

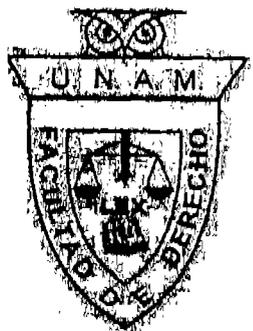


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE DERECHO

SEMINARIO DE DERECHO ADMINISTRATIVO

LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA
DE URGENCIAS MÉDICAS Y SU REGULACIÓN
JURÍDICA EN LOS ESTADOS UNIDOS
MEXICANOS



ASESOR: MAESTRO ANTONIO GONZÁLEZ CAMACHO

CD. UNIVERSITARIA

MÉXICO, D. F. 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE DERECHO
SEMINARIO DE DERECHO ADMINISTRATIVO

Ciudad Universitaria, D. F., a 26 de septiembre de 2007

ING. LEOPOLDO SILVA GUTIÉRREZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
P R E S E N T E

El pasante de esta Facultad, RODRÍGUEZ SALAZAR JOSAFAT., con número de cuenta 9637815-7, ha elaborado la tesis denominada "LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS Y SU REGULACIÓN JURÍDICA EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS " bajo la dirección del Lic. Antonio González Camacho, y la cual a mi juicio cumple con los requisitos reglamentarios del caso.

Ruego a usted ordenar lo conducente para que se continúen los trámites inherentes y dicho pasante presente el examen profesional correspondiente, en caso de no existir inconveniente para ello.

Transcribo acuerdo del Consejo de Directores de Seminarios, según circular SG/003/98, de la Secretaría General:

"El interesado deberá iniciar el trámite para su titulación dentro de seis meses siguientes (contados de día a día) a aquél en que le sea entregado el presente oficio, en el entendido de que transcurrido dicho lapso sin haberlo hecho, caducará la autorización que ahora se le concede para someter su tesis a examen profesional, misma autorización que no podrá otorgarse nuevamente sino en el caso de que el trabajo recepcional conserve su actualidad y siempre que la oportuna iniciación del trámite para la celebración del examen haya sido impedida por circunstancia grave, todo lo cual calificará la Secretaría General de la Facultad".

Reitero a usted las seguridades de mi consideración y respeto.

"POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU"
El Director del Seminario

PEDRO NOGUERÓN CONSUEGRA
LICENCIADO EN DERECHO



C.c.p.- Dr. Fernando Serrano Migallón.-Director de la Facultad de Derecho.-presente.
C.c.p.-Mtra. Zaudizareth Bobadilla, Secretaría de Exámenes Profesionales, Facultad de derecho UNAM

Agradezco, y sobre todo reconozco a quienes, diariamente, han compartido este reto conmigo. A quienes a través de su insistencia y optimismo dieron impulso a la realización de este trabajo, sin ningún otro interés, que mi éxito.

A todos ellos gracias.

A mi alma mater
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO.

A mi casa de estudios
FACULTAD DE DERECHO.

A mi asesor, por su invaluable apoyo,
Maestro Antonio González Camacho.

Al Director del Seminario de Derecho
Administrativo, por sus consejos, Lic.
Pedro Noguerón Consuegra.

A una noble Institución, cuyos principios resaltan la riqueza del hombre. Cruz Roja Mexicana I.A.P.

A mis padres, María Guadalupe Salazar López, Casiano Rodríguez Cabaña cuyas acciones se resumen en una: amar a sus hijos.

LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS Y SU
REGULACIÓN JURÍDICA EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

INTRODUCCIÓN.....V

CAPITULO I

ELEMENTOS DEL SISTEMA DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE
URGENCIAS MÉDICAS

1.- Atención Prehospitalaria de Urgencias Médicas.....1
2.- Urgencia Médica5
3.- Atención Médica7
4.- Primeros Auxilios.....8
5.- Recursos Humanos.....11
 5.1.- Socorrista11
 5.2.- Técnico en Urgencias Médicas.....12
5.3.- Primer Respondiente.....14
6.- Recursos Materiales.....16
 6.1.- Hospital.....16
 6.2.- Ambulancia.....18
 6.2.1.- Tipos de Ambulancias.....19
 6.3.- Centro Regulador de Urgencias Médicas.....21
7.- Sistema de Atención Prehospitalaria de Urgencias Médicas.....24

CAPITULO II

EVOLUCION DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS

1.- Evolución de la atención prehospitalaria de urgencias médicas25
2.- Evolución de la atención prehospitalaria de urgencias médicas en conflictos
 bélicos.....33
2.1.- Creación de la ambulancia.....36
 2.1.1.- La ambulancia volante de Larrey.....37
2.2.- Movimiento Internacional de la Cruz Roja.....38

2.2.1.- Convenios de Ginebra.....	41
2.3.- Conflictos bélicos del siglo XX.....	43
3.- Servicio Médico de Emergencias (Emergency Medical Service) en Estados Unidos de América.....	46

CAPITULO III

EVOLUCION DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

1.- Evolución de la atención prehospitalaria de urgencias médicas.....	52
2.- Instituciones dedicadas a la atención prehospitalaria de urgencias médicas.....	55
2.1.- Cruz Roja Mexicana.....	55
2.2.- Cruz Blanca.....	59
2.3.- Cruz Verde.....	61
2.4.- Cruz Ámbar.....	61
2.5.- Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas, (E.R.U.M.).....	62
2.6.- Brigada Nacional de Auxilio y Rescate del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.....	63
2.7.- Servicio de Ambulancias de Protección Civil.....	64
2.8.- Programa para la Formación de Recursos Humanos en Atención Prehospitalaria de la Universidad Nacional Autónoma de México.....	65

CAPITULO IV

REGULACIÓN JURÍDICA DEL SISTEMA DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

1.- Derecho a la protección de la salud como un derecho constitucional.....	70
2.- Ley General de Salud.....	72
2.1.- Naturaleza jurídica del sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas.....	73
2.2.- Distribución de competencias.....	77
2.3.- Sistema Nacional de Salud.....	78
2.4.- Consejo de Salubridad General.....	80

2.5.- Ambulancias: establecimientos de servicio de salud.....	81
2.6.- Formación de recursos humanos en el sistema de la atención prehospitalaria de urgencias médicas.....	83
2.7.- Ejercicio del técnico en urgencias médicas.....	88
2.7.1.- Artículo 79 de la Ley General de Salud.....	89
2.8.- Derechos de los usuarios de los servicios de salud.....	91
2.9.- Investigación en materia de atención prehospitalaria de urgencias médicas.....	93
2.10.- Información y estadística en materia de atención prehospitalaria de urgencias médicas.....	94
2.11.- Prevención de accidentes y enfermedades.....	95
2.12.- Vigilancia Sanitaria en materia de atención prehospitalaria de urgencias médicas.....	97
2.13.- Sanciones con motivo de incumplimiento en materia de la prestación del servicio de la atención prehospitalaria de urgencias médicas.....	98
3.- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.....	100
3.1.- Establecimientos para la atención médica.....	101
3.2.- Disposiciones tendientes a asegurar la aplicación del derecho a la protección a la salud, en materia de atención prehospitalaria de urgencias médicas.....	102
3.3.- Obligaciones del responsable de la institución que otorga el servicio de la atención prehospitalaria de urgencias médicas.....	104
3.4.- Sanciones que establece el Reglamento, con motivo de incumplimiento.....	107
4.- Disposiciones administrativas de carácter general: normas oficiales mexicanas.....	110
4.1.- Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1994, para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia.....	111
4.2.- Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004, regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de urgencias médicas.....	112
4.3.- Comentarios sobre la aplicabilidad de las normas oficiales mexicanas relativas a la atención prehospitalaria de urgencias médicas.....	117
5.- Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud y Comisión Interinstitucional para la Investigación en Salud.....	121

CAPITULO V
LA PROBLEMÁTICA EXISTENTE EN EL SISTEMA DE LA ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS EN LOS ESTADOS UNIDOS
MEXICANOS.

1.- Incertidumbre jurídica que afecta el campo de acción de las autoridades.....	124
2.- Indiferencia de la población.....	130
3.- Formación de técnicos en urgencias médicas.....	131
4.- Inexistencia de investigación en materia de atención prehospitalaria de urgencias medicas.....	132
5.- Deficiente coordinación en el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas.....	133
6.- Inexistencia de una regulación jurídica específica que facilite el ejercicio de la administración pública, en materia del sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas	134
CONCLUSIONES	138
PROPUESTA.....	144
BIBLIOGRAFÍA	151

INTRODUCCIÓN

El Derecho Administrativo es la rama del derecho que se encarga del estudio y establecimiento de normas relativas a la administración pública, entendiéndose a ésta, como una tarea más del Estado. Es precisamente el Estado el que debe identificar las necesidades que tiene la población, para así poder llevar a cabo acciones, con el fin de que aquellas sean satisfechas en bien de la comunidad, del orden y del desarrollo social.

El artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en el territorio nacional, siendo así, el acceso a los servicios de atención médica, una necesidad prioritaria que el Estado debe satisfacer para un mejor desarrollo del país, ya que el cuidado de la salud de una población, se relaciona directamente con el progreso económico, social y cultural de la sociedad. Así, la salud es un componente que no debe ser descuidado, para lograr el pleno bienestar social, más aún, en una sociedad cuyo orden jurídico se basa en principios como la justicia y equidad.

Como es sabido, cualquier persona está expuesta a sufrir un accidente, una complicación súbita de una enfermedad crónica o una lesión provocada intencionalmente, que pueda amenazar su vida o la armonía en su estado de salud. En nuestro país, las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de muerte de la población en general, resultando la mitad de éstas, en infarto. A su vez, los accidentes, son la cuarta causa de muerte, esto es sin contar las muertes causadas por lesiones provocadas intencionalmente.

De acuerdo con la información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática:

“En el año 2000 murieron accidentados 35,324 individuos en la República Mexicana. Cada 15 minutos murió una persona en un accidente. Los lesionados en eventos accidentales demandan más de 3 millones de consultas y ocupan 2 millones y medio de días-cama en las instalaciones hospitalarias del sector salud.”¹

¹ Información obtenida en la página electrónica <http://www.inegi.gob.mx>. Consultada en septiembre de 2005.

Debo resaltar además, que la muerte no es la única consecuencia derivada de los accidentes, sino que también se producen secuelas que pueden ser desde leves, provocando incapacidad temporal, hasta secuelas graves, dando como resultado la incapacidad permanente del individuo, con lo que se genera un incremento en la pérdida de años de vida saludable.

Debido a los grandes avances científicos y tecnológicos en la medicina moderna, es posible llevar la atención del paciente, fuera de los hospitales, para revertir el creciente número de decesos, asociados a enfermedades crónicas de complicación súbita, o a accidentes con lesiones severas, y así beneficiar directamente al paciente. Mencionado lo anterior, la atención prehospitalaria de urgencias médicas, debe considerarse como parte del sistema médico de urgencias, que consiste en el proceso que es iniciado desde el primer contacto con el paciente, en el que se le brinda el manejo inicial, ya sea en el hogar, la vía pública, sitio de recreación o en el espacio de trabajo, y que concluye con la entrega del mismo en un hospital, para que le sea brindada la adecuada atención médica, donde se proseguirá con el tratamiento definitivo del individuo.

Es preciso mencionar que desde el año de 1999, me desempeñé como técnico en urgencias médicas de la Cruz Roja Mexicana, en la Delegación Local del municipio de Ecatepec, Estado de México y actualmente laboro en el departamento de asuntos jurídicos de la institución, a nivel nacional. Debido a lo anterior, me ha sido posible percatarme que nuestro país, la atención prehospitalaria de urgencias médicas no ha alcanzado el desarrollo suficiente para disminuir los índices de mortalidad ya mencionados, ni para satisfacer las necesidades de aquellas personas lesionadas o enfermas de gravedad, que requieren de una atención pronta y eficaz, con el fin de que tengan mayores probabilidades de sobrevivir y evitar mayores secuelas en su estado de salud.

En este contexto, la presentación de éste tema de investigación, que tiene el propósito de que se conozca en un sólo instrumento, la normatividad aplicable a la prestación del servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas y a la vez, hacer énfasis en la necesidad de que se lleven a cabo medidas para que se garantice que el servicio se realice por personal realmente capacitado, de una manera homogénea y se brinde seguridad jurídica, tanto al paciente, como al prestador del servicio, consolidando así, la coordinación del sector salud con instituciones públicas y privadas, así como la

vinculación de los tres niveles de gobierno. De esta manera, debe ser tomado este tema como un gran problema en materia de salud pública, que debe ser satisfecho.

El propósito de este trabajo es detallado de la siguiente manera:

1. Realizar un estudio de la evolución de la atención de urgencias médicas, en su aspecto prehospitario, con el objeto de dar al lector, una idea de cómo se da origen a esta actividad, y cuál ha sido su rumbo a través de los siglos, hasta plantear la realidad actual en nuestro país.

2. Realizar un estudio y compilación de los ordenamientos jurídicos aplicables en los Estados Unidos Mexicanos, en materia de atención prehospitaria de urgencias médicas, con el fin de facilitar su observancia, y se preste el servicio de una manera definida, homogénea y eficaz.

3. Resaltar la importancia que tiene el tema de la atención prehospitaria de urgencias médicas, y el beneficio directo de esta actividad hacia la sociedad, por lo que deben ponerse en práctica, acciones tendientes a garantizar a la población en general, su derecho a la protección de la salud, establecido en el artículo cuarto, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

4. Hacer énfasis en la participación del Estado, para la creación de recursos humanos especializados y bien capacitados, para el desempeño de esta actividad y, en el fomento para la proliferación del “primer respondiente”, dentro del sistema de atención prehospitaria de urgencias médicas.

Dentro de esta investigación, planteo las siguientes hipótesis:

1. Debido al gran índice de accidentes y complicaciones súbitas de enfermedades crónicas, ¿las urgencias médicas, en su nivel prehospitario, representan un problema de salud pública, cuya magnitud requiere de la atención eficaz por parte del Estado, apoyándose, por su puesto, de una adecuada normatividad jurídica, específicamente del derecho administrativo?. En los Estados Unidos Mexicanos, ¿existen ordenamientos jurídicos claros, que regulen de manera específica, el servicio de atención prehospitaria de urgencias médicas?, ¿qué ha ocasionado una gran irregularidad en la prestación del servicio de atención prehospitaria de urgencias médicas, percibiéndose, en ocasiones, que

esa actividad puede ser ejercida fácilmente, sin ningún tipo de obligaciones ante las autoridades competentes?.

Entre los problemas visibles, que aquejan la prestación de este servicio, y de acuerdo a mi experiencia en el medio en que desempeño mis actividades, a los medios de comunicación y a declaraciones de las mismas autoridades competentes, se encuentran los siguientes: a) falta de una capacitación cabal del personal a bordo de la ambulancia, generalmente llamado “técnico en urgencias médicas”; b) desconocimiento, por parte de gran parte de los técnicos en urgencias médicas, de los ordenamientos jurídicos que se debe observar al momento de prestar el servicio, es decir, se mantienen dudas como ¿Hasta qué punto puede intervenir para auxiliar al paciente? ¿Cuál es la capacitación mínima con que debe contar? o, ¿Qué derechos y obligaciones tiene un Técnico en Urgencias Médicas, de acuerdo a las leyes vigentes?; c) desorganización y falta de coordinación, de los elementos que intervienen en el sistema de la prestación del servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, pues no existe un modelo operativo coordinado y sistematizado, que garantice una atención homogénea segura, pronta, de calidad y que genere confianza al paciente.

2. La atención prehospitalaria de urgencias médicas, es una actividad dirigida a mitigar el sufrimiento humano, que colabora a disminuir los índices de mortalidad y morbilidad, existente en nuestro país, a través de la atención adecuada a la persona afectada en su salud. Con el fin de otorgar mayor seguridad al técnico en urgencias médicas, y al paciente, ¿se deben crear normas para la vigilancia adecuada de esta actividad?, con el fin de que le sean otorgadas facultades claras, a las autoridades competentes y asegurar que el servicio de atención prehospitalaria se preste de una manera eficiente, garantizando así, la protección de la salud de la población, tal como lo establece el artículo cuarto, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Actualmente deben llevarse a cabo medidas claras y concretas que permitan a las autoridades en materia de salud y de educación ejercer una adecuada vigilancia en la prestación del servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, es decir, implementar un control de vigilancia a las ambulancias y al personal a bordo de la misma; establecer los requisitos mínimos necesarios para poner en funcionamiento una

ambulancia; y finalmente, indicar los requisitos para que una persona pueda ostentarse como técnico en urgencias médicas.

3. Dentro de nuestro actual sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas, ¿es necesario un programa a nivel nacional con el que se pueda difundir a la sociedad, el conocimiento de primeros auxilios?. El conocimiento en primeros auxilios, es elemental para que el sistema de la atención prehospitalaria de urgencias médicas funcione de manera eficiente, porque no sería suficiente contar con técnicos en urgencias médicas cabalmente capacitados, si la población, en general, no sabe cómo proceder durante el lapso en el que llega la ambulancia. Esta difusión de los primeros auxilios, es con el objeto de que, aumente la existencia de lo que ha dado en llamarse “primeros respondientes”, para que así, esté completo el sistema de atención prehospitalaria. Este “primer respondiente”, es el individuo dentro de la sociedad con conocimientos en primeros auxilios, que identifica a la persona lesionada o enferma de gravedad, le proporciona el soporte vital básico y hace el llamado de las unidades de atención prehospitalaria de urgencias médicas.

El presente trabajo titulado: *“La atención prehospitalaria de urgencias médicas y su regulación jurídica en los Estado Unidos Mexicanos”*, está dividido, para su desarrollo, en cinco capítulos. En el primer capítulo, con nombre: *“Elementos del sistema de la atención prehospitalaria de urgencias médicas”*, desarrollo las definiciones de los elementos imprescindibles, en un sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas, con la intención de establecer las bases para el buen desenvolvimiento del tema y ubicar al lector, en el contexto del mismo, de una manera clara. Cabe aclarar, que tales definiciones, no han sido obtenidas de ninguna fuente jurídica de información, debido a que el presente tema de estudio, no ha sido analizado de una manera formal por jurisprudencias. De cualquier forma, estas definiciones son necesarias para sentar las bases en el umbral de un estudio jurídico del tema planteado.

El segundo capítulo llamado: *“Evolución de la atención prehospitalaria de urgencias médicas”*, se ubica históricamente en el inicio de la atención prehospitalaria de urgencias médicas, haciendo mención de la práctica del socorrismo y su evolución hasta nuestros días. Lo anterior, con el propósito de mostrar cuáles fueron las circunstancias que motivaron el surgimiento de ésta actividad, y cuál ha sido el curso que ha seguido la

misma. Este capítulo hace referencia a la evolución de la atención prehospitalaria de urgencias médicas, y aún cuando, lamentablemente no fue posible hacer un estudio jurídico comparado, debido a la escasez de información, sí se incluyen datos, a través de los cuales se pueden concebir las fuentes reales del derecho y como consecuencia, es posible determinar, aunque tal vez de manera inexacta, las regulaciones jurídicas existentes en una época determinada y relativas al tema de estudio.

En el tercer capítulo titulado: “*La evolución de la atención prehospitalaria de urgencias médicas en los Estados Unidos Mexicanos*”, me situó en los inicios de esta actividad en nuestro país, y pretendo transmitir el contexto en el cual se encuentra actualmente, haciendo mención de las instituciones públicas y privadas que han sido protagonistas en este tema.

A su vez, en el cuarto capítulo con nombre: “*Regulación jurídica del sistema de la atención prehospitalaria de urgencias médicas en los Estados Unidos Mexicanos*”, realizo un estudio de los ordenamientos jurídicos, aplicables en los Estados Unidos Mexicanos, relativos a la prestación de éste servicio, con el fin de conocer, tanto la naturaleza jurídica de esta actividad, como las normas jurídicas que deben observarse.

En el capítulo quinto denominado: “*La problemática existente en el sistema de la atención prehospitalaria de urgencias médicas*”, se hace mención de la realidad fáctica y jurídica existente en nuestro país, relativa al tema, y en el que se desarrollan una serie de propuestas, que deben ser tomadas en cuenta para el mejor desarrollo del sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas.

Finalmente, con todo respeto al lector, deseo manifestar que por tratarse de una investigación técnica, más que jurídica, existe poca regulación y bibliografía al respecto, por lo que recurrí, en diversas ocasiones a mi experiencia adquirida debido a mi trabajo desempeñado en Cruz Roja Mexicana. Asimismo considero imprescindible hacer mención de la evolución, en su aspecto histórico, que ha tenido esta actividad, ya que para hacer un estudio jurídico de manera seria, en cualquier tema, es necesario conocer, desde los hechos históricos relevantes, hasta la realidad de nuestros días, más aún cuando no existe teoría jurídica al respecto, que me haya facilitado el camino. Así, ante la lamentable escasez de información jurídica, me vi en la necesidad de desarrollar el segundo y tercer capítulo, con fuentes bibliográficas especializadas en historia y evolución de la medicina y enfermería.

Sin embargo, la información vertida es de gran importancia para entender mejor el tema, conocer sus deficiencias en la práctica, y específicamente, conocer las fuentes reales del derecho, en dicha materia, de tal manera que será más fácil determinar las soluciones jurídicas al problema.

CAPITULO I
ELEMENTOS DEL SISTEMA DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE
URGENCIAS MÉDICAS

1.- Atención Prehospitalaria de Urgencias Médicas. 2.- Urgencia Médica 3.- Atención Médica 4.- Primeros Auxilios. 5.- Recursos Humanos. 5.1.- Socorrista; 5.2.- Técnico en Urgencias Médicas; 5.3.- Primer Respondiente 6.- Recursos Materiales. 6.1.-Hospital; 6.2.-Ambulancia; 6.2.1.- Tipos de Ambulancias; 6.3.- Centro Regulador de Urgencias Médicas. 7.- Sistema de Atención Prehospitalaria de Urgencias Médicas.

Es preciso establecer los conceptos relativos al tema, para evitar confusiones durante su desarrollo. En éste capítulo, abordo definiciones que considero necesarias para desarrollar el presente trabajo, debido a que mi tema de investigación ha sido abordado de manera limitada en su aspecto jurídico, por lo que no hay muchos antecedentes doctrinarios, lo que ocasiona que sean utilizadas diversas palabras de forma equívoca. Por tal motivo, es necesario indicar la terminología específica y adecuada, para que sea debidamente utilizada en materia de atención prehospitalaria de urgencias médicas.

En el presente capítulo, definiré cada uno de los elementos que conforman el sistema de la atención prehospitalaria de urgencias médicas, con el propósito de introducir al lector de este trabajo, en el contexto del tema de la investigación realizada.

1. ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS.

Para hacer alusión a la atención que se otorga a personas que presentan una urgencia médica y que esta atención se realice fuera de las instalaciones de un hospital, han sido utilizadas diversas expresiones, tales como atención extrahospitalaria, atención de urgencias prehospitalarias, atención de emergencias médicas, entre otras. Debido a esa situación, lo primero que me debe ocupar es establecer un término preciso que se adecue a lo que se pretende hacer alusión.

