempo, surgieron nuevos actores que lograron integrarse a los equipos de primeros respondedores de las emergencias en salud, tanto en el ámbito privado como en el laboral. Cada uno de ellos con mecanismos distintos, logrando diferenciarse y desarrollando su propio camino. Sin embargo, el sistema público al

tener un acceso universal como fuente de filiación, ha logrado consolidar un trabajo a lo largo de todo Chile, buscando alcanzar una cobertura nacional, a pesar de mantener brechas entre las distintas regiones y Servicios de Salud.

Por contraparte, los demás sistemas de APH solo han logrado masificarse en la capital del país, en desmedro de las regiones, donde el sistema de APH público logra contener las emergencias con recursos propios como primeros respondedores.

En la capital, la integración de los servicios de APH ha logrado dar sus primeros pasos para formar una red estructurada de primera atención a los usuarios del sistema de salud, a pesar de los distintos niveles de filiación, financiamiento y activación que cada uno mantiene, logrando una suerte de modulación de la demanda guiada por el Centro Regulador del sistema público.

DISCUSIÓN

El desarrollo de la APH en Chile ha desarrollado varios caminos que muchas veces son complementarios en su quehacer diario, logrando integrar a los primeros respondedores. Sin embargo, aún queda mucho camino que recorrer y de la mano de algunas actualizaciones del Manual de operaciones multi-institucional que ya tiene más de 20 años, al igual que la ley que regula el traslado privado de pacientes, se podrían concretar algunos avances que hoy parecieran suceder más por voluntades particulares que por flujos bien definidos de las instituciones participantes de las emergencias.

En resumen, sería interesante plantear:

A) ¿Está preparado el sistema de APH público para regular todas las emergencias en un solo articulador y controlador de la demanda?

B) ¿Es necesario un número único de emergencias en Chile para centralizar la demanda?

C) ¿Cuál sería el rol de los nuevos actores de la emergencia como las municipalidades, autopistas concesionadas o servicios privados de rescate?

CONCLUSIONES

Chile ha mantenido un sistema de APH público con más de 20 años de experiencia, el cual ha tenido que integrarse con nuevos actores de las emergencias como son los servicios privados de APH adheridos en muchas ocasiones a clínicas del sector oriente de la capital y a los servicios de APH laboral que mantienen un público adherente en el contexto de los accidentes de origen laboral o con ocasión del trabajo.

En conclusión, la APH en Chile se ha diversificado y especializado en distintas áreas de trabajo y pareciera que es tiempo de lograr una estandarización y regulación de todas las entidades participantes de las emergencias de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ⁽¹⁾ Organización Mundial de la Salud. Sistemas de atención de urgencia para la cobertura sanitaria universal: asegurar una atención rápida a los enfermos agudos y las personas con traumatismos: 72 Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2019 [citado 31 oct. 2023]. Disponible en:

- https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R16-sp.pdf.
- (2) Organización Mundial de la Salud. Guía para la atención prehospitalaria de los traumatismos [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2007 [citado 30 nov. 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/723/9789275316252.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- (3) Garrido-Mancilla P. Cien números de emergencias en Chile: desarrollo histórico y contexto en salud. *Rev Med Clin Las Condes* [Internet]. 2023 [citado 3 nov. 2023];34(3):235–41. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-cien-numeros-emergencias-chile-desarrollo-S0716864023000408>.
- (4) Martín Moreno G. Sistemas médicos de emergencias, antecedentes y tendencias [Internet]. *Enfermería investiga: Universidad Técnica de Ambato*; 2017 [citado 31 oct. 2023]. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/453>.
- (5) Valle M CV. Manejo del trauma prehospitalario ¿qué hacer? *Rev. Cir* [Internet]. 2023 [citado 25 nov. 2024];75. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/revistacirugia/v75n3/2452-4549-revistacirugia-75-03-0208.pdf>. Publicación electrónica 2023 jun.
- (6) Topete Tovar Héctor G., editor. *Historia de la atención prehospitalaria en Latinoamérica*. Bogotá: Distribuna Editorial; 2015.
- (7) Pereira ER PGO. Incidents in the context of pre-hospital care by ambulances: contributions to patient safety. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2023 [citado 25 nov. 2024];76(5):e20220657. Disponible en: https://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672023000900215.
- (8) Souza MS, Silva DM, Campos ICM, Ventura PFEV, Alves M. Adversities in the daily work of a pre-hospital mobile emergency care service. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2023 [citado 25 nov. 2024];31:e69954. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/06/1437018/69954-268771-1-pbing.pdf>.
- (9) Aprueba norma general técnica N°17, sobre sistema de atención médica de urgencias (SAMU) [Internet]; 2005. [citado 31 oct. 2023]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/RESOLUCION_338_05%20SAMU.pdf.
- (10) Manual de operaciones multi-institucional ante emergencias [Internet]; 2001. [citado 31 oct. 2023]. Disponible en: <https://www.conaset.cl/wp-content/uploads/2020/03/Manual-ABC-V.-modificada-030320.pdf>.
- (11) Modelo Nacional Sistema de Atención Médica de Urgencia SAMU [Internet]; 2018. [citado 3 nov. 2023]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Modelo-Nacional-Sistema-de-Atenci%C3%B3n-M%C3%A9dica-de-Urgencia-SAMU.pdf>.
- (12) Resolución exenta 177 de 1988 [Internet]; 1988. [citado 31 oct. 2023]. Disponible en:

- file:///C:/Users/manci/Downloads/RES-177-EXENTA_25-ABR-1988.pdf.
- (13) Manual Administrativo para servicios de atención primaria de urgencia [Internet]. [citado 25 nov. 2023]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/6.pdf>.
- (14) Fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley 18.695, orgánica constitucional de municipalidades [Internet]; 2006. [citado 28 nov. 2023]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=251693>.
- (15) Corporaciones municipales y regionales. Régimen jurídico y fiscalización [Internet]; 2023. [citado 28 nov. 2023]. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/33960/2/B_CN_reg_jdco_corporaciones_municipales_y_regionales_vf.pdf.
- (16) Aprueba reglamento de servicios privados de traslado de enfermos [Internet]; 1997. [citado 31 oct. 2023]. Disponible en: [https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/DTO-218_25-JUN-1997%20Serv%20Privado%20de%20transporte\(1\).pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/DTO-218_25-JUN-1997%20Serv%20Privado%20de%20transporte(1).pdf).
- (17) Gómez C. Manejo de la vía aérea en atención prehospitalaria. Propuesta de algoritmo [Internet]. Rev Chi Anest: 2010 [citado 31 oct. 2023]; [152-157]. Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/manejo-de-la-via-aerea-en-atencion-prehospitalaria-propuesta-de-algoritmo/>.
- (18) Superintendencia de seguridad social. ¿Qué es la seguridad social? [Internet]. Superintendencia de seguridad social; 2023 [citado 1 nov. 2023]. Disponible en: <https://www.suseso.cl/606/w3-propertyvalue-33998.html#presentacion>.
- (19) Ley 16.744 establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales [Internet]; 1968. [citado 31 oct. 2023]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=28650>.
- (20) Decreto con fuerza de ley 1, Código del trabajo [Internet]; 2002. [citado 1 nov. 2023]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=207436>.
- (21) Código Sanitario [Internet]; 1968. [citado 1 nov. 2023]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=5595>.
- (22) Decreto 747 aprueba plan técnico fundamental de numeración telefónica [Internet]; 2000. [citado 3 nov. 2023]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=173931>.
- (23) Resolución 1534 exenta establece numeración para servicios de emergencia y procedimiento de asignación correspondiente [Internet]; 2009. [citado 3 nov. 2023]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=284665&idVersion=2023-09-25&idParte=>.
- (24) Ley 18.490 establece seguro obligatorio de accidentes personales causados por circulación de vehículos motorizados [Internet]; 1986. [citado 3 nov. 2023]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=18490>.

Norma=29893&idVersion=2014-10-10&idParte=.

⁽²⁵⁾Ley 19.966 establece un régimen de garantías de salud [Internet]; 2004. [citado 3 nov. 2023]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=229834>.

⁽²⁶⁾Decreto 34 Aprueba reglamento sobre condiciones clínicas generales y circunstancias para certificar estado de emergencia o urgencia en paciente adulto, recién nacido y pediátrico

[Internet]; 2022. [citado 3 nov. 2023]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1183371>.

⁽²⁷⁾Decreto 52 aprueba norma técnica de contenidos para capacitación en reanimación cardiopulmonar básica y uso de desfibrilador en caso de emergencias [Internet]; 2022. [citado 3 nov. 2023]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1179905>.