Utilizaré la expresión “atención prehospitalaria de urgencias médicas” en el presente trabajo de investigación, por ser la más apropiada, según explicaré a continuación. Para entender a qué se refiere el término, *atención prehospitalaria de urgencias médicas* y demostrar que es el más correcto, debo estudiar por separado la definición de cada una de las palabras que lo componen. Así, tenemos el siguiente análisis, apoyándome del “Diccionario para Juristas” de *Juan Palomar de Miguel*:

“a) *atención*: del latín *attentio*; acción de atender.

Atender: del latín *attenderé*; mirar por alguna persona o cosa o cuidar de ella.

b) *pre*: del latín *prae*; preposición inseparable. Denota antelación o prioridad.

c) *hospitalaria*: relativo al hospital.

Hospital: del latín *hospitalem*; establecimiento donde se efectúan todos los cuidados médicos y quirúrgicos”.¹

De lo anterior, se desprende que es correcto utilizar las palabras *atención prehospitalaria*, para hacer referencia a los cuidados que se le otorgan a una persona antes de la llegada al hospital, donde se le da el tratamiento final.

Ahora realizaré el análisis de la segunda parte de la expresión que me ocupa, igualmente con el apoyo del autor *Juan Palomar de Miguel*:

“d) *urgencia*: del latín *urgentia*; calidad de urgente. Falta o necesidad apremiante de lo que es menester para algún negocio.

e) *médica*: del latín *medicus*; relativo a la medicina².

A su vez, el Diccionario de la Lengua Española define medicina de la forma siguiente:

“*Medicina*: ciencia y arte de prever, diagnosticar y curar las enfermedades del cuerpo humano”.³

¹ Palomar de Miguel, Juan. *Diccionario para Juristas, Tomos I y II*. Editorial Porrúa S.A de C.V, México, 2000, 1716 pp.

² *Ibidem*

³ Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española, tomo VII*. Edición 22ª. España, 2001. 1001 pp.

Atento a lo anterior, considero que la expresión adecuada debe ser *urgencia médica*, siempre que se desee aludir a la necesidad apremiante, que tiene una persona, de ser atendida con el fin de restablecer su salud. Por lo tanto, y basándome en el análisis realizado, resulta conveniente utilizar el término “*atención prehospitalaria de urgencias médicas*” al referirse al cuidado otorgado a una persona, con alteraciones graves⁴ a su salud, las cuales pueden ocasionar la pérdida de la vida, un órgano o su función, siendo estos cuidados desde el primer contacto, hasta la llegada al hospital para que reciba el tratamiento adecuado.

Cabe mencionar que relativo al tema que me ocupa, la Secretaría de Salud, a través del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, y conforme a la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, ha realizado estudios relativos al tema y expedido, normas oficiales mexicanas para poder establecer criterios homogéneos.

Al respecto, la *Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los Servicios de Salud, Atención Prehospitalaria de las Urgencias Médicas*⁵, la cual fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de junio de 2006, y que entró en vigencia el 15 de agosto del 2006, en su apartado de definiciones, en su numeral 3.5, nos da la definición de “atención prehospitalaria de urgencias médicas” de la manera siguiente:

3. Definiciones

Para efectos de esta Norma Oficial Mexicana, se entiende por:

3.5. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas, a la otorgada al paciente, cuya condición clínica se considera que pone en peligro la vida, un órgano o su función, con el fin de lograr la limitación del daño y su

⁴ Es conveniente especificar que, en teoría, la atención prehospitalaria de urgencias médicas es otorgada, únicamente, en situaciones de *afectación grave a la salud*, aun cuando en la práctica se llega a otorgar dicho servicio a personas que realmente no presentan una urgencia médica.

⁵ Esta norma oficial mexicana todavía no entra en vigor sino hasta el 15 de agosto de 2006, pero aún en estas circunstancias ya está siendo observada por instituciones dedicadas a la atención prehospitalaria de urgencias médicas. Por tal considero oportuno mencionarla para sustentar mi trabajo de investigación.

*estabilización orgánico-funcional, desde el primer contacto hasta la llegada y entrega a un hospital.*⁶

Debo puntualizar, que la atención prehospitalaria de urgencias médicas, debe entenderse, como el servicio otorgado fuera de un hospital, es decir, se podría afirmar que, es una extensión del servicio de urgencias hospitalarias que comprende, tanto la atención médica, como el transporte de los pacientes, al servicio hospitalario adecuado, dependiendo del tipo de alteración a la salud que se presente.

También es importante destacar, que la atención prehospitalaria de urgencias médicas, debe constituirse en un servicio que no se limite sólo al traslado en ambulancia del paciente, sino que durante el transporte, deben ser realizadas las intervenciones necesarias, para estabilizar la salud de la persona, tales como, maniobras de reanimación cardiopulmonar, control de hemorragias, inmovilización, estabilización de signos vitales, mantener la vías aéreas permeables, etcétera, según se requiera.

El principal objetivo de la atención prehospitalaria de urgencias médicas, es ubicar al paciente en el hospital más adecuado, según su padecimiento, y realizar durante el traslado, las maniobras de soporte vital para estabilizar o, mejorar las condiciones del paciente hasta el arribo al hospital. Por lo tanto, la aplicación correcta de los procedimientos de atención establecidos, representan una disminución en la tasa de mortalidad y morbilidad, evitándose muertes prematuras, así como la limitación del daño irreversible en la función de un órgano, aparato o sistema, pues, actualmente en muchos de los casos, la atención del paciente en el área prehospitalaria, se limita al traslado de la víctima, lo que pone en riesgo su vida, ya que al no tratar una lesión oportunamente, puede originar la muerte o futuras incapacidades, como es en los casos de infartos, hemorragias, que conducen a un estado de choque, fracturas expuestas, traumatismo craneoencefálico, entre otro tipo de lesiones.

⁶ Norma Oficial Mexicana *NOM-237-SSA1-2004, regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas*. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de junio del 2006.

2. URGENCIA MÉDICA

Antes de ocuparme en dar una definición de “urgencia médica”, mencionaré que muchas veces, es utilizado de manera indistinta por la sociedad en general, las expresiones *urgencia médica* y *emergencia médica*, peor aún, la mayoría de las veces, sólo se utilizan las palabras *urgencia* o *emergencia*, para referirse a las anteriores, por lo que debo especificar, si realmente hay distinciones, analizando sus definiciones respectivas:

Conforme al ya citado autor *Juan Palomar de Miguel*, mencionaré la siguiente definición:

*“Emergencia: del latín emergens, emergente; acción de emerger, situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata.”*⁷

Por su parte del “Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas” dice:

“Emergencia se refiere a un accidente fortuito o a una necesidad urgente”.⁸

A su vez, la palabra urgencia, tal como fue estudiada, se refiere a la falta o necesidad apremiante de lo que es menester, para satisfacer alguna necesidad.

Por lo tanto, debo aclarar que, estrictamente, sí hay distinción entre los dos términos, pues “emergencia”, se utiliza para referirse al evento en sí, al accidente o desastre acaecido, ya sea un incendio, sismo, choque de vehículos, inundaciones, etcétera. Por su parte, “urgencia”, es la necesidad apremiante que se tiene de cualquier cosa; de tal suerte que al hablar de “urgencia médica”, nos estaremos refiriendo forzosamente a la necesidad apremiante que tiene una persona, de recibir atención médica. Por lo tanto, y a manera de ejemplo, puede existir una emergencia, como un incendio forestal y no necesariamente, debe haber alguna persona que tenga alguna urgencia médica.

⁷ Palomar de Miguel, Juan. Op. cit.

⁸ *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*. Salvat mexicana de ediciones, México, 1987, 1209pp.

Considero que se ha estado utilizando, aunque en forma limitada, la palabra “emergencia”, debido a la gran influencia que tiene en nuestra materia de estudio, los Estados Unidos de América y su sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas, llamado “Emergency Medical Services”, que, traducido literalmente a nuestro idioma es: “Servicio de Emergencias Médicas”; es decir, nuestro país ha venido copiando ese sistema casi al pie de la letra, lo que ha implicado que también se adapte al vocabulario utilizado por aquél, lo cual es erróneo, ya que debe haber una adecuación correcta a nuestro idioma, que además es muy basto.

Después de haber realizado un estudio semántico de las palabras: “urgencia” y “emergencia”, y una vez establecidas las diferencias, puedo concluir que la expresión correcta debe ser “urgencia médica”. En adición, básteme citar que en los Estados Unidos Mexicanos siempre se ha omitido la palabra “emergencia” en el vocabulario médico, usando, por el contrario, consuetudinariamente expresiones como, “sala de urgencias”, “urgencia médica”, “médico de urgencias”, etcétera.

Al respecto, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en su artículo 72, establece lo que debe entenderse por urgencia médica:

*“Artículo 72.- Se entiende por urgencia, todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata”.*⁹

El único problema que encuentro, en la definición que da el citado reglamento, es que no es agregado el adjetivo “médica” al sustantivo “urgencia”, ya que lo más correcto, cómo ya se estudió, es nombrarla “urgencia médica”, pues de otra forma, se estaría siendo muy genéricos y se debe ser enfáticos en el sentido de que la palabra “urgencia”, por sí sola, tiene un gran campo de aplicación, y puede hacer referencia a cualquier situación; es solamente,

⁹ Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986.

cuando se le adiciona el adjetivo “medica”, cuando la expresión se torna específica y no da lugar a confusión alguna.

3. ATENCIÓN MÉDICA

La atención médica, representa otro elemento integrante del sistema de la atención prehospitalaria de urgencias médicas. Al respecto el “Diccionario Terminológico de la Administración de la Atención Médica” especifica:

*“Atención médica comprende los servicios médicos y el complejo de relaciones personales y disposiciones organizadas que permiten el ofrecimiento y el otorgamiento de servicios de salud personales; incluye asimismo la provisión y disponibilidad de personas calificadas para proporcionar los servicios y las instalaciones que requieren para desempeñar su labor”.*¹⁰

Por su parte, la Ley General de Salud dedica en su totalidad, el segundo capítulo, del título tercero, para definir y dejar completamente delimitado, lo que se refiere a la atención médica:

Artículo 32.- Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Artículo 33.- Las actividades de atención médica son:

- I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;*
- II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y*
- III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalidases físicas o mentales.*

¹⁰ Diccionario Terminológico de Administración de la Atención Médica. Salvat Mexicana de Ediciones, México, 1983, 237 pp.

Una vez delimitado lo que se debe entender por atención médica y las actividades que le corresponden, debo citar el artículo 27 de la Ley General de Salud, el cual amplía aún más lo que debe abarcar la definición de la atención médica, al decir:

Artículo 27.- Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

...

III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias...

Como se puede apreciar, éste artículo indica que la atención de urgencias médicas, en su generalidad, también queda comprendida dentro de la atención médica, es decir, tanto las urgencias médicas hospitalarias, como las urgencias médicas prehospitarias, éstas últimas, materia de mi estudio, son incluidas, jurídicamente, dentro de la atención médica.

4. PRIMEROS AUXILIOS.

Considero a los Primeros Auxilios, como un componente dentro de la atención médica, la que a su vez es parte del sistema de atención prehospitaria de urgencias médicas. Para proporcionar una definición, me apoyaré por lo mencionado por el autor *Clarence Zimmerman*:

*“Si nos remontamos a los inicios de la práctica de los primeros auxilios, ambas palabras eran usadas por que ellas determinaban con precisión, cuáles eran los primeros pasos adecuados que debían adoptarse para asistir a los necesitados, en particular por accidentes”.*¹¹

¹¹ Zimmerman, Clarence E. *Procedimientos Básicos de Primeros Auxilios*. 3ª edición, editorial El Ateneo, Barcelona, España. 1985, pág. 2.

A su vez el “Diccionario de Medicina” nos da la siguiente definición:

“Primeros auxilios: técnicas empleadas en una urgencia médica para ayudar a un herido o paciente enfermo, antes de la llegada del doctor o de su ingreso a un hospital”.¹²

Por su parte, el médico y autor Manuel Torrado Relaño nos dice:

*“Primeros Auxilios son la asistencia inmediata, limitada y temporal prestada en caso de accidente o enfermedad súbita, por una persona circundante, en tanto se espera la llegada de asistencia médica efectiva o se traslada confortablemente a la víctima a un hospital.”*¹³

De las anteriores definiciones, se puede establecer como constantes de la definición de primeros auxilios, los siguientes elementos:

a) Asistencia inmediata: se refiere a que la atención del paciente, debe ser lo más pronta posible, y sin demora alguna, ya que las probabilidades de vida, y la mejor recuperación de la persona, dependen de ello;

b) Asistencia limitada: en el momento en que es prestada la atención, ésta debe ser apegándose a ciertos protocolos previamente establecidos; de tal guisa, que el técnico en urgencias médicas, socorrista o primer respondiente, siempre debe hacer entrega del paciente al hospital más oportuno, donde se dará el tratamiento definitivo;

c) Asistencia temporal: la aplicación de los protocolos de los primeros auxilios, siempre deben darse en un periodo de tiempo que comienza, desde el primer contacto con el paciente, y finaliza con la entrega del mismo en el hospital;

¹² *Diccionario de Medicina*, 2ª ed, Editorial Complutense, Madrid, España, 2001, 855 pp.

¹³ Torrado Relaño, Manuel. *Primeros Auxilios en la Actividad Físico-deportiva*. Editorial Miñon, Madrid, España, 1978. pág, 3.

d) Urgencia médica: entendida como el estado de necesidad apremiante, que padece una persona que ha sufrido alteraciones graves en su salud, poniendo en peligro su vida, un órgano o su función, y requiere, recibir un tratamiento inmediato y adecuado.

Por mi parte, y tomando en cuenta los elementos anteriores, propongo la siguiente definición, ya que la mencionada contiene imprecisiones:

“Primeros auxilios son la aplicación de un conjunto de procedimientos de atención preestablecidos, otorgados por una persona capacitada y encaminados, a dar una asistencia inmediata, limitada y temporal, a una persona que presenta una urgencia médica, desde el primer contacto hasta la llegada de un médico y/o su entrega a un hospital”.

En la anterior definición propuesta, agregué, además de los ya estudiados, los elementos siguientes:

a) Procedimientos de atención: son una serie de pasos y técnicas a seguir, en cada caso específico que se presente en el paciente; así, hay procedimientos de atención para cohibir hemorragias, paro respiratorio, fracturas, etcétera. De tal forma que el hecho de brindar primeros auxilios, ya no debe ser tomado sólo como un acto humanitario, sino como una actividad, con base en conocimientos fundados en estudios preliminares.

b) Persona capacitada para brindar primeros auxilios: Consideré necesario incluir este elemento en la definición, ya que se debe hacer énfasis en que la persona que proporcione la atención de primeros auxilios, debe estar debidamente capacitada, ya que de lo contrario, al tratar de atender a la víctima, puede causar un daño aún más severo que el que se presenta originalmente. Es conveniente que el mayor número de personas, sepan el momento y forma para prestar primeros auxilios, y que estén preparados para ayudar, pues el conocimiento, puede significar la diferencia entre la vida y la muerte.

De acuerdo con la literatura especializada al tema que actualmente se está tratando, al momento de otorgar los primeros auxilios, deben ser tomados en cuenta los siguientes objetivos:

1. *Conservar la vida;*
2. *Prevenir daños y complicaciones físicos y psicológicos;*
3. *Lograr una mejoría en la salud o por lo menos asegurar que ésta no empeore, a través de un trato adecuado y humanitario al paciente y*
4. *Asegurar el traslado de los accidentados a un centro asistencial.*”¹⁴

Finalmente debo mencionar que quienes se desenvuelven en la atención prehospitalaria de urgencias médicas, han hecho una división, equivocadamente y atendiendo más a necesidades mercadotécnicas, de los primeros auxilios, afirmando que hay primeros auxilios básicos y avanzados. También suele afirmarse que la atención prehospitalaria de urgencias médicas va más allá de los conocimientos de los primeros auxilios, pero no se establece hasta que punto termina la acción de la prestación de ese servicio.

En este caso lo más apropiado es que sea precisamente una regulación jurídica apropiada la que defina y delimite los campos de acción.

5. RECURSOS HUMANOS

En este apartado, presento las definiciones de los elementos humanos, que son necesarios en el sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas.

5.1. SOCORRISTA.- Conforme al ya mencionado Diccionario para Juristas, la palabra socorrista se define como:

*“Persona que presta socorro a otra en caso de accidente.”*¹⁵

¹⁴ *Primeros Auxilios y Urgencias Extrahospitalarias.* Colección: Formación. Federación Sindical de Administración Pública., 2ª edición, Madrid España, pág.8.

Debo mencionar que de manera generalizada, en el ambiente del servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, aun cuando no es así en la población en general, existe un sentido peyorativo en el término en comento, ya que en ocasiones, se utiliza para referirse a aquella persona, que se dedica a realizar el auxilio por mero sentido humanitario, dejando en segundo término, los conocimientos relativos a la materia, y las precauciones que deben tomarse cuando se dé dicha atención. Tal vez, este tinte peyorativo tenga justificaciones, ya que en los inicios de esta actividad en nuestro país, el rescate y los primeros auxilios, eran otorgados de manera precaria y sin ningún sentido de organización ni precaución alguna, justificando la ignorancia con el actuar humanitario.

Debo aclarar, que en instituciones como en la Cruz Roja Mexicana existen “socorristas”, que cuentan con conocimientos limitados en primeros auxilios y, además, existen los llamados “técnicos en urgencias médicas”, que cuentan con conocimientos en atención prehospitalaria de urgencias médicas, lo que hace referencia a una mayor preparación.

5.2. TÉCNICO EN URGENCIAS MÉDICAS, (T.U.M.).- Inicialmente y debido a la gran influencia del sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas, llevado a cabo en Estados Unidos de América, se copió el término “paramédico”, como una traducción literal de “paramedic”. Posteriormente, y tras la preocupación de una estricta aplicación de la palabra, se cayó en la cuenta de que el vocablo “paramédico”, significa, tal como se indica en el Diccionario para juristas:

*“personal que tiene relación con la medicina sin pertenecer propiamente a ella,”*¹⁶

De tal forma que, tiene una aplicación más amplia, ya que podría hacer alusión a una enfermera, el camillero, etcétera. Así, se propuso el término “técnico en urgencias médicas”, el cual analizaré para que sea debidamente comprendido y aplicado.

¹⁵ Palomar de Miguel, Juan. Op.Cit.

¹⁶ Ibidem.

Primeramente, debo definir cada una de las palabras que componen la expresión. De acuerdo al autor *Juan Palomar de Miguel*:

*“La palabra técnico proviene del latín “technicus” y se refiere a la persona que posee los conocimientos especiales de una ciencia o arte; a su vez cuando es utilizado como adjetivo, es relativo al especialista, a la persona con conocimientos teóricos y prácticos en una ciencia, arte u oficio.”*¹⁷

A su vez, la expresión “urgencias médicas”, ya fue debidamente definida en el segundo tema de éste capítulo, por lo que proseguiré a dar una definición del término.

Debemos entender por “técnico en urgencias médicas” a:

“La persona con conocimiento de los procedimientos preestablecidos de primeros auxilios, y que además, recibe una capacitación especializada y limitada de diversas áreas de la medicina, con una formación ética, que atiende a un paciente que presenta una urgencia médica, manteniendo un soporte vital, hasta su entrega en un hospital”.

El técnico en urgencias médicas, como parte del sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas, debe adquirir una formación técnica integral, además de recibir una instrucción con carácter humanista, para poder cumplir de manera ética y profesional con su servicio.

Así, de acuerdo con el autor *Ramón Rodríguez Mata*, se deben reunir algunas cualidades dentro del perfil del técnico en urgencias médicas:

1. *“Capacidad de organización: que se refiere a la capacidad para controlar a los circundantes, e impedir la actuación de personas incompetentes;*

¹⁷ Ibidem.

2. *Autodominio: que es la habilidad para permanecer en calma, ante una situación dramática;*
3. *Simpatía para tratar con las personas, dar seguridad y confianza;*
4. *Juicio y conocimiento.*”¹⁸

Además de las características anteriores, el autor *Manuel Torrado Relaño* considera necesarias las características siguientes:

5. *“Conocimiento en primeros auxilios, tanto teóricos como prácticos;*
6. *Observador; y*
7. *Buena memoria.*”¹⁹

5.3. PRIMER RESPONDIENTE.- Considero, por cuestiones semánticas, que el término socorrista, es más adecuado y apegado al español, sin la necesidad de copiar términos extranjeros, pero se ha estado usando recientemente en nuestro país, el término “primer respondiente”, como consecuencia de una traducción literal de “first responder”, que es una figura del “Servicio de Emergencias Médicas” de Estados Unidos de América. Esta figura, hace referencia a la persona, dentro de la comunidad, debidamente preparada con conocimientos en primeros auxilios, que tiene el contacto inicial con el paciente, realiza el llamado de auxilio, y le da la correcta atención hasta la llegada del personal especializado, o el trasladado al hospital. Por lo tanto, se refiere a aquella persona que sin dedicarse a la actividad de la atención prehospitalaria de urgencias médicas, tiene conocimientos de primeros auxilios, y puede ponerlos en práctica en algún momento determinado.

Este primer respondiente, puede ser cualquier persona, preferentemente a partir de los 10 años de edad, que conozca los protocolos de primeros auxilios; así, puede ser un vecino, un familiar, un policía, bombero, maestro o compañero de trabajo, quien tenga el primer contacto con la víctima.

¹⁸ Rodríguez de Mata, Ramón. *Manual de Primeros Auxilios: Curso elemental y avanzado de adiestramiento*. Compañía Editorial Continental, México. 1978, pág. 3.

¹⁹ Torrado Relaño, Manuel. Op.Cit. pág.4.

Nadie está exento de sufrir una lesión o padecer una complicación de una enfermedad crónica, por lo que, la enseñanza de primeros auxilios debería ser obligatoria a toda persona, para que esté capacitada a actuar de primera instancia. Por lo tanto, es muy importante que se considere la difusión de conocimientos en primeros auxilios, hacia la población, ya que vivimos tiempos en los que la civilización, la industrialización, la contaminación, el estrés y demás problemas urbanos, ocasiona que la salud de las personas vaya mermando, de tal forma que se dan cada vez más accidentes de tránsito vehicular, enfermedades crónicas que se complican súbitamente, diversas lesiones que pueden ser ocasionadas intencionalmente o por accidente. Por todo lo anterior, es preciso que la comunidad sea capacitada para saber cómo actuar, en caso de presentarse alguna de estas contingencias.

La responsabilidad de la población, representa un papel muy importante; esta responsabilidad debe reflejarse, en su interés para aprender primeros auxilios. De ahí la importancia del “primer respondiente” en el sistema de la atención prehospitalaria de urgencias médicas, pues son ellos quienes tienen el primer contacto con la persona afectada y pueden auxiliarla.

Aún cuando el técnico en urgencias médicas, esté bien capacitado, o la ambulancia de urgencias médicas, esté perfectamente equipada, será completamente estéril todo el esfuerzo realizado, si la persona que tiene el primer contacto con la víctima, ya sea su familiar, vecino o compañero de trabajo, no sabe el número telefónico para hacer el llamado de auxilio, o ignora cómo proceder para dar los primeros cuidados al paciente, mientras llega el personal capacitado.

Por lo tanto, es indispensable tener una sociedad con plena capacidad de respuesta en esas situaciones, y para lograrlo, no se requiere más que transmitirles conocimientos de primeros auxilios. Reiterando, la labor del primer respondiente, se debe limitar a asegurarse de que sea realizado el llamado de auxilio, y proporcionar los cuidados básicos al paciente, mientras llega el personal especializado, que brinde una correcta atención.

6. RECURSOS MATERIALES.

En este apartado proporciono las definiciones de los elementos, de carácter económico, que considero indispensables para el buen funcionamiento de un sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas.

6.1. HOSPITAL.- De acuerdo con el Diccionario Terminológico de Administración de la Atención Médica, se puede decir que hospital es:

“El establecimiento de salud que ofrece internación, atención médica y de enfermería a personas enfermas, heridos o sospechosos de estarlo, parturientas o personas que presentan una o unas de éstas situaciones. El hospital es parte importante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva y cuyos servicios irradian al ámbito familiar.”²⁰

Según el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas la palabra hospital proviene del latín *hospitalis, hospitem* y se refiere:

*“al establecimiento donde se curan enfermos”.*²¹

Por su parte, el Diccionario de la Lengua Española dice que hospital:

*“es el establecimiento destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde se practica también la investigación y la enseñanza”.*²²

Finalmente mencionaré la definición que establece el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, respecto del término que me ocupa, precisado en su artículo 69:

²⁰ Diccionario Terminológico de Administración de la Atención Médica. Op.Cit.

²¹ Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 12ª edición, editorial Salvat, México. 1984, 1209pp.

²² Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española, tomo VI. Edición 22ª. España, 2001. 835 pp.

ARTICULO 69.- Para los efectos de este Reglamento, se entiende por hospital, todo establecimiento público, social o privado, cualquiera que sea su denominación y que tenga como finalidad la atención de enfermos que se internen para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

Puede también tratar enfermos ambulatorios y efectuar actividades de formación y desarrollo de personal para la salud y de investigación.

Además, en el artículo 70, del citado reglamento, se da una clasificación de los hospitales, atendiendo a su grado de complejidad y poder de resolución:

ARTICULO 70.- Los hospitales se clasificarán atendiendo a su grado de complejidad y poder de resolución en:

I.- HOSPITAL GENERAL: Es el establecimiento de segundo o tercer nivel para la atención de pacientes, en las cuatro especialidades básicas de la medicina: Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización.

...

Además deberá realizar actividades de prevención, curación y rehabilitación a los usuarios, así como de formación y desarrollo de personal para la salud e investigación científica;

II.- HOSPITAL DE ESPECIALIDADES: Es el establecimiento de segundo y tercer nivel para la atención de pacientes, de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas que presta servicios de urgencias, consulta externa, hospitalización y que deberá realizar actividades de

prevención, curación, rehabilitación, formación y desarrollo de personal para la salud, así como de investigación científica, y

III.- INSTITUTO: Es el establecimiento de tercer nivel, destinado principalmente a la investigación científica, la formación y el desarrollo de personal para la salud. Podrá prestar servicios de urgencias, consulta externa y de hospitalización, a personas que tengan una enfermedad específica, afección de un sistema o enfermedades que afecten a un grupo de edad

Una vez obtenida la definición de hospital, debo resaltar su importancia dentro del sistema de la atención prehospitalaria de urgencias médicas, ya que es donde se da el tratamiento final al paciente. Como ya lo mencioné, la atención de primeros auxilios, tiene como características, la temporalidad y la asistencia limitada, de tal forma que el hospital, es un complemento para que esa atención, deje de ser limitada y se le pueda dar el tratamiento correcto y final a la persona, dentro del hospital.

6.2. AMBULANCIA.- Atendiendo al Diccionario de la Lengua Española, la palabra ambulancia significa:

*“vehículo destinado al transporte de enfermos y heridos y al de auxilios y elementos de cura”.*²³

Estos vehículos constituyen el instrumento fundamental de los técnicos en urgencias médicas, ya que es a través de ellos, que hacen el traslado del paciente y le proporcionan el adecuado tratamiento requerido por el mismo, mientras se llega al hospital; por ello, es necesario que las ambulancias estén adecuadamente equipadas, para poder dar un tratamiento cabal al paciente.

²³ Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española, tomo I*. Edición 22ª. España, 2001. 91 pp.

Con el fin de establecer la naturaleza jurídica de las ambulancias, debo citar al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que en su artículo 10, fracción V en relación con la fracción I del mismo artículo, establece:

ARTICULO 10.- Serán considerados establecimientos para la atención médica:

I.- Aquellos en los que se desarrollan actividades preventivas, curativas y de rehabilitación dirigidas a mantener o reintegrar el estado de salud de las personas...;

V.- Las unidades móviles, ya sean aéreas, marítimas o terrestres, destinadas a las mismas finalidades...

Sólo queda aclarar que, con fundamento en los artículos citados, queda claramente definido que las ambulancias deben ser consideradas como establecimientos para la atención médica.

6.2.1. TIPOS DE AMBULANCIA.- Dentro del sistema médico de urgencias, hay diversos tipos de ambulancias, según las clasificaciones existentes, las cuales atienden principalmente, la gravedad de la alteración de la salud del paciente. Al respecto, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en su artículo 10, nos dice:

ARTICULO 10.- Serán considerados establecimientos para la atención médica:

V.- Las unidades móviles, ya sean aéreas, marítimas o terrestres... y que se clasifican en:

A).- Ambulancia de cuidados intensivos;

B).- Ambulancia de urgencias;

C).- Ambulancia de transporte, y

D).- Otras que presten servicios de conformidad con lo que establezca la Secretaría.

Las unidades móviles se sujetarán a las Normas Técnicas correspondientes, sin perjuicio del cumplimiento de las demás disposiciones aplicables”

Del análisis del artículo citado, cabe destacar el hecho de que sí son consideradas, jurídicamente, las ambulancias, como establecimientos para la atención médica. Cabe aclarar, que para los fines de mi tema, únicamente, contemplaré lo relativo a “la ambulancia de urgencias”, pues es ésta, la que se utiliza para otorgar el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, sin embargo, en ocasiones, para abundar en el análisis, haré mención de las demás clasificaciones de ambulancias.

Continuando con clasificaciones de ambulancias, debo citar una más, la cual, aunque considero aún menos apropiada, pues en la práctica no hay tal diferenciación, debo mencionarla para profundizar mi análisis. Así, veamos la clasificación indicada por la *Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los Servicios de Salud, Atención Prehospitalaria de las Urgencias Médicas*, que al respecto dice:

3. Definiciones

Para efectos de esta Norma Oficial Mexicana, se entiende por:

3.1. Ambulancia de traslado, a la unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada al traslado de pacientes, cuya condición no sea de urgencia o cuidados intensivos.

3.2. Ambulancia de urgencias básicas, a la unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada a la atención de pacientes que requieren soporte básico de vida.

3.3. Ambulancia de urgencias avanzadas, a la unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada a la atención de pacientes que requieren soporte avanzado de vida.

3.4. Ambulancia de terapia intensiva, a la unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada a la atención de pacientes en estado crítico que requieren soporte avanzado de vida”.

Ya mencionadas las clasificaciones, puedo argüir que, no veo la finalidad de establecer diferencias entre las ambulancias, ya que las definiciones planteadas se confunden entre un término y otro, es decir, debe resaltarse claramente, la diferencia entre “ambulancia de urgencias”, “ambulancia de cuidados intensivos” y “ambulancia de transporte”. Si se realiza una lectura y estudio detallado, de las definiciones que se plantean en cada una de las clasificaciones, podremos darnos cuenta que la tercera y cuarta clasificación se refiere a lo mismo, aún cuando, obviamente, dicha clasificación es con el fin de establecer diferencias concretas.

Otro punto es que la clasificación anterior, es aún más arbitraria, pues no se establece las bases para dicha clasificación, de tal manera que no tiene sustento. Es decir, en qué se basa o bajo qué criterios fundamenta la existencia de “urgencias médicas básicas” y “urgencias médicas avanzadas”.

6.3. CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS MÉDICAS.- Para llevar a cabo una adecuada coordinación de los diferentes elementos que componen el sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas, es necesario una unidad administrativa, que se haga cargo de toda la logística. De esta forma, se han estado creando en diversos estados de la República Mexicana, los Centros Reguladores de Urgencias Médicas (C.R.U.M.) para que sirvan como medio de enlace, y por lo tanto, haya buena coordinación entre la población, el personal de la atención prehospitalaria de urgencias médicas y el hospital.

El centro regulador de urgencias médicas, establece los mecanismos de coordinación entre las instituciones, dependencias y organizaciones, para garantizar a la población, información, orientación y ayuda en casos de urgencias médicas, con el fin de que la comunidad reciba una atención oportuna, eficiente y de forma continua.

Un punto muy importante a considerar dentro del C.R.U.M., es que debe contar con un adecuado sistema de comunicación, ya que éste juega un papel muy importante, para que siempre haya contacto entre la población, el personal que proporciona la atención prehospitalaria de urgencias médicas y el personal del hospital; además, debe implementarse un número único telefónico, para que la población, pueda hacer el llamado de auxilio sin dificultades, y así la atención prehospitalaria de urgencias médicas, sea cabalmente coordinada y llevada a cabo.

La *Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los Servicios de Salud, Atención Prehospitalaria de las Urgencias Médicas*, en su apartado de definiciones, en su numeral 3.6, da la definición del Centro Regulador de Urgencias Médicas:

3. Definiciones

Para efectos de esta Norma Oficial Mexicana, se entiende por:

3.6. Centro Regulador de Urgencias Médicas, la instancia técnico-médico-administrativa, responsabilidad de la Secretaría de Salud Estatal y Gobierno del Distrito Federal, que establece la secuencia de las actividades específicas para la atención prehospitalaria, en el sitio del evento crítico, traslado y recepción en el establecimiento médico designado, con la finalidad de brindar atención médica oportuna y especializada las 24 horas del día, los 365 días del año.

De lo anterior, puedo percatarme que se pretende crear un sistema similar al del “911”, establecido en Estados Unidos de América, el cual es un número único en todo el territorio de

ese país, al que la población puede hacer el llamado de auxilio, para el caso de cualquier emergencia.

Por su parte, el mismo cuerpo normativo, en su apartado relativo a la atención de urgencias prehospitalarias, nos indica, cómo se desenvolverá el Centro Regulador de Urgencias Médicas:

4.7. De la atención de las urgencias prehospitalarias

4.7.1.2. La solicitud de atención prehospitalaria al CRUM, será mediante el uso de número telefónico único y gratuito, organismo que enlazará con los establecimientos fijos o móviles, por medio de un sistema de radiocomunicación compatible con las frecuencias correspondientes.

4.7.1.3. Toda llamada de auxilio recibida en el CRUM, deberá ser atendida, tipificada, clasificada, registrada y se llevará a cabo el seguimiento correspondiente.

4.7.1.5. El CRUM enviará al sitio de la urgencia la ambulancia disponible más cercana, para brindar la atención adecuada a la gravedad de la urgencia o en su caso decidir el traslado a la unidad hospitalaria correspondiente.

Como puede observarse, el CRUM funge como el medio para amalgamar los diversos componentes del sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas, es decir, es el enlace entre el personal de un hospital y el de la ambulancia, por lo que un correcto funcionamiento del CRUM, a través de una clara regulación jurídica, redundaría en una mejor coordinación.

7. SISTEMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS.

Aunque no hay bibliografía que respalde mi dicho, debo afirmar que el sistema de la atención prehospitalaria de urgencias médicas, debe ser entendido como un subsistema, perteneciente a su vez, al sistema de urgencias médicas, el cual abarca la atención de urgencias médicas, tanto en su nivel prehospitalario como en el hospitalario.

Para que se brinde el servicio de la atención prehospitalaria de urgencias médicas, de una manera eficiente, éste debe ser considerado como un sistema, en el que todos sus elementos estén estrechamente relacionados y bien coordinados. Así, la ausencia o deficiencia de los elementos constitutivos, desarrollados en el presente capítulo, provocaría el mal funcionamiento del sistema.

Por lo tanto, debe procurarse el establecimiento de políticas, programas y finalmente, ordenamientos jurídicos específicos que regulen la actuación del sistema de la atención prehospitalaria de urgencias médicas, para que la sociedad tenga la plena certeza de que le será brindado, un servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas de forma eficaz, homogénea e inmediata.

CAPITULO II

EVOLUCION DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS.

1.- Evolución de la atención prehospitalaria de urgencias médicas. 2.- Evolución de la atención prehospitalaria de urgencias médicas en conflictos bélicos. 2.1.- Creación de la ambulancia. 2.1.1.- La ambulancia de Larrey. 2.2.- Movimiento Internacional de la Cruz Roja; 2.2.1.- Convenios de Ginebra; 2.3.- Conflictos bélicos del siglo XX. 3.- Servicio Médico de Emergencias (Emergency Medical Service) en Estados Unidos de América.

Nuevamente deseo hacer la aclaración de que lamentablemente no me fue posible apegarme a una investigación estrictamente jurídica, ya que no existen estudios jurídicos serios en mi tema de estudio, con los que hubiera podido sustentar el presente trabajo de investigación. Sin embargo y con respaldo en bibliografía médica y de historia de la misma, pude plasmar datos sobresalientes con los que es posible determinar, aunque no de manera contundente, ciertas regulaciones jurídicas, relativas al tema, en una época determinada.

El objetivo de este segundo capítulo es hacer una semblanza de los acontecimientos de importancia, en la evolución de la atención prehospitalaria de urgencias médicas; desde el socorrismo, practicado de manera instintiva y empírica, hasta lo que en nuestros días concebimos como “servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas”.

1. EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS.

Haciendo uso de la lógica, es posible afirmar que los accidentes y enfermedades existen desde el origen mismo de la especie humana, es decir, las urgencias médicas aparecen con el ser humano mismo; de tal forma que se funden tanto historia de la humanidad como la historia de los intentos por remediar la enfermedad o afecciones físicas y evitar la muerte. Así lo confirma el historiador *Josef Löbel* al decir:

*“antes de que fuera descubierto el fuego, el cual pudiera producir quemaduras, ya existían el agua, frío, viento, tormentas, plantas venenosas y animales salvajes y, con seguridad podían producir daños”.*¹

Por lo tanto el surgimiento de las prácticas del socorrismo es coetáneo, al origen del ser humano ya que sólo basta la presencia de una persona en estado de necesidad de atención médica y que otra persona le ayude o atienda en dicha situación, para que se dé la actividad del socorrismo.

Al mencionar la evolución del socorrismo hasta llegar a lo que en la actualidad se concibe por atención prehospitalaria de urgencias médicas, no se puede dejar de hacer referencia a la evolución tanto de la medicina, como del derecho; es decir, la atención de urgencias médicas siempre se ha servido de los conocimientos que ha ido adquiriendo por los adelantos de la medicina, mediante la aplicación de nuevas técnicas, pero a su vez, la medicina se ha visto beneficiada por las innovaciones en materia de atención prehospitalaria de urgencias médicas y en sus inicios, por el socorrismo ya que estas prácticas de socorrismo y atención de urgencias médicas han ayudado de manera significativa el progreso de la medicina. A su vez, el derecho, siempre cambiante y en constante evolución ha tenido que adecuarse a tales cambios para responder a las nuevas realidades, que requieren ser normadas de forma jurídica.

Uno de los ordenamientos jurídicos más antiguos y valiosos que se conservan, es el código de Hammurabi, del Antiguo Reino de Babilonia, de quien el historiador *Heinz Schott*, comenta:

“Hammurabi fue el monarca de la primera dinastía babilónica, que reinó desde el año 2,125 hasta el año 2,081 a.C.; fue el promulgador de la más antigua colección de leyes que se conoce. En este cuerpo legal, dentro de los 282 artículos, nueve regulan la práctica de la medicina. Se norman así, en este código, lo honorarios y las penas a cumplir por lo errores cometidos por

¹ Löbel, Josef. *Historia sucinta de la medicina mundial*. Editora Espasa-Calpe Argentina S.A. Argentina, 1950, pág. 9

quienes llevaban a cabo prácticas terapéuticas. Estos honorarios y penas, en caso de errores, fueron establecidas en función del prestigio del paciente.”²

Aunado a lo anterior, el autor *José Babini* menciona:

“El Código de Hammurabi amenaza a practicantes ineptos con duras sanciones, destacando la ley del Tali3n: “ojo por ojo y diente por diente”. También hace referencia a las personas que llevaban a cabo cirugías u otro tipo de tratamientos terapéuticos, señalando los honorarios, distintos según la casta social, además de la sanción en caso de un tratamiento ineficaz, la cual podía llegar hasta la mutilación de la mano. El código no menciona a los médicos, sin duda fuera de toda reglamentación legal, en vista de su origen sacerdotal y el carácter mágico de sus prácticas.”³

Aún cuando el Código de Hammurabi tiene el merito de ser el más antiguo ordenamiento de que se tenga registro, como se puede observar, solamente le dedica 9 artículos de los casi 300 que conformaban su totalidad, lo que indica que existía una pobre regulación en cuanto a la aplicación de métodos terapéuticos y su relación con el paciente.

En aquella época la medicina comprendía actividades muy limitadas que por ningún comprendía la atención de las urgencias médicas; además, los médicos eran exclusivos para la alta sociedad. Así, surgió la necesidad de la existencia de personas, curanderos o hechiceros, que se encargaran de atender a quienes sufrían un traumatismo o enfermedad grave, quienes combinando el tratamiento empírico con procedimientos mágico-religiosos trataban de ayudar a superar el padecimiento de su semejante.

Es hasta la aparición de Hipócrates, cuando se da la separación de la medicina y la religión y la filosofía. Así, según el traductor *Joseph Alsina*:

“A partir de Hipócrates, todas las enfermedades tienen causa y una naturaleza racional y dejan de ser un origen divino. Sus observaciones

² Schott, Heinz. Director. *Crónica de la medicina*. 3ª edición, editorial Intersistemas, S.A. de C.V. México, 2003. pág. 24.

³ Babini, José. *Historia de la medicina*. 2ª edición, editorial Gedisa S.A. España, 1985, pág. 14.

*condujeron hacia un método científico aplicado a la medicina, surgiendo así, la medicina científica. De ahí que sea nombrado como el padre de la medicina.”*⁴

Sin embargo, en esos tiempos, la medicina no se consideraba una profesión digna de los ciudadanos, por lo que era ejercida sobre todo, por extranjeros. Así las cosas, la población no podía recurrir fácilmente a los médicos por lo que tuvieron que continuar con sus prácticas, que aunque empíricas, eran útiles. Por lo que continuaron vigentes las prácticas del socorrismo en esta época.

Ya en la Edad Media, época en que la Iglesia mantenía el control sobre el rumbo de la sociedad, se considera justamente como enemiga a la corriente mágica; por otra parte, la atención de urgencias médicas, realizada por los médicos, era considerada como bárbara y condenada por la iglesia; así, podemos encontrar diversas frases que explican la idea anterior, tales como la citada por el historiador *Josef Löbel* :

*“ecclesia abhorret a sanguine” (la iglesia aborrece la sangre), se decía muy a menudo”.*⁵

Como consecuencia, la práctica de la atención de urgencias médicas se devaluó, siendo ejercida por profanos, iletrados y charlatanes; tal como relata el autor *Antonio Valdés Aguilar*:

*Así, esta labor fue quedando en manos de los barberos, quienes eran llamados “barberos-cirujanos”.*⁶

De hecho, la práctica de la atención de urgencias médicas sobrevivió a causa de las numerosas guerras que se libraban en esta época. Vendar heridas, inmovilizar fracturas, drenar abscesos y practicar sangrías, era de lo poco que se realizaba en beneficio de las víctimas. Relativo a lo anterior, puedo hacer mención de *Lecéne*, citado por *Rafael Valdez Aguilar*:

⁴ Hipócrates. Trad. Joseph Alsina. *Tratados médicos*. Op. Cit. Págs. XI-XV.

⁵ Löbel, Josef. Op. Cit. Pág. 55.

⁶ Valdés Aguilar, Rafael. Op. Cit. Pág. 99.

“Los barberos-cirujanos solamente practicaban la cirugía inferior y tratamiento de heridas... Afeitaban y cortaban el pelo, abrían los abscesos superficiales, realizaban sangrías, aplicaban ventosas, cauterizaban y curaban las fracturas y las luxaciones...”⁷

De tal forma que a pesar de la gran diferencia intelectual entre unos y otros, el barbero-cirujano con sus conocimientos modestos, mantenía la ventaja que le proporcionaba el contacto cotidiano con los enfermos y su espíritu práctico lo hacía ser más eficiente que el médico, en materia de tratamiento de aspectos “corrientes”, pues el médico despreciaba la práctica de todo lo que tenía que ver con sangre. Para concebir mejor este tipo de ideología, citaré a *Josef Löbel*:

*“ y en ese tiempo abundaban frases como: “mejor estudiar libros que estar mil años viendo enfermos” o “para el médico que se respete no cabe otra cosa que la prescripción de dietas y remedios, más no se le ha de ocurrir hacerle algo al paciente con las manos; tal es nuestro entender”.*⁸

Como se puede apreciar, durante la Edad Media, no existieron ordenamientos jurídicos adecuados para definir y regular la actividad de los médicos, por lo que los pacientes no contaban con garantías al momento de verse en la necesidad de buscar los medios para procurar su salud, es decir no se concebía al derecho como protector de las garantías sociales, pues la legislación en materia de acceso a los servicios de salud, era completamente ignorada.

En otro orden de ideas, un acontecimiento importante para mi tema de estudio y de la medicina medieval fue la construcción de hospitales. En el curso de pocos siglos había una red de hospitales en toda Europa, pero no eran los edificios que actualmente concebimos como hospitales sino que, tal como lo menciona *Hienz Schott*:

⁷ Ibidem.

⁸ Löbel, Josef. Op. Cit. pág. 52.

“en sus inicios estos hospitales eran lugares de protección para los más débiles y necesitados y sobre todo, un lugar de refugio para los enfermos.”⁹

Otro acontecimiento importante de esta época, respecto a mi tema de investigación, fue la creación, a comienzos del siglo XII, de las universidades, las cuales significaron el inicio al cambio de la forma de educación. Veamos lo que nos dice *Félix Martí Ibáñez* referente al tema:

“Las universidades nacieron como una corporación de profesores y estudiantes puesta bajo la protección del Papa, del emperador o del municipio. Recibían varias prerrogativas, entre ellas, autogobierno, diversos fueros y la potestad de conferir títulos. Por tal, las universidades fueron el fruto de la filosofía eclesiástica. Dios era el supremo educador, y las universidades, el resultado del anhelo de la iglesia por organizar y dirigir la educación.”¹⁰

Aún cuando fue un gran avance la creación de las universidades para el impulso de la enseñanza, el hecho de que la educación estuviera en manos de la Iglesia, constituyó posteriormente un significativo retraso en la investigación de nuevas áreas del conocimiento.

Durante siglos continuaron inalterables las categorías sociales de los profesionales del arte de sanar, que surgieron durante la Edad Media, tal como lo menciona *José Babini*:

“continuaban presentes los médicos con su título universitario, quienes se dedicaban a recetar, daban clase, escribían y se consultaban entre sí, exclusivamente en latín; seguían las parteras que tenían el monopolio de la obstetricia, pues estaba prohibido que los hombres intervinieran en los trabajos de parto; luego los cirujanos que no tenían formación académica,

⁹ Schott, Heinz. Op. Cit. Págs. 62-63.

¹⁰ Martí Ibáñez, Félix. *SURCO: Ensayos sobre la literatura, historia de la medicina, arte y psicología*. Editorial Aguilar, España, 1960. pág. 85.

hablaban vulgarmente y se los tenían por ignorantes; finalmente estaban los maestros barberos-cirujanos que realizaban operaciones menores.”¹¹

De lo anterior, se puede llegar a la conclusión de que gran parte del desarrollo de la medicina se da de manera separada a la práctica de la atención de urgencias médicas. Debido a las ideas existentes en aquellos tiempos, la medicina se desarrollaba y practicaba en un contexto lleno de principios morales impuestos principalmente por la Iglesia, por lo que el auxilio a personas que padecían alguna urgencia médica no podía ser llevado a cabo por un médico, pues era considerado como inmoral y tarea específica para personas con menor estatus social y económico.

Según el historiador *Félix Martí Ibáñez* fue hasta el siglo XVIII, siendo Francia pionera, cuando se producen oficialmente los cambios decisivos; al respecto dicho historiador señala:

“la ordenanza de Luis XV prohibió a los barberos el ejercicio de la cirugía y, después de la Revolución francesa, la abolición de las diferencias entre médicos y cirujanos con la creación de las Escuelas de Salud y el título de Doctor.”¹²

Pero aún con medidas como la mencionada, que favorece en gran medida la medicina social, la población no veía con buenos ojos a los médicos aún cuando eran personas con estudios. Lo anterior se puede apreciar con una frase que era dicha por Voltaire, según cita de *Félix Martí Ibáñez*:

“Los doctores son hombres que prescriben medicinas de las cuales conocen poco, para curar enfermedades, de las cuales conocen menos, en seres humanos de los cuales no saben nada”¹³

Lo anterior demuestra la realidad de los médicos en aquellos momentos. Se podría decir que eran más eficaces las prácticas que llevaban cabo las personas que no tenían

¹¹ Babini, José. Op. Cit. Págs. 59-60

¹² Martí Ibáñez, Félix. Op. Cit. Pág. 55.

¹³ Ibidem.

estudios universitarios, pero contaban con la experiencia del contacto directo con la gente a comparación de las actividades realizadas por lo propios médicos.

Como se ha podido apreciar, a través de la historia de la humanidad se encuentran múltiples episodios en los que diferentes culturas aplicaban remedios sustentados en prácticas empíricas. Además he podido sustentar cómo a través de la historia dentro de diversas sociedades, eran realizadas prácticas terapéuticas, principalmente en materia de atención de urgencias médicas, por quienes no eran médicos. Por tal motivo he citado algunos datos relevantes en la materia. Así, concluyo que el ser humano cuenta con la innata costumbre de realizar acciones de socorro, por lo que tal actividad, lejos de lo que se pueda pensar, es antiquísima y ha evolucionado a través del tiempo, auxiliándose, ahora, de conocimientos científicos.

Así, es que a partir de este momento histórico se puede hablar de una disciplina llamada “atención de urgencias médicas” la cual es una rama del conocimiento de la medicina, que, tal como he procurado resaltar, anteriormente no era considerada como parte de esta, debido a la naturaleza de la actividad. De hecho, en nuestros días y debido a la evolución mencionada de esta actividad, es muy poco el personal que se dedique a prestar el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas y ostente el título de licenciatura en medicina.

Si bien en este primer episodio no se hace cita de muchos ordenamientos jurídicos que reflejen la evolución de la regulación jurídica en materia de atención prehospitalaria de urgencias médicas, consideré preciso mencionar someramente aspectos relevantes en cuanto a la evolución de mi tema de estudio, ya que nos auxilia para realizar conclusiones e indicarnos, de alguna manera, las regulaciones jurídicas existentes en cada época.

2. EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS EN CONFLICTOS BÉLICOS.

Otro elemento importante y decisivo en la evolución de la atención prehospitalaria de urgencias médicas, ha sido la presencia de conflictos bélicos que se han dado a través de la historia de la humanidad.

La intención de este apartado es responder, cómo es que surge la necesidad de estructurar un sistema de respuesta para atender, principalmente, a los soldados heridos en batalla, ya que se observó la necesidad de darles un óptimo auxilio para no causar más bajas de los combatientes. Así, mencionaré algunos datos documentados que considero importantes para fundamentar mi tema.

La historia de los conflictos bélicos y la evolución de la atención prehospitalaria de urgencias médicas van de la mano, ya que fue precisamente por la necesidad de salvar de la muerte y rehabilitar prontamente al combatiente, que se comenzaron a establecer y desarrollar estrategias para atender a la víctima dentro del mismo campo de batalla.

A través de la historia de la humanidad han sido comunes las guerras, aún más, la historia de la humanidad no puede ser entendida sin la mención de los conflictos armados. Desde entonces, es necesario procurar la atención del combatiente. Al respecto el autor *Heinz Schott* nos dice:

*“Ya desde la literatura griega como lo es la Ilíada o la Odisea se nos muestran, además de la cultura de aquellas civilizaciones, métodos terapéuticos practicados principalmente por los guerreros que se socorrían mutuamente en los campos de batalla.”*¹⁴

Han sido encontrados datos que confirman la existencia de dicha actividad, llevada a cabo desde épocas muy remotas. Así lo refiere *Heinz Schott*:

“A principios de nuestra era, los romanos construyeron los primeros “valetudinarios” que podrían ser considerados como el antecedente directo

¹⁴ Schott, Heinz. Op. Cit. Págs. 50-58.

de los hospitales. En los valetudinarios militares eran atendidos los guerreros que eran heridos o padecían alguna enfermedad durante la guerra.”¹⁵

Ha sido gracias a estas prácticas, que aumentaron de manera muy considerable los conocimientos en medicina de urgencias; y con mayor razón, en tiempos en que los médicos eran escasos y sin interés alguno en la práctica de la atención a urgencias médicas. Así surgió la necesidad de la existencia de personal encargado de la curación de las heridas y el reestablecimiento de la salud de los soldados.

De la lectura de diversos libros, puedo concluir que desde tiempos inmemoriales hay personal, dentro de los combatientes, destinado a la atención de caídos en batalla. Pero tal vez uno de los hechos más citados, aunque de no de forma muy extensa, con respecto al tema que me ocupa, son “las Cruzadas” en las que habían grupos bien organizados: “las órdenes militares”, de las cuales la autora *Juana Hernández Cones* dice:

*“las órdenes militares dedicaron parte de su labor al cuidado de los caballeros heridos y enfermos.”*¹⁶

Abundando un poco más sobre el tema, el historiador *Frank Charles Marie* refiere:

*“Algunas de esas ordenes recibían el nombre de “Caballeros hospitalarios” por que actuaban como personal de sanidad militar y como soldados, según las circunstancias.”*¹⁷

Dentro de la literatura relativa al tema, se hace referencia normalmente a cuerpos que se dedican a la atención de los heridos en batallas, coincidiendo en un aspecto: la gran deficiencia en cuanto a la organización y carestía de personal destinado al tratamiento de las heridas que sufrían los combatientes. A propósito de lo anterior y para dar un claro ejemplo, puedo citar los comentarios realizados por Sir Sydney Herbert, quien fuese

¹⁵ Ibidem.

¹⁶ Hernández, Cones Juana. *Historia de la enfermería*. Editorial Interamericana Mc. Graw Hill. España. 1995. Pág. 95

¹⁷ Frank, Charles Marie. *Desarrollo histórico de la enfermería*. 4ª edición, Ediciones Copilco S.A. México 1987. Pág. 99

Secretario de Guerra de Inglaterra, con respecto a la “Guerra de Crimea” (Inglaterra y Francia contra Rusia, 1854), citado a su vez, por *Frank Charles Marie*:

*“No existían planes para el aprovechamiento del ejército, ni en uniformes, ni albergues, alimentación y menos en atención a los heridos...hubo una gran cantidad de hombres que perdieron la vida o su salud, privados del consuelo de la menor comodidad. Hacia el final del primer año de batalla, la mitad del ejército inglés estaba incapacitada por la enfermedad...Los enfermos se amontonaban por cientos en las habitaciones del cuartel desposeídos de servicios sanitarios. El hedor y la mugre hacían imposible la vida y aceleraban la muerte de aquellos infelices.”*¹⁸

De esta forma, en distintas épocas y en varias partes se habían desarrollado acciones en pequeña escala para mejorar los servicios médicos para la atención de los soldados. Verbigracia y según en ya citado autor *Frank Charles Marie*:

*“En España, Isabel la Católica estableció hospitales fuera de los campos de guerra para la atención inmediata de los caídos.”*¹⁹

Ya desde principios de la era moderna y debido a sentimientos humanitarios inherentes al ser humano, se introdujo la costumbre de prestar asistencia médica a los enemigos heridos, con lo que se trataba de asegurar la reciprocidad del trato enemigo por los propios soldados. Como ejemplo de lo anterior puedo citar al historiador *Henri Cousier*, quien dice:

*“en 1759 los generales de Prusia y Francia firman un acuerdo en el que se establece que los ejércitos enemigos se comprometen a respetar, no sólo los lugares destinados a hospitalización de heridos y enfermos, sino también a no considerar prisionero de guerra al personal de sanidad militar.”*²⁰

¹⁸ Frank, Charles Marie. Op. Cit. Págs. 262-271.

¹⁹ Ibidem.

²⁰ Cousier, Henri. *La Croix Rouge Internationale*. Francia 1959. pág. 6-9.

El autor *Federico Bravo Peña*, en su obra “Nociones de la Historia de la enfermería”, cita a su vez la obra titulada “Acerca de la historia de la asistencia voluntaria e internacional a los heridos durante la guerra” del médico e historiador E. J. Gurlt, en donde, de acuerdo al primer autor, se pueden leer gran cantidad de reglamentos y capitulaciones destinadas al arreglo del trato que se debe darse a los prisioneros de guerra; lamentablemente debo conformarme únicamente con citar dicha obra, ya que no me fue posible encontrar un ejemplar de la misma.

2.1. CREACIÓN DE LA AMBULANCIA.- Existe incertidumbre al asegurar cuándo se usó por primera vez un vehículo para transportar a una persona enferma o lesionada. En tiempos muy antiguos, sin duda, los enfermos o accidentados fueron llevados entre dos personas quienes lo transportaban de la manera que a ellos les resultaba más conveniente, o si había una sola persona para transportarlo, seguramente lo hacía sobre sus espaldas.

En realidad existe muy poca información acerca de los antecedentes de las ambulancias y de los medios de transporte que se ideaban con el fin de transportar a las personas heridas. Sin embargo puedo citar como antecedente de lo que hoy concebimos como ambulancia, a los llamados “carros de guerra”, los cuales son detallados por el autor *Heinz Schott* de la siguiente manera:

*“Se sabe que en Roma eran utilizados los “carros de guerra” que consistían en carretas tiradas por caballos. Estos carros de guerra transportaban al herido a un lugar apartado del campo de batalla donde pudiese ser atendido.”*²¹

Tal parece que el anterior medio de transporte fue ampliamente aceptado y utilizado durante un prolongado lapso de tiempo, puesto que no existen referencias sobre cualquier otro tipo de transporte utilizado para los mismos fines.

2.1.1. LA AMBULANCIA VOLANTE DE LARREY.- Tal parece que hay cierto acuerdo, por los historiadores, en afirmar que el primer servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, de alguna manera organizada, fue durante las batallas del emperador

²¹ Schott, Heinz. Op. Cit. Págs. 49-51.

Napoleón Bonaparte a través de su médico en jefe: el barón Dominique Jean Larrey (1766-1842). Éste cirujano militar francés establece por primera vez las llamadas “ambulancias volantes”. Para dar una semblanza de la creación de dichas ambulancias, debo remontarme al año de 1792, en el que el ejército francés estaba en guerra contra los similares de Austria y Prusia. Francia se enfrentó con grandes problemas ya que los servicios sanitarios no podían seguir el avance de la tropa y asistirle en el campo de batalla. Los puestos de campaña eran colocados por detrás de la retaguardia, pero no muy cerca de la misma; los heridos permanecían en el campo de batalla hasta el cese del fuego y luego eran levantados para transportarlos hasta los hospitales de campaña. Existía gran preocupación, pues con este sistema los heridos eran olvidados por un largo tiempo y la mayoría de ellos moría antes de ser recibidos en el hospital. Al respecto *Heinz Schott* comenta:

*“El gran periodo de tiempo que pasaban en el olvido los soldados llevó al Barón Jean Larrey a tratar de desarrollar un nuevo sistema de ambulancias que pudiese brindar ayuda “in situ” a los heridos y luego sacarlos del peligroso campo de batalla. Así fue como Larrey construyó sus “ambulancias volantes” con dos ruedas para rescatar a los heridos. Esta ambulancia era conducida por dos individuos que levantaban a los heridos del campo de batalla y en forma inmediata los llevaban al hospital de batalla, para que recibiera la atención de sus heridas.”*²²

Sin embargo este sistema resultó un tanto ineficaz por la falta de personal específico para esa tarea, además de que la mayoría de los soldados morían en el camino o en las iglesias que eran acondicionadas como hospitales, en los que los soldados debían yacer en el suelo. Es decir el sistema aún era precario y no existía la infraestructura ni la organización para dar una adecuada atención al soldado herido; tal como lo menciona *Heinz Schott*:

*“En cuanto se recuperaba de sus heridas, el soldado era enviado nuevamente al frente, prácticamente en cuanto estuviera en condiciones de disparar.”*²³

²² Schott, Heinz. Op. Cit. Págs. 241-243.

²³ Ibidem.

A partir de entonces las ambulancias han evolucionado hasta convertirse, en vehículos motorizados. Así el transporte de enfermos y heridos se adapta a los nuevos avances de la industria automovilística. Se han dejado de utilizar los tradicionales carros tirados por caballos, sustituyéndose tal medio de transporte, por los automóviles que son diseñados especialmente con el fin de trasladar a heridos y enfermos.

Su uso se extendió y se hizo más común, pero todavía el concepto era trasladar al herido a algún centro asistencial sin contar con los elementos para tratarlo en el lugar donde se lo encontrara. Pasó mucho tiempo para que la atención prehospitalaria de urgencias médicas llegara a formar un sistema de tal complejidad como se le conoce hoy.

Tal ha sido la evolución de las ambulancias que en la actualidad son utilizados helicópteros como medios de transporte para trasladar al hospital, de manera inmediata, a una persona que requiera atención médica sin dilación de tiempo.

2.2. MOVIMIENTO INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA.- En el presente apartado haré alusión a la importancia del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y su gran influencia, a nivel mundial, en la evolución de la atención prehospitalaria de urgencias médicas.

La idea de la creación de la Cruz Roja nació el 24 de junio de 1859, cuando Jean Henry Dunant Colladon, un joven empresario suizo, se encontró, durante uno de sus viajes de negocios, ante la escena de la Batalla de Solferino, movimiento importante en la unificación de Italia. Sobre el tema, en la Revista “SUMA” de la Cruz Roja Mexicana se menciona lo siguiente:

“Muchos soldados heridos se refugiaban en la población de nombre Castiglione delle Stiviere. Cerca de 40.000 hombres yacían muertos o agonizantes en el campo de batalla y los heridos no recibían atención médica alguna y muchos otros desafortunados morían de hambre, sed y enfermedad. Fue una gran impresión para Henry estar frente a tantos

heridos que no podían ser atendidos por el servicio de sanidad militar debido a la gran cantidad de víctimas.”²⁴

Sensibilizado por estos hechos, interrumpió su viaje de negocios para brindar asistencia a los soldados heridos, con la ayuda de un grupo de mujeres voluntarias. Dunant organizó a los voluntarios para vendar las heridas de los soldados y darles alimento y consuelo sin distinción de bando.

A su regreso de la batalla, Jean Henry Dunant se dio a la tarea de escribir el libro con el título “Un recuerdo de Solferino” publicado en 1862, donde relata las experiencias que vivió en esa guerra y aprovecha para realizar un llamado a los gobiernos europeos para la formación de “sociedades de socorro” integradas por voluntarios que atendieran a los heridos en los campos de batalla, encerrando la idea en una pregunta que formula el mismo Henry Dunant en su libro ya citado y traducido por *Sergio Montiel Villa*:

“¿No se podrían fundar, sociedades voluntarias de socorro cuya finalidad sea prestar o hacer que se preste, en tiempo de guerra, asistencia a los heridos?”.²⁵

Cuando regresa a Suiza con la idea de promover la fundación de este tipo de sociedades, descubre en Ginebra una sociedad filantrópica: “la sociedad ginebrina de utilidad pública”, la cual podría ayudarle con su proyecto, según pensó. Posteriores reuniones con los integrantes de dicha sociedad marcaron el inicio de un gran movimiento de índole internacional. Así se relata en el libro de “Curso de Inducción a la Cruz Roja”:

“Posteriormente los miembros de esa sociedad y Jean Henry Dunant formaron una comisión llamada “el comité de los cinco”, integrada por el General Guillermo Dufour, el jurista Gustavo Moynier, el doctor Luis Appia, el banquero Jean Henry Dunant y el doctor Teodoro Maunoir. En el año de

²⁴ *Suma. Revista de la Cruz Roja Mexicana.* Junio-julio 2005. pág. 2.

²⁵ Dunant, Jean Henry. Moratiel Villa, Sergio. Trad. *Un recuerdo de Solferino.* Editado por el Comité Internacional de la Cruz Roja. Suiza, 1982. pág. 117.

*1863 el comité cambió de nombre a “Comité Internacional de socorro a militares heridos”.*²⁶

En octubre de 1863, se reúne en Ginebra la Primera Conferencia Internacional a la cual asisten representantes de 16 Estados, donde se acuerda la protección de los comités de socorro por parte de los gobiernos; la neutralidad del personal de sanidad oficial y de los voluntarios civiles que socorran a los heridos y enfermos, haciendo hincapié en la importancia de la introducción de un distintivo con reconocimiento internacional. A colación cito el relato que hace Henry Dunant, traducido por *Sergio Moratiel Villa*:

*“Fue ahí cuando se adoptó como símbolo, una cruz roja sobre el fondo blanco, invirtiendo los colores de la bandera suiza. Fue en esta reunión, cuando se aprobaron los 10 artículos que constituyen el acta de nacimiento del Comité Internacional de la Cruz Roja.”*²⁷

Con éste antecedente y con el apoyo del gobierno suizo, el “Comité internacional permanente de socorros a los militares heridos”, organizó una segunda conferencia diplomática en agosto de 1864, en Ginebra, donde asistieron representantes de 16 Estados que redactaron y firmaron el “Convenio para mejorar la suerte que corren los heridos de los ejércitos en campaña” conocido como el “Convenio de Ginebra” y que fue firmado el 22 de agosto de ese año y ratificado en el transcurso de los años siguientes por casi todos los Estados del planeta. El Convenio se compone de diez artículos, dentro de los cuales, los puntos más importantes, de acuerdo al libro titulado “Curso de inducción a la Cruz Roja” son los siguientes:

- “1. La neutralidad y protección del personal de sanidad y de los hospitales militares.*
- 2. La Cruz Roja sobre fondo blanco como símbolo protector.*
- 3. El establecimiento de un comité internacional permanente que se denominó Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR).*
- 4. La promoción, a nivel mundial, de las unidades de socorro.*

²⁶ Cruz Roja Mexicana, Coordinación Nacional de Capacitación. *Curso de inducción a la Cruz Roja*. México, 2003. pág. 10.

²⁷ Dunant, Jean Henry. Op. Cit. Pág. 132-135.

*A partir de entonces el “Comité internacional permanente de socorros a los militares heridos” se convirtió en el Comité Internacional de la Cruz Roja.”*²⁸

2.2.1. LOS CONVENIOS DE GINEBRA.- La finalidad que persiguen los Convenios de Ginebra, es consagrar el respeto de la persona que de alguna manera se ve inmersa en un conflicto bélico, y por razones humanitarias, trata de limitar los efectos negativos de los conflictos armados.

A pesar de la existencia del Convenio de Ginebra de 1864 se tuvieron que pensar en nuevas normas para limitar la arbitrariedad durante las guerras, pues tal convenio era insuficiente en cuanto a su aplicabilidad. Así, se procuró abarcar mayor protección humanitaria según el escenario de guerra, dando paso a la protección que debiera brindarse en casos de guerras desarrolladas sobre los mares. De lo anterior, *Antonio Augusto Cancado Trindade*, comenta lo siguiente:

*“Fue así que en una batalla naval que se produjo en Lyssa (1866) se dio lugar a un Convenio sobre la protección al militar náufrago, que se concretó finalmente en La Haya, Holanda en 1907.”*²⁹

El 27 de julio de 1929 se firmaron dos Convenios más: “para mejorar la suerte de los heridos y enfermos de los ejércitos en campaña” y el “Relativo al trato debido de los prisioneros de guerra”.

Después de la Segunda Guerra Mundial (1945) se observó la necesidad de actualizar tales Convenios y crear uno más que versara sobre la protección de las personas civiles. De esta manera la Cruz Roja Internacional se dio a la tarea de la creación de los “nuevos” Convenios, los cuales fueron firmados el 12 de agosto de 1949, siendo los siguientes, tal como se enuncian en el libro titulado “Los Convenios de Ginebra de 1949”:

“Convenio I.- Para mejorar la suerte de los heridos y enfermos de las fuerzas armadas en campaña.

²⁸ Cruz Roja Mexicana, Coordinación Nacional de Capacitación. *Curso de inducción a la Cruz Roja*. Op. Cit. Págs. 10-15.

²⁹ Cancado Trindade, Antonio Augusto. *Las tres vertientes de la protección internacional de los derechos de la persona humana*. Editorial Porrúa, México, 2003. Págs. 5-9.

Convenio II.- Para mejorar la suerte de los heridos, enfermos y náufragos de las fuerzas armadas en el mar.

Convenio III.- Relativo al trato debido de los prisioneros de guerra.

Convenio IV.- Relativo a la protección de personas civiles en tiempo de guerra.”³⁰

Además de los Convenios de Ginebra existen los “Protocolos adicionales de 1977”, que buscan la protección de las personas en casos que no contemplaba los Convenios de Ginebra. Así estos Protocolos versan sobre lo siguiente:

“Protocolo Adicional I: Relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales y guerras de descolonización.

Protocolo Adicional II: Relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internos cuya intensidad fuese más allá de las características de las situaciones de simples disturbios internos.”

Los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales han sido aceptados por casi todos los Estados del mundo y deben ser observados en el momento de surgir un conflicto armado. Cabe mencionar que los Estados Unidos Mexicanos se ha adherido a tales convenios y al primer protocolo, no así del segundo, por no creerlo conveniente a sus intereses.

Relativo a mi tema elegido, es importante el estudio de estos convenios, pues contienen disposiciones que en la gran mayoría de los países firmantes dieron origen y en otros reforzaron y dieron gran impulso al servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, con la creación de una Sociedad Nacional de Cruz Roja en cada uno de ellos. Así, con la creación de los Convenios de Ginebra, sus Protocolos adicionales y de la Cruz Roja Internacional se pugna por que sea creada en cada Estado participante, una sociedad encargada del auxilio de los heridos en guerra y en tiempos de paz, realicen actividades humanitarias que fomenten el desarrollo de su población.

³⁰ Comité Internacional de la Cruz Roja. *Los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949*. Ginebra, Suiza. 1986. Págs. 4-7.

2.3. CONFLICTOS BÉLICOS DEL SIGLO XX.- La tecnología aplicada en las guerras también ha ido en avance, lo que ha hecho que cambie por completo el escenario de las guerras. En el siglo pasado se presentaron, principalmente, dos grandes guerras, que por sus dimensiones, ya que comprendieron el ataque a las grandes ciudades europeas, supusieron un gran número de lesionados. Consecuentemente los heridos y muertos no se limitaron únicamente a los soldados sino que también abarcaron gran número de civiles y su patrimonio.

Es a consecuencia de las guerras, que los Estados empiezan a preocuparse por implementar un sistema con el que se agilizará la capacidad de respuesta y atención de los soldados heridos, debido a que las bajas fueron demasiadas; aún cuando cabe destacar la gran actividad que tuvo la Cruz Roja Internacional como institución neutral y voluntaria. Es por esto que desafortunadamente se puede asegurar que el gran avance que ha habido en la atención prehospitalaria de urgencias médicas es debido a experiencias en conflictos armados.

Prácticamente, durante el siglo XIX y principios de siglo XX no existía la atención médica en los campos de batalla de una manera ordenada, pues no había una organización en las evacuaciones de los heridos ni hospitales de guerra bien equipados y con personal suficiente y capacitado para atender ese tipo de pacientes. De acuerdo al autor *Christopher Grande*:

“Se estima que durante la Primera Guerra Mundial las bajas ascendieron a 1,850,000 soldados siendo la causa principal de muerte, las hemorragias que sufrían y no eran atendidas a tiempo. Además no había organización para hacer una clasificación de los lesionados y determinar las prioridades en su atención.”³¹

Sin embargo trataba de darse alguna solución al problema, implementando medios de traslado para los lesionados, tal como lo menciona el autor *Heinz Schott*:

“eran empleados con frecuencia creciente las ambulancias motorizadas, los trenes-hospital, los buques-hospital e incluso, ya al final de la contienda, los

³¹ Eldar, Soreide. Grande, Christopher. *Prehospital trauma care*. Editorial Marcel Dekker, Inc. Estados Unidos de América, 2001. págs. 1-8.

aviones, pues el gran número de heridos hizo necesario un transporte rápido y planificado de los mismos.”³²

Es en la Segunda Guerra Mundial cuando, al ver el retraso en el tratamiento del herido y con una mortalidad elevada, se ideó que el personal de sanidad iniciara la atención del lesionado en el campo de batalla para posteriormente ser trasladado a los hospitales militares. Así, se incluyen avances para el cuidado de los soldados, como protocolos de atención al lesionado y organización en la evacuación; se introdujo un efectivo sistema de clasificación de lesionados para priorizar su atención y se establecieron hospitales bien equipados y organizados, procurando instalarse lo más cerca posible del escenario de batalla. De tal forma que los avances fueron tales que hasta se incorporaron bancos de sangre para realizar las transfusiones sanguíneas a quienes lo requirieran.

En la Guerra de Corea, el ejército de los Estados Unidos de América inició el uso de helicópteros para el traslado del personal militar aprovechándolo para el traslado rápido de los heridos.

Durante la Guerra de Vietnam fueron creados los M.A.S.H “Mobil Army Surgical Hospital” (hospital militar móvil quirúrgico), que tuvieron gran desarrollo en la estandarización de protocolos de asistencia médica desde el sitio de batalla, el traslado inmediato a un hospital y, algo muy importante, la comunicación por radio, ya que al llegar al hospital, los lesionados ya estaban clasificados y eran esperados por equipos medico-quirúrgicos que actuaban de inmediato en los pacientes.

Con la experiencia bélica obtenida de estos importantes sucesos, Estados Unidos de América logró importantes avances en el tratamiento temprano de los heridos, como nos lo demuestra *Heinz Schott*, en la siguiente gráfica:

	Período que se tardaba en asistir al herido.	Porcentaje de mortalidad.
Primera. Guerra Mundial	12-18 hrs.	8,5 %

³² Schott, Heinz. Op. Cit. págs.384-386.

Segunda Guerra Mundial	8-12 hrs.	3,3 %
Corea	2-4 hrs.	2,4 %
Vietnam	1-4 hrs.	1,9 % ³³

Como se puede observar, los avances fueron muy importantes y se consideró que el factor principal que mejoró el pronóstico de los heridos fue la asistencia inmediata en el campo de batalla por personal especialmente entrenado.

El siglo XX nos heredó una serie de acontecimientos bélicos que puso en evidencia la necesidad de ampliar y desarrollar la actividad de la atención de urgencias médicas a un nivel “prehospitalario”. Aún en tiempos de paz, es imprescindible dicho desarrollo. Por lo tanto la experiencia de estas guerras dejó algo positivo, esto es, la aplicación y desarrollo de protocolos de atención a lesionados graves, que pueden ser aplicados a la población civil, en tiempos de paz.

3.- SERVICIO MÉDICO DE EMERGENCIAS (EMERGENCY MEDICAL SERVICE) EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA.

Nuestro vecino país del norte ha tomado un gran papel en la investigación de lo que se refiere a la atención prehospitalaria de urgencias médicas. A partir de las experiencias vividas en las guerras que ha participado, poco a poco fueron incorporados los conocimientos aplicados hacia la atención de urgencias medicas en su nivel prehospitalario dirigidos a la sociedad civil de los Estados Unidos de América, impulsando los recursos que permitieran asistir, en el menor tiempo posible, a todo tipo de pacientes traumatizados. Al respecto, el comentario del autor *Luis Rubio Montaner*:

“Estos dispositivos han conseguido disminuir drásticamente el tiempo entre la aparición de la urgencia médica y el inicio de los cuidados, llevando así, a los servicios profesionales a la escena del evento, pudiendo de esta forma,

³³ Ibidem.

comenzar los cuidados asistenciales y mantenerlos hasta la llegada al hospital.”³⁴

El concepto de atención prehospitalaria de urgencias médicas, en ese país, nació aproximadamente en 1940 a partir de que los cuerpos de bomberos fueron los pioneros en brindar primeros auxilios mientras el enfermo o accidentado era trasladado.

En los años sesenta a setenta se presenta una situación especial en los Estados Unidos de América. Derivada tanto de la industrialización y la modernidad se observa un dramático aumento en la morbilidad y mortalidad debido a la gran cantidad de pacientes que presentan infarto agudo al miocardio y los accidentes en general; el clima de violencia dentro y fuera del país, las grandes carreteras, el alcoholismo, la drogadicción y los nuevos vehículos automotores, provocaban la muerte de decenas de miles de norteamericanos al año. A su vez se sufrían las consecuencias del sedentarismo, el tabaquismo, la obesidad y la hipertensión arterial. Tal contexto trajo como consecuencia el detrimento de la calidad de la salud de la población en general. Así lo afirma el médico *Fernando Román Morales*:

“Este panorama asociado con la pobre información que al respecto se proporcionaba a la población, los deficientes recursos materiales y de sistema para hacerle frente a la problemática, dieron a este fenómeno un matiz de emergencia nacional.”³⁵

Debido a lo anterior, en los años 60's se intensificó el esfuerzo por lograr la superación de los técnicos abordo de las ambulancias hasta alcanzar un nivel de capacitación tan avanzado como el que existía en la Cruz Roja de aquel país.

En septiembre de 1966 la Academia Nacional de Ciencias en los Estados Unidos de América, publicó un boletín titulado “Muerte por accidentes y secuelas: la enfermedad olvidada de la sociedad moderna”, mediante el cual se pretende hacer un llamado a la reflexión respecto al tema. El resultado de tal boletín, nos lo comenta el autor *Roberto Harvey Grant*:

³⁴ Rubio, Montaner Luis. *Urgencias para el médico de atención primaria*. ARAN Ediciones, S.A. España 2001. págs. 19-21.

³⁵ Román Morales, Fernando. Op. Cit.

“se recomienda la creación de un sistema nacional de atención prehospitalaria de urgencias médicas, conocido, por sus siglas en inglés como E.M.S. “Emergency Medical Services”, (Servicios Médicos de Emergencia).”³⁶

A lo anterior, se presenta un incremento en el interés para dar soluciones viables para resolver el problema de salud existente en aquel país. Así, tal como se comenta en el libro titulado “Temas selectos de actualización, TUM básico”:

“En 1966 un médico de nombre Robert Kennedy, en colaboración con el Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos, publica el libro “Emergency care of the sick and injured” (Cuidados de emergencia para el enfermo y lesionado). Tres años más tarde el departamento de bomberos de Chicago, emite el primer manual de transporte para el técnico en urgencias médicas.”³⁷

En un medio donde las ambulancias no eran más que camionetas con focos de colores y los tripulantes transportadores de cuerpos, el tiempo de respuesta de atención profesional se alargaba considerablemente, dando como resultado tasas elevadas de mortalidad. Lo anterior fue evidenciado por el Dr. Robert Adam Cowley al hacer públicas sus investigaciones. Al respecto nos menciona el médico *Fernando Román Morales*:

“el Dr. Robert Adam Cowley y sus colaboradores, desarrollaron en el Centro Médico de la Universidad de Bethesda en Maryland, Estados Unidos de América, un estudio estadístico donde se correlacionaba la supervivencia de pacientes críticos con el tiempo de respuesta de la atención profesional.”³⁸

Cuando estos resultados se compararon con los obtenidos en situaciones en las que por alguna razón el tiempo de respuesta fue más breve, la diferencia en las expectativas de vida de los pacientes fue abismal. Finalmente se llegó a la conclusión de que la solución era disminuir el tiempo de respuesta profesional hasta un máximo de una hora, la cual

³⁶ Harvey, Grant Roberto. *Servicio médico de urgencias y rescate*. 5ª edición, editorial Limusa, S.A. de C.V. México, 1993, págs. 6-12.

³⁷ Cruz Roja Mexicana, Coordinación Nacional de Capacitación, Escuela Nacional de Técnicos en Urgencias Médicas. *Temas selectos de actualización TUM básico*. México 2004, pág. 7.

³⁸ Román Morales, Fernando. Op. Cit.

contaba desde el inicio del evento desencadenante hasta que el paciente recibía la atención definitiva en el hospital. A este estudio ahora clásico en el campo de la atención de urgencias se le conoce como “la hora dorada”. Pero ¿Cómo hacer para disminuir esos tiempos?.

En principio, la solución fue pensar que era posible llevar el hospital al paciente en lugar del paciente al hospital. Esto se logró extendiendo el servicio de las salas de urgencia y terapia intensiva, a través de verdaderas unidades móviles de cuidados intensivos. Tales unidades, a decir del autor *Fernando Román Morales*:

*“en sus inicios fueron tripuladas por médicos, los cuales constataron que si bien poseían los conocimientos de orden médico para atender a los pacientes, las habilidades requeridas durante la atención prehospitalaria de urgencias necesitaban de otros conocimientos que no se adquirían en las escuelas de medicina.”*³⁹

Así, el servicio de ambulancias empezó a considerarse como una extensión de la sección de urgencias del hospital. La atención al traumatizado alcanzó un mejor desarrollo cuando fueron desarrolladas técnicas para el tratamiento de urgencias cardíacas. Así, contribuyó en demasía, tal como lo menciona el autor *Douglas Rund*:

*“el desarrollo de la desfibrilación cardíaca externa en 1956 y la invención de medicamentos que restauran el ritmo normal del corazón, los cuales se adoptaron como conocimientos necesarios en la atención de la urgencia médica.”*⁴⁰

Finalmente se propuso generar una currícula para personal “no médico”, que pudiese hacer frente a urgencias médicas con versatilidad para desempeñarse en otras áreas del campo como rescate y combate a incendios. Nace con esto, la idea original del “paramedic” (paramédico) y el Emergency Medical Technician, E.M.T. por sus siglas en inglés, que traducido literalmente al español sería “técnico en emergencias médicas”.

En 1973 el Congreso de Estados Unidos de América estableció el Servicio Médico de Emergencias, (Emergency Medical Service), E.M.S., por sus siglas en inglés. Con este proyecto se pretende poner en marcha un sistema eficiente de atención prehospitalaria de

³⁹ Ibidem.

⁴⁰ Rund, Douglas. *Essentials of emergency medicine*. 2a. edición, editorial Mosby-yearbook, Inc. Estados Unidos de América, 1996. pags. 2-6

urgencias médicas a través de todo el territorio de aquel país. Inicialmente con la colaboración del Departamento de Bomberos y después con diferentes instituciones públicas y privadas. Paulatinamente equiparon las ambulancias con los recursos materiales adecuados y desarrollaron la capacitación profesional para crear técnicos en urgencias médicas, quienes se encargan de la atención prehospitalaria de la urgencia médica.

Con ello fue evidente que la mortalidad de los pacientes en estado crítico por accidentes o por la agudización de padecimientos crónicos, fue abatida considerablemente. Sin embargo quedaban aún algunos huecos importantes por cubrir. En ocasiones por muy rápido que fuera el tiempo de respuesta de los servicios de atención a urgencias, al arribo de estos era ya demasiado tarde, principalmente en pacientes que presentaban procesos como la obstrucción total de la vía aérea o el paro cardiorrespiratorio, lo cual había dejado sin oportunidad de sobrevivir al afectado. Paralelamente y con el objetivo de dar solución a tal problema surgen más alternativas, tal como menciona *Fernando Román Morales*:

“los estudios del Dr. Peter Safar y el Dr. Heimlich iban en progreso. Safar demostró que las viejas técnicas de reanimación cardiopulmonar, podían ser mejoradas substancialmente; con estos cambios se logró aumentar las esperanzas de vida de los pacientes que hubieran sufrido un paro cardiorrespiratorio. Heimlich por su parte, desarrolló la técnica de las compresiones abdominales que después adoptarían su nombre, las cuales podrían desalojar un cuerpo extraño de la vía aérea.”⁴¹

Poco tiempo después, hacia finales de la década de los sesenta y principios de los setenta, la Sociedad Americana del Corazón (AHA) y la Cruz Roja Americana (ARC) propusieron difundir a la población en general, las técnicas para activar el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas de manera eficaz, identificar y tratar la obstrucción de la vía aérea y emplear los protocolos de reanimación cardiopulmonar en los casos adecuados. Esto se hizo en un clima de escepticismo por parte de la comunidad médica norteamericana, pero logró resultados espectaculares. A manera de complemento el médico *Román Morales* nos dice:

“se expuso en la Conferencia Nacional sobre Reanimación Cardiopulmonar y Cuidados Cardiacos de Emergencia de 1986 que si se llevaba a cabo la

⁴¹ Román Morales, Fernando. Op.Cit.

reanimación cardiopulmonar básica en los primeros cuatro minutos del colapso respiratorio y la reanimación cardiopulmonar avanzada en los primeros ocho minutos, se podían lograr resultados positivos hasta en un 43% de los casos.”⁴²

En los años siguientes, se empezó a realizar transportación aeromédica en las ciudades y se desarrollaron cursos de estandarización para la atención en urgencias médicas como el ATLS (Advanced Trauma Life Support) (Soporte de vida avanzado en trauma); ACLS (Advanced Cardiac Life Support) (Soporte de vida avanzado en problemas cardiacos); y PHTLS (Prehospital Trauma Life Support) (Soporte de vida en trauma prehospitalario), entre muchos otros. Es así como podemos observar una muestra clara de que deben ser resueltos los problemas presentados en sociedad, basándose en estudios previos y llevándolos a la práctica con el fin de resolver necesidades de la población. El sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas llevado a cabo en los Estados Unidos de América fue desarrollado debido a que las evidencias mostraron que los pacientes que recibieron una apropiada atención de la urgencia médica desde antes del ingreso al hospital, tenían una mejor oportunidad de sobrevivir, en comparación con los pacientes que no recibieron tal atención.

Nuestro país sufre realidades un tanto similares y sin embargo existen huecos que no han sido llenados para afrontar dicho problema de salud pública. Es necesario que el Estado realice acciones relativas al tema, para que de esta manera se puedan adecuar y normar cada uno de los elementos que forman parte del sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas en los Estados Unidos Mexicanos, para que así se ofrezca una mayor cobertura a la población de los servicios de salud, los cuales además, son un derecho que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo cuarto, párrafo tercero.

⁴² Ibidem.

CAPITULO III

EVOLUCION DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

1.- Evolución de la atención prehospitalaria de urgencias médicas. 2.- Instituciones dedicadas a la atención prehospitalaria de urgencias médicas; 2.1.- Cruz Roja Mexicana; 2.2.- Cruz Blanca; 2.3.- Cruz Verde; 2.4.- Cruz Ámbar; 2.5.- Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas, (E.R.U.M.); 2.6.- Brigada Nacional de Auxilio y Rescate del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. 2.7.- Servicio de Ambulancias de Protección Civil. 2.8.- Programa para la Formación de Recursos Humanos en Atención Prehospitalaria de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Nuevamente quisiera hacer la aclaración de que el contenido del presente capítulo no es estrictamente jurídico, principalmente debido a que, en nuestro país, no hay antecedentes en materia de regulación jurídica, aplicable a la atención prehospitalaria de urgencias médicas. Sin embargo considero importante realizar una reseña que sea útil en el sentido de que el lector conozca los acontecimientos históricos destacables sobre el tema, en los Estados Unidos Mexicanos y me sea posible obtener conclusiones fundadas.

1. EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS.

Ahora, es tiempo de hacer mención de la evolución, de la atención prehospitalaria de urgencias médicas de nuestro país, en la que veremos que en sus inicios no hay una verdadera capacitación para poder proporcionar de manera adecuada dicho servicio; en tales circunstancias, en las que tal vez no había mucho conocimiento en cuanto al tratamiento del paciente en una urgencia médica, pero lo importante era actuar lo más prontamente posible y tratar de salvar una vida o evitar que empeore la salud de la persona.

Durante el período colonial, la medicina se practicaba citando al médico en el domicilio del paciente, comodidad a la que únicamente tenían acceso las clases sociales más altas; el resto de la sociedad hacía principalmente uso de hierbas medicinales y

prácticas terapéuticas empíricas. Es importante remarcar que los conquistadores también hacían, divisiones entre médicos, cirujanos y barberos.

Ya en materia de la atención de urgencias médicas en aquél tiempo, en el capítulo LXV de la obra llamada “La verdadera historia de la conquista de la Nueva España”, de Bernal Díaz del Castillo, citado por *Federico Bravo Peña*, se lee:

“...los indios recogían a los heridos apañándolos y llevándolos a cuestras”¹

Lo anterior demuestra indiscutiblemente la existencia de las prácticas del socorrismo ya desde aquellos tiempos.

Al respecto también puedo mencionar que en la obra “Memoriales” de Motolinía, parte II, Capítulo 13, también citada por el autor *Federico Bravo Peña*, nos dice:

“tenían gente suelta para tomar luego los heridos y llevarlos a cuestras donde estaban aparejados los cirujanos”²

La cita anterior hace evidente que también en escenarios bélicos, que eran frecuentes, había preocupación por designar a personas dedicadas específicamente a la atención de los combatientes heridos.

Como he mencionado, los médicos eran quienes tenían gran prestigio dentro de la sociedad, por lo que prácticamente nunca atendían urgencias médicas, con el fin de guardar su honor y dignidad. El trabajo “sucio” únicamente lo hacían los cirujanos y los barberos. Aún así, dicha atención era restringida por las leyes de aquel tiempo, haciendo todavía más difícil la atención de quienes presentaran una urgencia médica. No es sino hasta la administración del Virrey Bucareli cuando se intenta facilitar el acceso a los servicios de salud, de acuerdo a Barquín Calderón:

“En 1777 el Virrey Bucareli impuso la obligación a cirujanos y barberos de curar gratuitamente a los mendigos y que se atendiera a los heridos sin ser necesaria la previa autorización de un juez. Años más tarde, en 1792 se

¹ Bravo Peña, Federico. Op. Cit. Págs. 102-107.

² Bravo Peña, Federico. Op. Cit. Págs. 102-107.

instituyó que los médicos, cirujanos, parteras y boticarios acudieran prontamente al llamado de enfermos y heridos.”³

Ya en la época independiente, parece haber un largo silencio en lo que se refiere a la atención prehospitolaria de urgencias médicas en nuestro país, el cual se extiende desde la época de la Colonia hasta años después a la guerra de Independencia. De tal forma que no se presentaron cambios estructurales al respecto, debido al fuerte viraje en todos los aspectos de la nueva vida mexicana.

Es seguro que durante los años de guerra de Independencia no hubiera progreso alguno en la medicina, ni en su regulación jurídica, pues como es lógico suponer, únicamente había medicina militar, a consecuencia del largo período en el que prevaleció el escenario bélico.

Mi intención es hacer evidente que, en aquella época, fueron precarios los servicios médicos y prácticamente inexistente el servicio de atención prehospitolaria de urgencias médicas para la población civil. A la falta de médicos, consecuentemente se obligó a la población a recurrir a prácticas terapéuticas empíricas, las cuales, la mayor de las veces empeoraban la salud de las personas.

También debo hacer mención de la gran proliferación que hubo de los llamados “boticarios” quienes tenían conocimientos en farmacopea y se basaban principalmente en conocimientos derivados de la herbolaria. Estos boticarios eran comúnmente solicitados por la sociedad en casos de enfermedades que realmente no eran complicadas. El médico, en aquel entonces, se estilaba que acudiera a las consultas domiciliarias, es decir, comúnmente en una urgencia médica era el médico, equipado con su maletín, quien acudía al lugar de los hechos para realizar la atención del lesionado. Todavía a mediados del siglo pasado se estilaba acudir en auxilio del boticario y, para cuestiones de mayor importancia, se hacía el llamado del médico.

³ Barquín Calderón, Manuel. Op. Cit. Págs. 261-268.

2. INSTITUCIONES DEDICADAS A LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS.

Ahora corresponde hacer mención de las instituciones, que fueron o han sido protagonistas en materia de atención prehospitalaria de urgencias médicas, que en nuestro país, ha estado evolucionando en gran medida gracias a la labor de instituciones privadas, que, con una visión humanitaria y observando la carestía de este servicio hacia la población, desempeñan, gran parte de ellas, dicha labor de una manera altruista o sin el afán de lucro.

2.1.- CRUZ ROJA MEXICANA.- En 1898 La Cruz Roja Española solicitó al Estado mexicano, información acerca de las relaciones existentes entre las instituciones y asociaciones de asistencia pública con las unidades de sanidad militar. Así el presidente General Porfirio Díaz, según menciona *José González Ortega*:

*“...encomendó al médico Fernando López y Sánchez Román la tarea de realizar dicho informe.”*⁴

La investigación anterior creó opiniones encontradas pero la mayoría de los involucrados en aquel tema, opinaban sobre la necesidad de no sólo regular los servicios de sanidad militar sino que además sería de gran importancia crear la Cruz Roja en nuestro país.

En 1907 el General Porfirio Díaz, expidió el decreto por el cual los Estados Unidos Mexicanos se adhieren al “Convenio de Ginebra para mejorar la suerte que corren los militares heridos de los ejércitos en campaña”. El comité que fue creado para dar cumplimiento a tal convenio, tal como lo menciona el autor *Federico Bravo Peña*:

*“...comenzó con bastante voluntad y energía su obra, estableciendo modestamente un puesto de socorros en la casa número 20 de la calle de rosales e invitando a voluntarios, quienes fueron instruidos en primeros auxilios.”*⁵

Los días 27 y 28 de agosto de 1909, fue la fecha en que una primera brigada de auxilio tuvo la oportunidad de abanderar el emblema de Cruz Roja en nuestro país, pues en

⁴ González Ortega, José. *El establecimiento de la Cruz Roja en México y sus primeros trabajos*. Coordinación Nacional de Juventud, Cruz Roja Mexicana. México 1945. págs. 1-3.

⁵ Bravo Peña, Federico. Op. Cit. Págs. 148-151.

esos días, según lo menciona el libro de “Capacitación de Técnicos en Urgencias Médicas de Cruz Roja Mexicana”:

*“...la ciudad de Monterrey se vio envuelta en una tromba que afectó al más de 50% de la población con un gran número de víctimas y damnificados. La ayuda partió de la Ciudad de México...”*⁶

Aún cuando la Cruz Roja Mexicana ya tenía algunos meses de iniciadas sus labores, fue hasta el 21 de febrero de 1910 cuando el presidente Porfirio Díaz expidió el decreto presidencial No. 401 en el que se le da reconocimiento oficial a la “Asociación Mexicana de la Cruz Roja” como institución de utilidad pública. Siendo hasta el año de 1967 cuando cambió su nombre al de “Cruz Roja Mexicana Institución de Asistencia Privada”.

Ya iniciada la Revolución Mexicana, la Cruz Roja Mexicana, atendiendo al compromiso social por el que fue creada, se vio en la necesidad de participar en el auxilio de los heridos en batalla, teniendo una destacada participación en Ciudad Juárez, Chihuahua, como lo menciona *José González Ortega*:

*“... en mayo de 1911 se envió una brigada de la Asociación Mexicana de la Cruz Roja a Ciudad Juárez, Chihuahua con la finalidad de auxiliar a los combatientes de la Revolución, atendiendo el primer día de su llegada a 83 heridos.”*⁷

Además también sobresalió su participación en el escenario de la llamada “Decena Trágica” y otros más de la Revolución Mexicana, haciendo grandes esfuerzos por mantener su servicio a lo largo de los años en que se prolongó el escenario revolucionario en nuestro país y la gran cantidad de heridos que tuvo como consecuencia. Al respecto, nos comenta el autor *Federico Bravo Peña* lo siguiente:

“... Cruz Roja Mexicana tuvo una participación destacada en 1913 durante el enfrentamiento armado de la Decena Trágica, que arrojó 506 muertos y 1,500 heridos, cumpliendo nuevamente con su misión de ayudar a las víctimas. A partir de 1915 y en los años siguientes, en que ya se había extendido la Revolución tanto al norte como al sur de la República, la Cruz

⁶ Cruz Roja Mexicana. Comité Nacional de Capacitación. *Manual de Técnicos en Urgencias Médicas*. México. 1995. Págs. 29-32.

⁷ González Ortega, José. Op. Cit. Págs. 9-10.

Roja organizó grupos de socorro en los ferrocarriles, en los que curaban a los militares heridos que venían de los campos de batalla, a pesar de que a veces el personal voluntario recibía hasta 800 heridos en cada tren. “⁸

A partir de entonces, ésta institución ha estado en crecimiento, contrarrestando la carencia, en las grandes ciudades del país y sobre todo la Ciudad de México, del necesario servicio de atención de urgencias médicas a nivel prehospitario. La institución fue organizando con más regularidad sus servicios de atención prehospitalaria de urgencias médicas, disponiendo de más ambulancias y puestos de socorro.

Durante varios años, la Cruz Roja Mexicana I.A.P. otorgó su servicio sin ningún tipo de regulación clara en cuanto a sus tareas que debiera realizar y principalmente las relaciones existentes con el ejército mexicano. Estaba claro que en tiempos de guerra, sus relaciones debían regirse de acuerdo a los Convenios de Ginebra, pero ¿Qué acciones debería llevar a cabo durante los tiempos de paz?; con el fin de dar certeza al dicho cuestionamiento, es hasta el año de 1950 cuando se celebra un convenio que dio mayor claridad al respecto, del cual se hace mención en la obra “Cruz Roja Mexicana; Una obra de mexicanos para la humanidad”, de la siguiente manera:

“El 26 de septiembre de 1950 se celebró entre la Cruz Roja Mexicana y la Secretaría de la Defensa Nacional un convenio para tiempos de paz, en el que se establecen las normas que debían regir las relaciones entre ambas instituciones en tiempos de paz. Así el contenido principal de éste convenio se basa en preparar desde diversos puntos de vista, los puntos comunes de trabajo y su funcionamiento eficiente para el tiempo de guerra.”⁹

Continuando con su gran labor de servicio y con el objetivo de dar mejor atención a la población, en el año de 1968 es inaugurado el Hospital Central de la Cruz Roja Mexicana ubicado en la Av. Ejército Nacional 1032, de la Colonia Polanco, siendo establecido como uno de los principales hospitales de atención de urgencias médicas desde ese momento.

Durante 70 años de vida, Cruz Roja Mexicana no había podido desarrollar un programa serio de capacitación para las personas que iban a bordo de una ambulancia;

⁸ Bravo Peña, Federico. Op. Cit.

⁹ Cruz Roja Mexicana. *Una obra de mexicanos en beneficio de la humanidad; 85 años de la historia de la Cruz Roja Mexicana*. México, 1996. págs. 132-134.

dicho personal en ocasiones no contaba con preparación alguna sobre atención prehospitalaria de urgencias médicas, lo que acarrea consecuencias negativas para el paciente atendido. Es hasta 1981 cuando egresó la primera generación de “técnicos en urgencias médicas” en esta institución, como resultado de muchas inquietudes que se presentaban durante el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas. Este grupo sería el primero que de manera formal e institucional se gradúa como “Técnicos en Urgencias Médicas”, no sólo en la Cruz Roja Mexicana, sino en todo el país. Así, una vez más, esta institución marca una pauta, pues la idea de crear un sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas como el que ya se perfilaba en la Cruz Roja Mexicana no tenía antecedente alguno en el país. De tal forma que se fortaleció su organización en la capital del país e hizo eco en las demás entidades federativas en las que se han creado numerosas filiales en todo el territorio nacional, contando hasta el momento con 486 delegaciones de la Cruz Roja Mexicana en todo el país.

En agosto de 1996, la benemérita institución, concluye las gestiones ante la Secretaría de Educación Pública, a través de la Dirección General de Estudios Tecnológicos e Industriales para incorporar el plan de estudios de técnico en urgencias médicas al sistema educativo nacional. Cabe señalar que la instrucción del técnico en urgencias médicas quedó registrada con exclusividad para la Cruz Roja Mexicana.

Debo mencionar que durante la realización del presente trabajo, fue remodelado el Hospital Central de Cruz Roja Mexicana, ubicado en la colonia Polanco de la Ciudad de México, siendo reinaugurado en abril de 2006 como “Centro de Trauma”, el cual cuenta con un diseño, distribución y tecnología que lo convierten en el centro de atención de urgencias médicas más eficiente de la capital del país.

Concluyendo, puedo decir que la Cruz Roja Mexicana, además de ser destacada en la prestación del servicio de atención médica prehospitalaria, ha participado de manera distinguida en la atención a las víctimas de los desastres que ha sufrido el país

Actualmente la institución opera conforme a los cuatro Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 y su primer protocolo del 10 de junio de 1977 del que el Estado mexicano es parte, la legislación vigente en los Estados Unidos Mexicanos, además de los principios del Derecho Internacional Humanitario.

La Cruz Roja Mexicana es una institución con carácter voluntario y no lucrativo que auxilia, sin distinción de raza, religión, condición política o credo político, a todo ser humano cuya vida y salud se encuentre en riesgo. Dentro de los servicios que presta, puedo citar los siguientes:

- 1.- Atención prehospitalaria de urgencias médicas;
- 2.- Servicios médicos y fomento a la donación de órganos y sangre.
- 4.- Escuela de técnicos en urgencias médicas;
- 5.- Escuela de Enfermería.
- 6.- Capacitación y acción en materia Desastres.
- 7.- Rescate urbano, acuático, alta montaña, espeleología y agreste.

2.2. CRUZ BLANCA.- Hago referencia a ésta institución por que, aún cuando actualmente no es muy conocida, sin lugar a dudas realizó en su momento un papel destacado en cuanto a la atención a heridos. Es menester mencionar que actualmente la Cruz Blanca, Institución de Asistencia Privada, tiene un objeto diferente al de la atención prehospitalaria de urgencias médicas. Con el fin de respetar los derechos de autor, debo aclarar que no hay suficientes referencias en cuanto a la historia de la institución, siendo la obra de *Guillermo Fajardo Ortiz*, titulada “Breve Historia de los hospitales de la Ciudad de México”¹⁰ la única que encontré y que hace mención a dicha institución. De tal forma que la mayoría de las ideas y acontecimientos mencionados en éste apartado fueron tomados, aunque no de una forma literal, de la obra mencionada.

En el año de 1911, la Revolución Mexicana se desarrollaba también en el norte de la República, cada vez en mayor escala, teniéndose noticias de que los heridos y muertos militares recibían toda clase de cuidados por parte de los mismos ejércitos y de la Cruz Roja, pero los revolucionarios morían o quedaban abandonados a su suerte. Fue entonces cuando un grupo de médicos y estudiantes se acercó al comité de damas de la Cruz Roja Mexicana, solicitando que se les aceptara como brigada para ir al campo de batalla a dar cuidados a los caídos revolucionarios; lo anterior les fue negado ya que aquellas señoras consideraban que su misión era únicamente ayudar a los militares.

¹⁰ Fajardo Ortiz, Guillermo. “Breve historia de los hospitales de la Ciudad de México. Asociación Mexicana de Hospitales, A.C. Sociedad Mexicana de la Historia y Filosofía de la Medicina. México, 1980. Págs. 97-99.

En el grupo de rechazados se encontraba la señorita Elena Arizmendi Mejía quien propuso ponerse al servicio de los revolucionarios. Éste grupo al llegar a Ciudad Juárez, se presentó ante uno de los jefes: Pascual Orozco, quien los recibió y aceptó sus servicios. Iniciadas sus labores, recibieron adhesiones de otros elementos y cuando ya estaban organizados decidieron denominarse Cruz Blanca, naciendo así esta institución. Con posterioridad y para hacer énfasis en que otorgaban la atención de los heridos sin distinción alguna se propuso el nombre de “Cruz Blanca Neutral”.

El gobierno de Francisco I. Madero, reconoció su gran labor desarrollada en los frentes de batalla y le otorgó por decreto, el carácter de “Benemérita Institución” a la Cruz Blanca Mexicana, el 25 de mayo de 1911.

Después de haber terminado la Revolución Mexicana algunos de los socios siguieron su labor en la atención de urgencias médicas prehospitarias, pero poco a poco se fue limitando a la atención de las necesidades de los niños. Ahora ostenta el nombre de la Asociación Mexicana de la Cruz Blanca Neutral I.A.P. que se dedica a la protección de la infancia, de los derechos de las niñas y los niños, con sede en Av. Pensylvania no. 91, Parque de San Andrés C.P. 04040, México, Distrito Federal.

2.3. CRUZ VERDE.- La Cruz Verde fue establecida como Institución del gobierno, con el propósito de atender los servicios de atención prehospitaria de urgencias médicas en la capital de la República Mexicana, situando puestos de socorro en puntos estratégicos de la Ciudad de México; fue así como se inició la Cruz Verde de acuerdo al autor *Federico Peña Bravo*, quien nos narra:

*“Uno de estos puestos fungía como “puesto central” en el que funcionaba un pequeño hospital de emergencia. Posteriormente, en 1943 se fundó un hospital especialmente diseñado para traumatología al que se le dio el nombre de “Rubén Leñero” en homenaje a un médico destacado por su empeño y altruismo, quien fue jefe de los servicios médicos de la Cruz Verde.”*¹¹

¹¹ Bravo Peña, Federico. Op. Cit. Págs. 158-159.

La creación de la Cruz Verde corresponde también, a que se identificó la presencia de muchas condiciones del orden legal en los accidentes que se presentaban. Así la Cruz Verde se distinguió de manera particular por que llevaba a bordo de sus ambulancias un agente del ministerio público, por lo que muchas veces, la sociedad confundida y mal informada, solía afirmar que la Cruz Roja recogía heridos y la Cruz Verde recogía a los cadáveres.

2.4. CRUZ AMBAR.- Esta institución fue creada por un médico de nombre Marcos Béjar, ante el desinterés de la gente por prestarle auxilio cuando él y su familia lo requerían al averiarse, en la carretera, el automóvil en que viajaban. Dicha frustración e inquietud, fue lo que dio inicio a la creación de la “Cruz Ámbar”. Así es como se relatan los hechos en la página electrónica www.cruz-ambar.org:

*“inició sus labores el 3 de agosto de 1975, cuando prácticamente invadieron catorce carreteras que comunican al Distrito Federal, dando servicio inicialmente con treinta y tres vehículos. Las labores se limitaban a socorrer a personas que habían tenido algún percance.”*¹²

A través del tiempo fue evidente la necesidad de prestar un mejor servicio y fueron adquiriendo herramientas, grúas, ambulancias y capacitación del personal en socorrismo, rescate, motociclismo, buceo, paracaidismo, combate a incendios y mecánica automotriz.

A lo largo de su vida, la Cruz Ámbar ha sufrido diversos problemas, por lo que ha tenido dificultades para seguir existiendo y otorgar el servicio con el que alguna vez fueron protagonistas. Finalmente hago referencia una vez más a la única fuente de información disponible, para obtener datos de ésta institución, y así plasmar los datos más relevantes de Cruz Ámbar:

“El 3 de septiembre de 1976 este grupo de voluntarios adoptó el nombre de “Club de Radio del Valle de México, A.C.”. Tanta fue la aceptación de la labor que dicha asociación realizaba y dado que ya había extendido sus servicios a casi todo el territorio nacional, el 6 de septiembre de 1977 cambió de denominación a “Radio Brigada de Auxilio de la República Mexicana, A.C.” Finalmente el 7 de marzo de 1980 cambió nuevamente de

¹² Información obtenida en la página electrónica <http://www.cruz-ambar.org>. Consultada en julio del 2005.

nombre al de “Asistencia Privada Cruz Ámbar, I.A.P.” quedando registrados sus colores y escudos.”¹³

2.5. ESCUADRON DE RESCATE Y URGENCIAS MEDICAS, (E.R.U.M.).- Esta Institución fue creada por el Gobierno del Distrito Federal, con el fin de otorgar el Servicio de Atención Prehospitalaria de Urgencias Médicas, de manera gratuita, a la población que lo requiriera. Lamentablemente no se encontró el fundamento jurídico para la creación de dicha institución y lo que es peor, las autoridades correspondientes, al parecer, carecen de la misma información. El ERUM tiene un antecedente cuya información se obtuvo en la página electrónica www.ssp.df.gob.mx y que transcribo a continuación:

“En agosto de 1973, fue creado el Escuadrón de Servicios Urbanos y Rescate Aéreo (E.S.U.R.A.) por la Dirección General de Policía y Tránsito del Distrito Federal. Sus elementos eran capacitados de manera básica para las labores de auxilio como rescate urbano, paracaidismo, alta montaña, rescate acuático y primeros auxilios. Posteriormente en 1977 le fue cambiado el nombre por el de Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas (E.R.U.M.) dependiendo en la actualidad de la Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal.”¹⁴

Debido a que no fue posible recavar ninguna fuente bibliográfica que arrojara mayores detalles respecto a la historia de la institución en comento, me es necesario recurrir nuevamente a la única fuente de información a la que se tuvo acceso y que fue mencionada anteriormente. La página electrónica a la que hago referencia, proporciona una lista de actividades y servicios que presta el ERUM:

“El E.R.U.M. brinda servicios de rescate y salvamento en la Ciudad de México, y ocasionalmente en otras partes de la República Mexicana en las siguientes modalidades: rescate urbano, espeleológico, alpino, acuático, estructuras colapsadas, servicios a indigente y servicios preventivos”¹⁵

¹³ Ibidem.

¹⁴ Información obtenida de la página electrónica <http://www.ssp.df.gob.mx>.

¹⁵ Ibidem.

2.6. BRIGADA NACIONAL DE AUXILIO Y RESCATE DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.- Aunque el mencionado programa de prestación del servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas duró muy poco debido a la imposibilidad del ISSSTE, de soportar los gastos que significaban prestar dicho servicio, le dedico espacio debido a que en su tiempo tuvo cierta fuerza y aceptación, además de que es resultado, nuevamente al igual que otras instituciones, de la gran necesidad de la población, de que el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas fuese dado de una forma digna y constante. Así en abril de 1974 se da inicio a esta aventurada Brigada, tal como lo relata el autor *Rubén Mirazo Flores*:

“...un grupo de empleados del Departamento de Transportes y personal de las Delegaciones de Transportes de Clínicas y Hospitales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado decidieron organizarse para prestar apoyo a los derechohabientes y población en general durante las vacaciones de Semana Santa, ubicándose en la autopista México-Cuernavaca con dos ambulancias y una grúa. De este modo y al observar la aceptación de la población, se inicia la cobertura de servicios por auxilio en la zona sur del Distrito Federal durante los fines de semana. En julio de 1976 nace la Brigada de Rescate del I.S.S.S.T.E. prestando auxilio a la comunidad en casos de urgencias médicas con resultados muy satisfactorios.”¹⁶

Como fue mencionado, este programa bienintencionado del I.S.S.S.T.E. se caracterizó por ser irregular e intermitente, por lo que no tardó mucho en darse por terminado, en forma definitiva, dicho servicio.

2.7. SERVICIO DE AMBULANCIAS DE PROTECCIÓN CIVIL.- Escenarios como el de la explosión en San Juan Ixhuatepec, en el Estado de México en 1984 y el terremoto de 1985 en la Ciudad de México, dejaron ver la incapacidad del Estado de hacer frente, de una manera eficiente, a emergencias de tales magnitudes. Fue entonces cuando se

¹⁶ Mirazo Flores, Rubén. “*El técnico en urgencias médicas y la ley en México*”. Cárdenas Editor Distribuidor, México, 2003, pág. 21

hizo evidente la desorganización y la inexistencia de recursos humanos y económicos para responder oportunamente. Por tales circunstancias, fue emitido un decreto presidencial por el Lic. Miguel de la Madrid Hurtado en 1986, mediante el cual se crea el Sistema Nacional de Protección Civil (S.I.N.A.P.R.O.C.). A partir de entonces se da un nuevo rumbo a la protección de la sociedad en casos de desastres causados por cualquier índole y se intenta estructurar todo un sistema en el que intervengan tanto instituciones públicas como privadas, para la prevención de desastres y reacción ante los mismos.

En dichas circunstancias y ante las limitantes en el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas que hasta el momento proporcionaba en su mayoría Cruz Roja Mexicana, han venido estableciéndose a través de todo el territorio nacional, estaciones de ambulancias de “Protección Civil”. Sin embargo debo señalar que la creación de estas estaciones de ambulancias no tiene fundamento legal alguno, pues ni la Ley General de Protección Civil ni las Leyes Locales de Protección Civil mencionan la obligación de las autoridades de crear estaciones de ambulancias para brindar el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas. Debo aclarar que la Ley General de Protección Civil fue creada con el fin de plantear las bases para la coordinación entre autoridades e instituciones tanto públicas como privadas y procurar una adecuada reacción en casos de desastre y establecer medidas de prevención.

Por otra parte es preciso mencionar que el personal de las ambulancias que proporciona este servicio, percibe una remuneración económica, lo cual tiene un aspecto positivo y otro negativo. El aspecto positivo es que se pretende garantizar que el paciente sea atendido de forma gratuita, pues tal personal tiene prohibido pedir alguna gratificación al paciente que es atendido o a sus familiares. A su vez el aspecto negativo, es que al ser personal remunerado, se arriesga la garantía de que se atienda al paciente de una forma responsable y humanitaria, situación que no se presenta, aunque de forma relativa, en las instituciones que brindan el servicio de una manera voluntaria, pues su personal, aunque no es remunerado, ingresa a la institución con el único interés de auxiliar desde un punto de vista humanitario y adquiriendo la responsabilidad de ser capacitado para tales fines.

2.8. PROGRAMA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.- Aunque de manera más reciente la U.N.A.M. ha identificado la importancia de dar protección y atención a su población estudiantil y docente, en casos de presentarse una urgencia médica, por lo que se dio a la tarea de organizar un programa para formar prestadores del servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas. Así el autor *Rubén Mirazo Flores* nos describe cómo surge éste programa:

*“En 1989 es organizado el curso “primer respondiente en primeros auxilios” impartido en la Dirección General de Servicios Médicos de la U.N.A.M. Posteriormente y observando las carencias que había en la atención de urgencias médicas a nivel prehospitalario en Ciudad Universitaria se propone la formación de técnicos en urgencias médicas.”*¹⁷

Es de esta forma como la Máxima Casa de Estudios de la República Mexicana se hace destacar como la primera institución universitaria que fomenta la creación de técnicos en urgencias médicas, preocupándose por la seguridad de sus estudiantes y personal docente.

Del estudio de la evolución de las instituciones que se han dedicado a prestar el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas ha sido evidente que dicho servicio en nuestro país ha sido muy accidentado. Prácticamente, me atrevo a afirmar que la Cruz Roja Mexicana fue la primera institución en realizar esta actividad en nuestro país, además de una manera altruista. Desde sus inicios hasta la fecha ha sido la única institución que ha salido adelante y mantenido sus servicios de una manera constante y procurando un desarrollo sostenido, llegando en ocasiones, a superar el nivel de organización y conocimientos que tienen instituciones similares creadas por el Estado, principalmente en materia de desastres y atención a urgencias médicas en su aspecto prehospitalario.

Actualmente existen múltiples prestadores del servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, tanto organismos públicos como instituciones privadas, la mayoría de ellas sin afán de lucro. Con el fin de dar al lector una idea de la gran cantidad de instituciones, veamos la declaración de quien fuera, del periodo del año 2000 al 2006, el

¹⁷ Mirazo Flores, Rubén. Op. Cit. Pág. 21.

Director General de Servicios Médicos y Urgencias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal:

“...cuando nosotros llegamos a la administración teníamos calculado aproximadamente un volumen de cerca de 50 organizaciones de atención prehospitalaria. El año pasado iniciamos con lo que llamamos el Registro Voluntario de Personal de Atención Prehospitalaria. En este registro logramos la inscripción de cerca de 550 prestadores de atención prehospitalaria y podemos registrar, por lo menos, 110 organizaciones que prestan atención prehospitalaria de diferentes magnitudes, desde las oficiales, la Cruz Roja, el ERUM, las organizaciones voluntarias más organizadas, como es “Coyoacán” etcétera, hasta organizaciones que tienen una sola ambulancia.”¹⁸

Finalmente y con motivo de continuar con la reseña de la evolución de la atención prehospitalaria de urgencias médicas en el ámbito civil, debo señalar que todavía en los inicios de la década de los 80’s se brindaba un servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas sin coordinación alguna y sin personal verdaderamente capacitado. Fue a través de la influencia de los Estados Unidos de América que se modificó este servicio, tal como lo menciona el autor *Fernando Román Morales*:

“ ...por medio de un programa de televisión de nombre “Emergency” (emergencia), que por un lado, proliferó la creación de grupos voluntarios para prestar éste servicio, y por otro, provocó que las instituciones mejoraran la calidad de atención, al imitar lo aprendido en dicho programa.”¹⁹

Con el antecedente mencionado, fue aumentando el interés de las instituciones en importar cursos que magnificaran los conocimientos de su personal. Así fue que surgió la costumbre, que se ha mantenido hasta este momento, de solicitar y hasta copiar, una serie de cursos, que cuentan con reconocimiento internacional y que fueron creados por instituciones dedicadas a la docencia e investigación en materia de medicina de urgencias

¹⁸ Entrevista realizada a Ricardo Barreiro Pereda, Director General de Servicios Médicos y Urgencias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

¹⁹ Román Flores Fernando; Reyes Chargoy, Doraldina. *Primeros auxilios esenciales*. México, 2003. Libro electrónico disponible en la página electrónica: <http://www.crid.cr>

en Estados Unidos de América. Tales cursos son: ATLS (Advanced Trauma Life Support) (Soporte de vida avanzado en trauma); ACLS (Advanced Cardiac Life Support) (Soporte de vida avanzado en problemas cardiacos); y PHTLS (Prehospital Trauma Life Support) (Soporte de vida en trauma prehospitalario).

Mi intención en este capítulo es evidenciar que el Estado no tiene una política clara respecto a la regulación del servicio de atención prehospitalaria. Como se ha podido apreciar, han surgido infinidad de instituciones, tanto públicas como privadas, tratando de colaborar en la prestación del servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas; lamentablemente por diversas circunstancias, las labores de la mayoría de ellos, han sido irregulares e inconsistentes.

Si bien hasta el momento no he realizado, de manera estricta, un estudio jurídico de mi tema planteado, consideré de gran importancia establecer primeramente la realidad que vive nuestro país al respecto y dar a conocer los antecedentes de dicha realidad.

CAPITULO IV

REGULACIÓN JURÍDICA DEL SISTEMA DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

1.- Derecho a la protección de la salud como un derecho constitucional. 2.- Ley General de Salud; 2.1.- Naturaleza jurídica del sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas; 2.2.- Distribución de competencias; 2.3.- Sistema Nacional de Salud; 2.4.- Consejo de Salubridad General; 2.5.- Ambulancias: establecimientos de servicio de salud; 2.6.- Formación de recursos humanos en el sistema de la atención prehospitalaria de urgencias médicas; 2.7.- Ejercicio del técnico en urgencias médicas; 2.7.1.- Artículo 79 de la Ley General de Salud; 2.8.- Derechos de los usuarios de los servicios de salud; 2.9.- Investigación en materia de atención prehospitalaria de urgencias médicas; 2.10.- Información y estadística en materia de atención prehospitalaria de urgencias médicas; 2.11.- Prevención de accidentes y enfermedades; 2.12.- Vigilancia Sanitaria en materia de atención prehospitalaria de urgencias médicas. 2.13.- Sanciones con motivo incumplimiento en materia de la prestación del servicio de la atención prehospitalaria de urgencias médicas. 3.- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 3.1. Establecimientos para la atención médica; 3.2.- Disposiciones tendientes a asegurar la aplicación del derecho a la protección a la salud, en materia de atención prehospitalaria de urgencias médicas; 3.3.- Obligaciones del responsable de la institución que otorga el servicio de la atención prehospitalaria de urgencias médicas; 3.4.- Sanciones que establece el Reglamento, con motivo de incumplimiento; 4.- Disposiciones administrativas de carácter general: normas oficiales mexicanas; 4.1.- Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1994, para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia; 4.2.- Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004, regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de urgencias médicas; 4.3.- Comentarios sobre la aplicabilidad de las normas oficiales mexicanas en materia de atención prehospitalaria de urgencias médicas. 5.- Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud y Comisión Interinstitucional para la Investigación en Salud.

El contenido de este capítulo, es un análisis de los ordenamientos jurídicos, de aplicación en nuestro país, que involucran, en ocasiones de una manera poco clara, mi tema de estudio: el sistema de la atención prehospitalaria de urgencias médicas. Por lo tanto, serán analizados los ordenamientos jurídicos que se deben aplicar y que deben ser observados por los prestadores de este servicio y , aun cuando en la práctica, muchas de las ocasiones, no es así.

Cabe hacer la aclaración que le dedicaré tiempo y espacio, aún cuando su obligatoriedad es muy discutida, al estudio de las Normas Oficiales Mexicanas, que en la actualidad intentan, sin mucho éxito, regular de manera eficaz el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas.

1. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD COMO UN DERECHO CONSTITUCIONAL.

Nuestra Ley Fundamental, doctrinariamente, está dividida en dos partes, la dogmática y la orgánica; en la primera, también llamada “de las garantías individuales”, se establecen los derechos fundamentales que tienen todas las personas en los Estados Unidos Mexicanos.

En febrero de 1983, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación, la reforma por la cual se añadió el actual tercer párrafo, del artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, elevando así, el “derecho a la protección de la salud” a rango constitucional, con la finalidad de erradicar las desigualdades en cuanto al acceso a servicios de atención médica a la sociedad, pues como bien dice el jurista *René Soto Reyna*:

*“la salud es el ámbito predilecto de la sociedad igualitaria; poca importancia tiene la disminución de otras desigualdades sociales, si no se manifiesta en una vida sana y de mejor calidad.”*¹

De alguna manera, este derecho se encuentra igualmente consagrado en la mayoría de los instrumentos jurídicos internacionales sobre derechos humanos; de hecho, fue a consecuencia de ellos, que el Estado Mexicano se vio forzado a reformar su Carta Magna. Así

¹ Soto Reyna, René. *Revista del Supremo Tribunal de Justicia del Estado de Durango: Derecho a la protección de la salud, naturaleza y alcances*. Número 22-23, abril-septiembre, 1986. México. Págs. 41-51.

el destacado jurista en materia de derechos humanos, *José Luis Soberanes Fernández*, nos enuncia dichos documentos:

“La Declaración Universal de los Derecho Humanos, aprobada por la Asamblea General de la ONU el 10 de diciembre de 1948”; *“El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por los Estados Unidos Mexicanos en 1981 y aprobado por la ONU en 1996”;* *“Declaración sobre el Progreso y Desarrollo en lo Social, aprobada por la Asamblea General de la ONU en 1969”;* *“La Declaración sobre el Derecho al Desarrollo, aprobada por la Asamblea General de la ONU en 1986”.*²

Incluso en el ámbito regional Latinoamericano, se pueden citar los siguientes instrumentos por los cuales, se ejerció presión, de alguna manera, para que en nuestro país, fuera reconocido a nivel constitucional, el derecho a la protección de la salud, los cuales también son citados por el Ombuds Man mexicano *José Luis Soberanes Fernández*:

“Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, de 1948”; *“La Convención Americana sobre Derechos Humanos, aprobada por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos en 1969 y ratificada por los Estados Unidos Mexicanos en 1981”.*³

Desde las primeras propuestas para incluir este derecho en nuestra Constitución, se discutió sobre la terminología adecuada para su consagración. Inicialmente se sugirió usar el concepto de “derecho a la salud”, que estaba muy en boga en foros tanto nacionales como internacionales; sin embargo, tal como lo comenta el autor mexicano, *José Luis Soberanes Fernández*:

*“...se consideró con acierto, que el gobierno no lo podría garantizar por sí sólo, por lo que se optó por el concepto “derecho a la protección de la salud”, la cual es una expresión más realista”.*⁴

² Soberanes Fernández, José Luis. *La protección de la salud en la Comisión Nacional de Derechos Humanos*. Comisión Nacional de Derechos Humanos. México, 2002. Págs.2-9.

³ Ibidem

⁴ Ibidem

En su artículo cuarto, párrafo tercero, nuestra Carta Magna dispone:

Art. 4...

...

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Por su parte el artículo 73 fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece:

Artículo 73.- El Congreso tiene facultad:

...

XVI.- Para dictar leyes sobre... salubridad general de la República.

Del tal forma que, atendiendo a lo establecido en los preceptos mencionados, el Congreso de la Unión, expidió la Ley General de Salud, la cual establece las bases de acceso a los servicios de salud y de coordinación entre la Federación, las entidades federativas y los municipios, en materia de salud.

2. LEY GENERAL DE SALUD.

La Ley General de Salud es el ordenamiento jurídico que reglamenta el “derecho a la protección de la salud”, consagrado en nuestra Constitución. El artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su párrafo tercero, nos remite a la Ley General de Salud para que sea ésta la que establezca la concurrencia entre la Federación, las entidades federativas y los municipios en materia de salubridad general. En este contexto, analicemos el contenido de la ley en comento para determinar qué alcances tiene, respecto a mi materia de estudio.

2.1 NATURALEZA JURÍDICA DEL SISTEMA DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS.- Para empezar el estudio jurídico de mi tema, debo determinar categóricamente cuál es la naturaleza jurídica del sistema de la atención prehospitalaria de urgencias médicas. Al respecto el artículo primero de la Ley General de Salud establece lo siguiente:

Artículo 1o.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

A su vez, el artículo segundo de la Ley General de Salud establece lo que debe entenderse por derecho a la protección a la salud, de cuyas fracciones sólo mencionaré las que se adecuan a mi tema de estudio:

Artículo 2o.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;

...

IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;

V. El disfrute de servicios de salud...que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

...

VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Concordando con lo establecido por la Constitución en sus artículos 4º, tercer párrafo y 73, fracción XVI, la Ley General de Salud establece, sin darnos una definición de “salubridad general”, los rubros que deben ser incluidos dentro de ella; siendo de especial interés para el tema mi de estudio, los siguientes:

Artículo 3o.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

...

II. La atención médica...

En el título tercero, con el nombre de “prestación de los servicios de salud”, la ley comentada nos da la definición del término “servicios de salud”, la clasificación de los mismos, y lo que debe ser considerado dentro de ellos:

Artículo 23.- Para los efectos de esta ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

Obviamente la atención prehospitalaria de urgencias médicas, y de acuerdo a la definición anterior, está dentro de los servicios de salud, y en el marco de la atención médica, según el artículo siguiente:

Artículo 24.- Los servicios de salud se clasifican en tres tipos:

I. De atención médica;...

Para darles mayor prioridad, la ley enuncia los servicios que deben ser considerados como “básicos” dentro del derecho de la protección de la salud, de los cuales únicamente mencionaré los relativos a mi tema:

Artículo 27.- Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

...

III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias

De acuerdo a lo anterior, es comprendida la atención de urgencias, dentro de la atención médica. La ley no hace clasificaciones, pues habla de una manera genérica en tanto a la

atención de urgencias médicas, es decir, no especifica una diferencia entre urgencias médicas hospitalarias y urgencias médicas prehospitarias; por lo tanto, el servicio de atención prehospitaria de urgencias médicas, debe ser contemplada como parte de la atención médica, y ésta a su vez, debe considerarse como un servicio de salud, regulado por la ley.

Una vez hechas las conclusiones anteriores, debo establecer claramente qué se debe entender por atención médica y cuales son sus alcances. Así, el capítulo segundo, del tercer título, de la Ley General de Salud nos habla de ello; de lo cual hago mención únicamente lo relativo al servicio de la atención prehospitaria de las urgencias médicas:

Artículo 32.- Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Artículo 33.- Las actividades de atención médica son:

I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;

II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno.

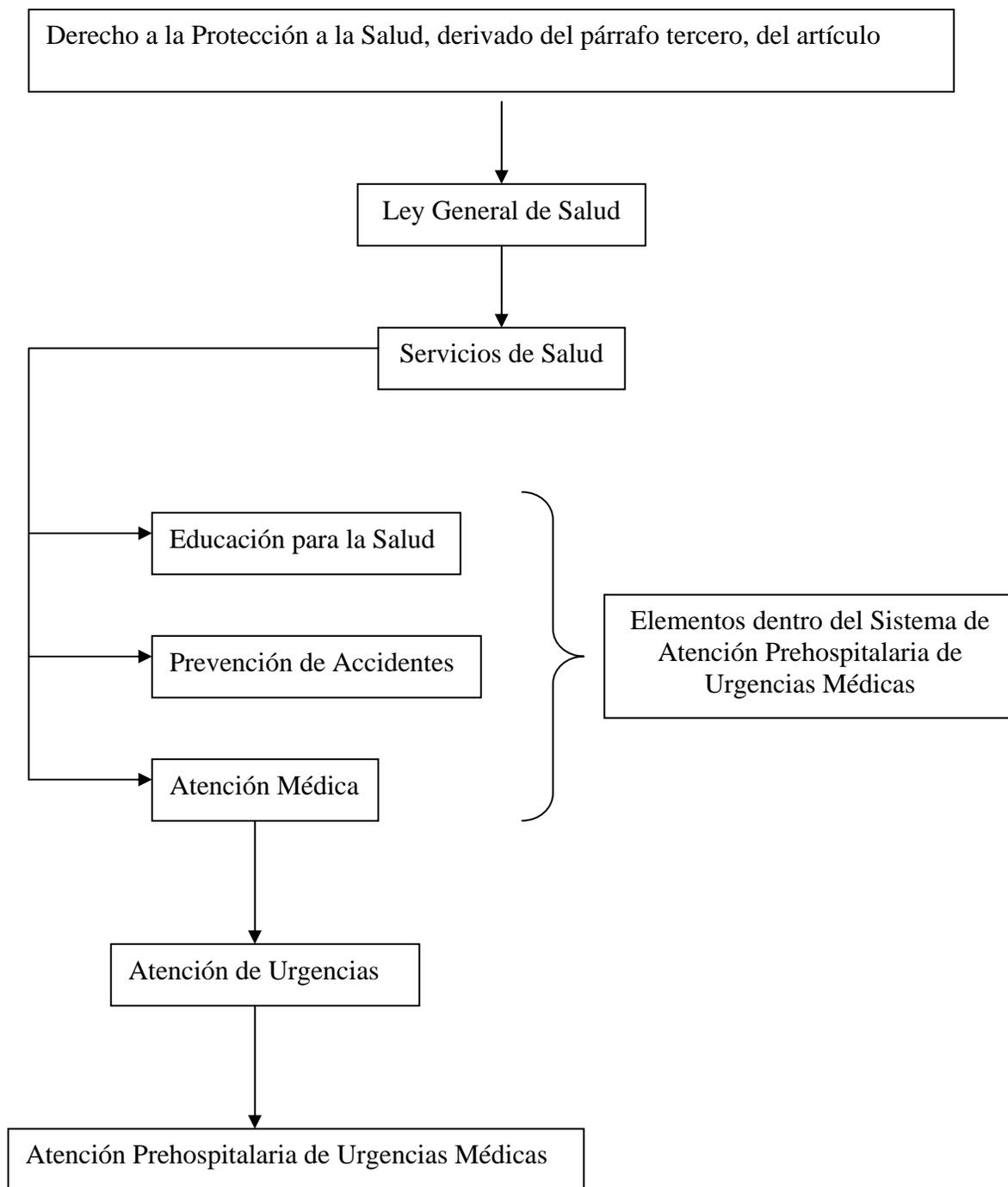
Dentro del sistema de la atención prehospitaria de urgencias médicas, también deben enmarcarse las actividades preventivas de la atención médica, pues, al realizarse la capacitación de los elementos a bordo de las ambulancias y la capacitación de la población en general, las personas adquieren conciencia sobre la prevención de accidentes, los cuales, tienen un gran índice de mortalidad y morbilidad.

A la vez, incluyo dentro de la materia de estudio, las actividades curativas de la atención médica, puesto que si bien, en la atención prehospitaria de urgencias médicas, no se da un tratamiento final al paciente, sí “se procura obtener un diagnóstico temprano y proporcionar un tratamiento oportuno”, tal como lo establece la ley, mientras el paciente es entregado a un hospital.

Recapitulando, el sistema de la atención prehospitaria tiene sus bases en la Ley General de Salud, formando parte de la atención médica, la cual a su vez, se encuentra dentro de los servicios de salud comprendidos por el derecho a la protección de la salud, contemplado a su vez, por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, específicamente su

artículo cuarto, fracción tercer párrafo. A propósito, incluyo el siguiente cuadro para una mejor comprensión:

NATURALEZA JURÍDICA DEL SISTEMA DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS



2.2. DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS.- Tal vez, una dificultad, aunque relativa, sea determinar la competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de atención prehospitalaria de urgencias médicas. Al respecto veamos el artículo 13 de la ley en estudio.

Artículo 13.- La competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general quedará distribuida conforme a lo siguiente:

A. Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:

I. Dictar las normas oficiales mexicanas a que quedará sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de servicios de salud en las materias de salubridad general y verificar su cumplimiento;

II. En las materias enumeradas en las fracciones I, III, V, VI, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII Y XXIX, del artículo 3o. de esta Ley, organizar y operar los servicios respectivos y vigilar su funcionamiento por sí o en coordinación con dependencias y entidades del sector salud;

...

VII. Coordinar el Sistema Nacional de Salud;

VIII. Realizar la evaluación general de la prestación de servicios de salud en materia de salubridad general en todo el territorio nacional;

IX. Ejercer la coordinación y la vigilancia general del cumplimiento de las disposiciones de esta Ley y demás normas aplicables en materia de salubridad general.

Conforme a la redacción del artículo citado, el gobierno federal, a través de la Secretaría de Salud, debe ser el encargado de vigilar y regular, tanto la prestación de los servicios de salud, como los establecimientos de salud, así como establecer las bases y criterios con los que se llevará a cabo, la prestación del servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, como lo es el dictar las Normas Oficiales Mexicanas que serán de observancia general en todo el territorio del país.

2.3. SISTEMA NACIONAL DE SALUD.- Un punto muy importante dentro de mi tema en cuestión, es el sistema nacional de salud, que lo escuchamos nombrar y lo podemos encontrar en diversos textos de índole jurídica, pero ni la Ley General de Salud, ni la doctrina nos establece una definición. A consecuencia de lo anterior, me atrevo a proponer la siguiente definición:

Sistema Nacional de Salud es el conjunto de normas jurídicas, instituciones tanto públicas como privadas, planes, programas y políticas que redundan en la salud de la población con el fin de garantizar el derecho de la protección de la salud.

El Sistema Nacional de Salud tiene su fundamento en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 4º, tercer párrafo que, como ya se mencionó, establece el derecho social de la protección a la salud. A su vez el artículo 26 de la Carta Magna establece la obligación del Ejecutivo de elaborar y organizar un sistema de planeación democrática nacional, mediante el cual habrá un Plan Nacional de Desarrollo al que deberán sujetarse, de forma obligada, los programas de la Administración Pública Federal.

La Ley de Planeación, manifiesta el deber de las dependencias de la administración pública federal para elaborar, programas sectoriales congruentes con el Plan Nacional de Desarrollo, lo cual es reiterado por el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, que menciona las facultades y obligaciones de la Secretaría de Salud. Así, es como se fundamenta el Programa Nacional de Salud, con el objetivo de sentar las bases sobre las cuales se basará la política de salud nacional durante un determinado periodo presidencial.

Del análisis del Programa Nacional de Salud 2001-2006, el cual únicamente se menciona como referencia ya que en la actualidad no tiene ninguna aplicación, se puede concluir que las autoridades reconocen a los accidentes y las enfermedades crónicas de complicación súbita, como problemas de salud pública, cuyos índices de mortalidad y morbilidad, ocupan los primeros lugares actualmente. Lamentablemente en el Programa Nacional de Salud 2007-2012, no se menciona o reconoce la misma problemática, lo que probablemente indique que no será atendido de manera eficaz, la problemática planteada en materia de la prestación del servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas.

El Sistema Nacional de Salud, tiene como finalidad dar realidad al derecho de la protección a la salud; veamos sus objetivos enunciados en la Ley General de Salud, en cuanto a los puntos que incumben al tema de estudio:

Artículo 6o.- El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;

...

VI. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;

VII. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección...

Así, y aún cuando no se menciona de manera literal y específica, debo concluir que el sistema de la atención prehospitalaria de urgencias médicas está contemplado, principalmente en los preceptos señalados, dentro del Sistema Nacional de Salud, ya que mi tema de estudio, esta incluido dentro de los servicios de salud.

Cabe hacer mención que lo anterior, no debe entenderse como una obligación del Estado de manera absoluta y exclusiva, sino al contrario, puede auxiliarse para cubrir este servicio, tanto del sector público, como del privado. Es decir, el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública y las personas físicas y morales, de los sectores social y privado que prestan servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones.

En este momento, atenderé a las facultades que tiene la Secretaría de Salud con respecto al Sistema Nacional de Salud y la materia de estudio:

Artículo 7o.- La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta:

I. Establecer y conducir la política nacional en materia de salud, en los términos de las leyes aplicables y de conformidad con lo dispuesto por el Ejecutivo Federal;

II. Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal...

...

VIII. Impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud;

...

XI. Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud;

XII. Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Nacional de Salud;

XIII. Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud;

XIV. Impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud...

Como se puede observar, varios puntos relativos al sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas, están a cargo del gobierno federal, a través de la Secretaría de Salud. Por su parte las entidades locales, deben organizar y desarrollar su sistema estatal de salud, para que coadyuven en el ámbito de sus competencias y de acuerdo a los convenios de coordinación que celebren con la Secretaría de Salud.

2.4. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL.- Según la Ley General de Salud, el Consejo de Salubridad General, órgano que depende directamente del Presidente de la República, y cuyas disposiciones generales son obligatorias en todo el país, tiene como facultades relativas al sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas, específicamente, las siguientes:

Artículo 17.- Compete al Consejo de Salubridad General:

...

III. Opinar sobre programas y proyectos de investigación científica y de formación de recursos humanos para la salud;

IV. Opinar sobre el establecimiento de nuevos estudios profesionales, técnicos, auxiliares y especialidades que requiera el desarrollo nacional en materia de salud;

...

VI. Participar, en el ámbito de su competencia, en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud;

...

VIII. Analizar las disposiciones legales en materia de salud y formular propuestas de reformas o adiciones a las mismas...

Apegándome a lo dicho por la Ley General de Salud, el Consejo de Salubridad General tiene facultades para opinar con respecto al mejoramiento del sistema de la atención prehospitalaria de urgencias médicas, sin embargo, no han sido emitidas suficientes recomendaciones al respecto, y las realizadas, han consistido básicamente en recomendaciones para prevenir accidentes, de las cuales no se toman mucho en cuenta ni se ponen en práctica, pues no son recomendaciones vinculatorias. Al respecto, puedo citar un acuerdo emitido por éste órgano y publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 19 de noviembre de 2003, con el nombre de “Acuerdo por el que se establecen diversas medidas de protección tendientes a disminuir la ocurrencia y el impacto de los accidentes de tránsito”, el cual establece medidas de precaución, en cierta manera tan simples, como el uso de cinturón de seguridad para los conductores de automóviles, y que finalmente no aportan mucho.

2.5. AMBULANCIAS: ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIO DE SALUD.- Uno de los elementos básicos, para poder otorgar de manera adecuada el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, es la ambulancia. La Ley General de Salud considera a las ambulancias, sin dar una definición de estos últimos, como establecimientos de servicio de salud, los cuales también regula de la manera siguiente:

Artículo 45.- Corresponde a la Secretaría de Salud vigilar y controlar la creación y funcionamiento de todo tipo de establecimientos de servicios de salud, así como fijar las normas oficiales mexicanas a las que deberán sujetarse.

Artículo 46.- La construcción y equipamiento de los establecimientos dedicados a la prestación de servicios de salud, en cualquiera de sus modalidades, se sujetará a las normas oficiales mexicanas que, con fundamento en esta Ley y demás disposiciones generales aplicables, expida la Secretaría de Salud, sin perjuicio de la intervención que corresponda a otras autoridades competentes.

Artículo 47.- Los establecimientos de servicios de salud deberán presentar aviso de funcionamiento a la Secretaría de Salud, en el supuesto previsto en el primer párrafo del artículo 200 bis de esta ley.

Artículo 200 Bis.- Deberán dar aviso de funcionamiento los establecimientos que no requieran de autorización sanitaria y que, mediante acuerdo, determine la Secretaría de Salud.

El acuerdo a que se refiere el párrafo anterior clasificará a los establecimientos en función de la actividad que realicen y se publicará en el Diario Oficial de la Federación.

Conforme a la ley en estudio, el funcionamiento de las ambulancias, debe apegarse a las Normas Oficiales Mexicanas y debe darse aviso, a la Secretaría de Salud, sobre el funcionamiento de las ambulancias que prestan el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, debiendo contemplar lo dicho en el “Acuerdo por el que se dan a conocer los establecimientos que deberán presentar el trámite de aviso de funcionamiento, en el marco del acuerdo que establece el sistema de apertura rápida de empresas”, que fue publicado en el Diario Oficial de la Federación, y que indica qué establecimientos únicamente requieren realizar dicho trámite y los datos obligatorios para dicho trámite.

Este aviso de funcionamiento del establecimiento para servicios de salud ante la Secretaría de Salud, debe realizarse a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), que es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, y que tiene como fundamento el artículo 17 bis de la Ley General de Salud, teniendo como

objetivo, el de proteger a la población de los riesgos sanitarios y que cuenta además, con facultades de regulación, control y fomento sanitario.

2.6. FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN EL SISTEMA DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS.- La Ley General de Salud, previendo la creación de recursos humanos para la salud, y la necesidad de regular dicha formación, establece las bases para la coordinación entre las autoridades competentes, para fomentar el ejercicio de actividades profesionales, técnicas y auxiliares en materia de salud. Veamos pues, los preceptos de la Ley General de Salud, relativos al sistema de la atención prehospitalaria de urgencias médicas, específicamente sobre lo señalado en cuanto a la formación de los recursos humanos en mi materia de estudio:

Artículo 110.- La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

Artículo 111.- La promoción de la salud comprende:

I. Educación para la salud...

Artículo 112.- La educación para la salud tiene por objeto:

I. Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud...

Artículo 113.- La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, y con la colaboración de las dependencias y entidades del sector salud, formulará, propondrá y desarrollará programas de educación para la salud, procurando optimizar los recursos y alcanzar una cobertura total de la población.

Los artículos citados se refieren básicamente, a la educación impartida, con el objeto de fomentar la creación de recursos humanos en materia de salud; así las autoridades competentes, están obligadas a desarrollar programas adecuados para dichos fines.

Según mi punto de vista, también debe ser considerada la educación a la población en general, en materia de primeros auxilios y prevención de accidentes, ya que de esta manera, se contribuiría de manera considerable al mejoramiento del nivel de salud en nuestro país.

Un aspecto fundamental y que se discutirá en el siguiente capítulo, es que la comunidad debe tener conciencia en la participación para el mejoramiento de su salud, de tal forma que debe ser más participativa, pero a su vez, las autoridades deben fomentar esa participación. Las bases legales al respecto, indicadas en la Ley General de Salud, son las siguientes:

Artículo 57.- La participación de la comunidad en los programas de protección de la salud y en la prestación de los servicios respectivos, tiene por objeto fortalecer la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud e incrementar el mejoramiento del nivel de salud de la población.

En este orden de ideas, tal como lo mencioné en el primer capítulo, sería conveniente introducir a nuestro sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas al llamado “primer respondiente”, quien sería la persona que tiene el primer contacto con la víctima que presenta una urgencia médica, y le otorga los primeros cuidados hasta el momento de la llegada del personal especializado, o su traslado a un hospital. Quiero hacer especial énfasis en el siguiente artículo, ya que es base de una de mis propuestas en el presente trabajo, y me refiero a la participación de la comunidad en la formación de “primeros respondientes”, para que poco a poco, se cree una conciencia colectiva sobre la prevención de accidentes y sobre la reacción ante la presencia de ellos:

Artículo 58.- La comunidad podrá participar en los servicios de salud de los sectores público, social y privado a través de las siguientes acciones:

I. Promoción de hábitos de conducta que contribuyan a proteger la salud o a solucionar problemas de salud, e intervención en programas de promoción y mejoramiento de la salud y de prevención de enfermedades y accidentes;

...

III. Incorporación, como auxiliares voluntarios, en la realización de tareas simples de atención médica... bajo la dirección y control de las autoridades correspondientes;

IV. Notificación de la existencia de personas que requieran de servicios de salud, cuando éstas se encuentren impedidas de solicitar auxilio por sí mismas;

V. Formulación de sugerencias para mejorar los servicios de salud;

VI. Información a las autoridades competentes de las irregularidades o deficiencias que se adviertan en la prestación de servicios de salud.

Del estudio de la ley en comento, se observan varios artículos relativos a la formación de recursos humanos en materia de salud. Por lo tanto, puedo decir que también deben ser aplicados para constituir las bases para la formación del “técnico en urgencias médicas”, quien forma parte fundamental dentro del servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas.

Continuando con el estudio, respecto a la formación de recursos humanos para el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, serán mencionados los artículos de la Ley General de Salud que establece ciertas obligaciones a las autoridades sanitarias:

Artículo 89.- Las autoridades educativas, en coordinación con las autoridades sanitarias y con la participación de las instituciones de educación superior, recomendarán normas y criterios para la formación de recursos humanos para la salud.

Las autoridades sanitarias, sin perjuicio de la competencia que sobre la materia corresponda a las autoridades educativas y en coordinación con ellas, así como con la participación de las instituciones de salud, establecerán las normas y criterios para la capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud.

Artículo 90.- Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, sin perjuicio

de las atribuciones de las autoridades educativas en la materia y en coordinación con éstas:

I. Promover actividades tendientes a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se requieran para la satisfacción de las necesidades del país en materia de salud;

II. Apoyar la creación de centros de capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud;

III. Otorgar facilidades para la enseñanza y adiestramiento en servicio dentro de los establecimientos de salud, a las instituciones que tengan por objeto la formación, capacitación o actualización de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, de conformidad con las normas que rijan el funcionamiento de los primeros, y

IV. Promover la participación voluntaria de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en actividades docentes o técnicas.

Artículo 91.- La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, coadyuvarán con las autoridades e instituciones educativas, cuando éstas lo soliciten, en:

I. El señalamiento de los requisitos para la apertura y funcionamiento de instituciones dedicadas a la formación de recursos humanos para la salud, en los diferentes niveles académicos y técnicos, y

II. En la definición del perfil de los profesionales para la salud en sus etapas de formación.

Artículo 92.- Las Secretarías de Salud y de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, impulsarán y fomentarán la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para los servicios de salud, de conformidad con los objetivos y prioridades del Sistema Nacional de Salud, de los sistemas estatales de salud y de los programas educativos.

Artículo 49.- La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, coadyuvarán con las autoridades educativas competentes para la promoción y fomento de la constitución de colegios, asociaciones y organizaciones de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, y estimularán su participación en el Sistema Nacional de Salud, como instancias éticas del ejercicio de las profesiones, promotoras de la superación permanente de sus miembros, así como consultoras de las autoridades sanitarias, cuando éstas lo requieran.

De la lectura de los artículos anteriores, se puede apreciar que la intención del legislador fue precisamente, establecer una relación estrecha entre las autoridades de salud y en materia educativa, para ejercer una función coordinada en cuanto a la regulación de recursos humanos en materia de salud, lamentablemente, al menos en materia de la atención prehospitalaria de urgencias médicas.

Continuando con el tema de formación de recursos humanos en materia de salud, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, dice que corresponde a la ley de cada estado de la federación, determinar cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, así como las condiciones que deban llenarse para obtenerlo y autoridades encargadas de ello. De esa forma lo prescribe el segundo párrafo del artículo 5º, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y lo reafirma el artículo siguiente de la Ley General de Salud:

Artículo 78.- El ejercicio de las profesiones, de las actividades técnicas y auxiliares y de las especialidades para la salud, estará sujeto a:

I. La Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal;

II. Las bases de coordinación que, conforme a la ley, se definan entre las autoridades educativas y las autoridades sanitarias;

...

IV. Las leyes que expidan los estados, con fundamento en los Artículos 5o. y 121, fracción V, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Así, cada Legislatura Local se ha dado a la tarea de dictar el ordenamiento respectivo para regular el ejercicio de las profesiones en su ámbito territorial. Sin embargo, debo hacer una crítica al respecto, ya que la Ley Reglamentaria del artículo 5º Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal, en su artículo cuarto, menciona que el Ejecutivo Federal, reglamentará los campos de acción de cada profesión, el de sus ramas correspondientes, y sus límites para su ejercicio. Lamentablemente, dichos reglamentos no han sido realizados, por lo que en la actualidad existe mucha incertidumbre para definir, en este caso, el campo de acción del “técnico en urgencias médicas” y por tanto, los conocimientos con que debe contar, para el ejercicio de sus actividades.

2.7. EJERCICIO DEL TÉCNICO EN URGENCIAS MEDICAS.- Analizaré ahora las normas que debe observar, el técnico en urgencias médicas durante el desempeño de sus labores, de acuerdo a la Ley General de Salud:

Artículo 48.- Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias y en coordinación con las autoridades educativas, vigilar el ejercicio de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en la prestación de los servicios respectivos.

Artículo 83.- Quienes ejerzan las actividades profesionales, técnicas y auxiliares y las especialidades a que se refiere este capítulo, deberán poner a la vista del público un anuncio que indique la institución que les expidió el título, diploma o certificado y, en su caso, el número de su correspondiente cédula profesional. Iguales menciones deberán consignarse en los documentos y papelería que utilicen en el ejercicio de tales actividades y en la publicidad que realicen a su respecto.

Por lo tanto, es facultad de la autoridad sanitaria correspondiente, en colaboración con las autoridades educativas, quienes deben vigilar la formación y desempeño de los técnicos en urgencias médicas, debiendo ser considerados como técnicos en el área de la salud.

2.7.1. ARTICULO 79 DE LA LEY GENERAL DE SALUD.- Decidí hacer mención aparte del citado precepto, debido a que durante el período de investigación de este tema, fue publicada, el pasado 9 de mayo de 2007, una reforma en el Diario Oficial de la Federación, con la que se considera, se mejorará significativamente, y de manera específica, el servicio de la atención prehospitalaria de urgencias médicas.

La redacción anterior del citado artículo es la siguiente:

Artículo 79.- Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina... y sus ramas, y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los títulos profesionales... hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

Para el ejercicio de actividades técnicas y auxiliares que requieran conocimientos específicos en el campo de la medicina... y sus ramas, se requiere que los diplomas correspondientes hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

Atendiendo a la redacción anterior del citado precepto, la actividad realizada por el técnico en urgencias médicas, es considerada en la actualidad, como una actividad técnica, por lo tanto, se debe observar lo establecido por el segundo párrafo del artículo, es decir, el técnico en urgencias médicas, requiere obtener un diploma legalmente expedido y registrado por las autoridades educativas competentes.

La mencionada reforma publicada recientemente el pasado 9 de mayo de 2007 del artículo 79 de la Ley General de Salud, consiste en una simple adición en su segundo párrafo, que es la siguiente:

Artículo 79.- ...

*Para el ejercicio de actividades técnicas y auxiliares que requieran conocimientos específicos en el campo **de la atención médica prehospitalaria,***

medicina... y sus ramas, se requiere que los diplomas correspondientes hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

Por mi parte, debo afirmar que no era necesario ninguna adición al artículo comentado, fundamentando mi dicho con los siguientes argumentos:

1. Del análisis de la reforma señalada, se concluye que lo único que se logra, es plasmar una obviedad en el texto legal, pues debido a la propia naturaleza del servicio de la atención prehospitalaria de urgencias médicas, ésta debe entenderse forzosamente como una actividad técnica dentro del campo de la medicina, por lo que no es necesario hacer mención de cada una de las ramas y de cada actividad técnica, derivada de la medicina, ni el tratar de resaltar, lo que por su propia naturaleza es evidente. Por lo tanto, la reforma en lugar de aclarar o remediar la situación actual, se presta a varias interpretaciones, fomentando la confusión, además de evidenciar el poco interés de parte de los legisladores, pues es obvio que ni siquiera hubo una investigación profunda al respecto.

2. El artículo en cuestión, establece que para el ejercicio de actividades técnicas dentro del campo de la medicina, se requiere que los diplomas correspondientes, hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes. En este contexto, la Ley General de Educación contempla lo siguiente:

ARTÍCULO 55.- Las autorizaciones y los reconocimientos de validez oficial de estudios se otorgarán cuando los solicitantes cuenten:

I.- Con personal que acredite la preparación adecuada para impartir educación...

II.- Con instalaciones que satisfagan las condiciones higiénicas, de seguridad y pedagógicas que la autoridad otorgante determine... y

III.- Con planes y programas de estudio que la autoridad otorgante considere procedentes...

ARTICULO 60.- ...

Las instituciones del sistema educativo nacional expedirán certificados y otorgarán constancias, diplomas, títulos o grados académicos a las personas que hayan concluido estudios de conformidad con los requisitos establecidos en los planes y programas de estudio correspondientes. Dichos certificados, constancias, diplomas, títulos y grados tendrán validez en toda la República.

De tal manera que si un técnico en urgencias médicas, cuenta con un diploma o certificado que lo acredita como tal, debo suponer que la institución que expidió dicho diploma o certificado, debe estar debidamente registrada ante las autoridades educativas competentes y, finalmente, si dicha institución tiene un registro de validez oficial, por conclusión, debo afirmar que ya le fueron aprobados sus programas de estudio y acreditadas sus instalaciones, para poder llevar a cabo sus actividades docentes. Por lo tanto, es completa responsabilidad de las autoridades educativas competentes, el verificar que la formación de los técnicos en urgencias médicas, sea la adecuada, y corresponde a las autoridades sanitarias competentes, verificar que el personal a bordo de las ambulancias, cuente con su respectivo diploma o certificado, con el que acredite que tiene conocimientos, para realizar el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas.

Considero que la reforma al artículo 79 de la Ley General de Salud se debe a que, en ninguna parte de la ley, se mencionaba la expresión: “atención prehospitalaria de urgencias médicas”, por lo que se cree, muy común y equivocadamente, que dicha actividad no tiene regulación jurídica específica. A través del presente capítulo, demostraré que este tema de análisis, sí cuenta actualmente con regulación jurídica, aunque de una manera poco evidente. Por lo tanto, la afirmación de que no ha sido regulado jurídicamente la prestación de éste servicio, es propia de quienes no han estudiado a fondo el tema.

2.8. DERECHOS DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD.- El capítulo cuarto, del tercer título de la Ley General de Salud, se dedica a enunciar los derechos que tienen los usuarios, al recibir los servicios de salud, en este caso, los servicios de atención

prehospitalaria de urgencias médicas. Estos derechos, a su vez, se traducen en obligaciones para los prestadores de dichos servicios:

Artículo 51.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

En los siguientes artículos, se plasma la importancia que le debe ser otorgada a la atención prehospitalaria, en casos de presentarse una urgencia médica. Estos artículos pretenden establecer las bases para que las autoridades, los prestadores del servicio de salud y la misma comunidad, se solidaricen y lleven a cabo una labor conjunta en el momento en que alguna persona, se vea desprotegida y presente una urgencia médica, además de crear la certeza a la sociedad de que, en ese momento, se le otorgará de manera inmediata la atención debida:

Artículo 55.- Las personas o instituciones públicas o privadas que tengan conocimiento de accidentes o que alguna persona requiera de la prestación urgente de servicios de salud, cuidarán, por los medios a su alcance, que los mismos sean trasladados a los establecimientos de salud más cercanos, en los que puedan recibir atención inmediata, sin perjuicio de su posterior remisión a otras instituciones.

Artículo 56.- De conformidad con lo que señalen las disposiciones generales aplicables, los agentes del Ministerio Público que reciban informes o denuncias sobre personas que requieran de servicios de salud de urgencia, deberán disponer que las mismas sean trasladadas de inmediato al establecimiento de salud más cercano.

En otro orden de ideas, con el fin de darle seguimiento e incluir las demandas de la comunidad, en materia de salud, el legislador incluyó, dentro de la Ley General de Salud, la figura de “acción popular”, para dar mayor certidumbre a la sociedad, en cuanto al mejoramiento de los servicios de salud:

Artículo 60.- Se concede acción popular para denunciar ante las autoridades sanitarias todo hecho, acto u omisión que represente un riesgo o provoque un daño a la salud de la población.

La acción popular podrá ejercitarse por cualquier persona, bastando para darle curso el señalamiento de los datos que permitan localizar la causa del riesgo.

Desde luego que la llamada “acción popular” tiene buenas intenciones, el problema es, que la gran mayoría de la población en nuestro país, ignora el derecho que tiene de acudir a las autoridades a manifestar sus quejas.

2.9.- INVESTIGACIÓN EN MATERIA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MEDICAS.- La Ley General de Salud, en su título quinto, intitulado “investigación para la salud”, desarrolla los criterios fundamentales sobre los cuales debe basarse la investigación destinada a la salud, además de establecer, las bases de coordinación entre los niveles de gobierno, para orientar el desarrollo de dicha investigación. Debo aclarar nuevamente que señalaré lo relativo a mi tema de estudio:

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

...

III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;

Artículo 97.- La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud.

La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, apoyarán y estimularán el funcionamiento de establecimientos públicos destinados a la investigación para la salud.

Artículo 98.- En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones

aplicables, se constituirán: una comisión de investigación...El Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

Artículo 99.- La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizado un inventario de la investigación en el área de salud del país.

En el siguiente capítulo, comentaré de manera más amplia, la problemática actual que se tiene en materia de formación y capacitación de los técnicos en urgencias médicas, pues, aunque se tienen las bases legales para fomentar la investigación respecto a la atención prehospitalaria de urgencias médicas, no hay programas al respecto, es decir, los programas educativos para la formación de técnicos en urgencias médicas, se basan en estudios realizados, principalmente, en Estados Unidos de América.

2.10. INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICA EN MATERIA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS.- Es muy importante mantener un sistema de estadística e información en materia de atención prehospitalaria de urgencias médicas, para efectos de conocer los logros, e identificar las deficiencias, para tratar de corregirlas en lo tocante a este servicio. En cuestión de incidencia de accidentes y enfermedades crónicas de complicación súbita, es igualmente importante la información al respecto, pues se deben tener cifras precisas para tener un panorama claro, en cuanto a los índices de salud de la población. La Ley General de Salud, establece los cimientos para la coordinación de las autoridades competentes:

Artículo 104.- La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, y de conformidad con la Ley de Información Estadística y Geográfica y con los criterios de carácter general que emita la Secretaría de Programación y Presupuesto, captarán,

producirán y procesarán la información necesaria para el proceso de planeación, programación, presupuestación y control del Sistema Nacional de Salud, así como sobre el estado y evolución de la salud pública.

La información se referirá, fundamentalmente, a los siguientes aspectos:

I. Estadísticas de natalidad, mortalidad, morbilidad e invalidez;

II. Factores demográficos, económicos, sociales y ambientales vinculados a la salud, y

III. Recursos físicos, humanos y financieros disponibles para la protección de la salud de la población, y su utilización.

Artículo 107.- Los establecimientos que presten servicios de salud, los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud...llevarán las estadísticas que les señale la Secretaría de Salud y proporcionarán a ésta y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, la información correspondiente, sin perjuicio de las obligaciones de suministrar la información que les señalen otras disposiciones legales.

Por lo tanto, las instituciones, públicas y privadas, tienen la obligación de llevar un control en cuanto a la estadística de los servicios de atención prehospitalaria de urgencias médicas, para que tal información la proporcionen a las autoridades en materia de salud correspondientes, con el fin de que se actualicen constantemente dichos datos y puedan verse reflejados, además de que son necesarios para tener mayor conocimiento de la realidad del país y que el estado pueda identificar las problemáticas que puedan surgir y con ello, crear un Sistema Nacional de salud que satisfaga dichas necesidades y problemas.

2.11. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES.- Dentro del sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas, es de gran importancia el tema de prevención de accidentes y de enfermedades crónicas de complicación súbita, pues son los elementos catalizadores para prestar el servicio de atención prehospitalaria de urgencias

médicas. Así, se debe procurar la participación de la sociedad, para que la salud en general vaya en aumento. Citaré lo que establece la Ley General de Salud al respecto:

Artículo 133.- En materia de prevención y control de enfermedades y accidentes... corresponde a la Secretaría de Salud:

I. Dictar las normas oficiales mexicanas para la prevención y el control de enfermedades y accidentes;

...

III. Realizar los programas y actividades que estime necesario para la prevención y control de enfermedades y accidentes, y

IV. Promover la colaboración de las instituciones de los sectores público, social y privado, así como de los profesionales, técnicos y auxiliares para la salud y de la población en general, para el óptimo desarrollo de los programas y actividades a que se refieren las fracciones II y III.

Artículo 162.- Para los efectos de esta Ley, se entiende por accidente el hecho súbito que ocasione daños a la salud, y que se produzca por la concurrencia de condiciones potencialmente prevenibles.

Artículo 163.- La acción en materia de prevención y control de accidentes comprende:

I. El conocimiento de las causas más usuales que generan accidentes;

II. La adopción de medidas para prevenir accidentes;

III. El desarrollo de investigación para la prevención de los mismos;

IV. El fomento, dentro de los programas de educación para la salud, de la orientación a la población para la prevención de accidentes;

VI. La promoción de la participación de la comunidad en la prevención de accidentes.

Para la mayor eficacia de las acciones a las que se refiere este Artículo, se creará el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes del que formarán parte representantes de los sectores público, social y privado.

Es difícil relacionar la prevención de accidentes, con el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, ya que éste se brinda cuando ya ha ocurrido el evento, es decir, el accidente. Considero que la prevención de accidentes, tiene relación con la atención prehospitalaria de urgencias médicas, entendiéndola como un sistema. Es bien sabido que el conocimiento es prevención, por lo tanto, al capacitarse a cada vez mayor número de personas en primeros auxilios, para que realicen las funciones de un “primer respondiente”, también adquieren conciencia, de la prevención de accidentes, provocando así, que disminuyan los índices al respecto. Por otro lado, si son plenamente identificados los tipos de accidentes con mayores incidencias y sus causales, pueden prevenirse con mayor eficacia, repercutiendo así, de manera directa, en la salud de la población.

El artículo 163 de la Ley General de Salud, nos habla de la creación del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (C.O.N.A.P.R.A.), para los fines que menciona el propio precepto. Atendiendo a lo anterior, el 20 de marzo de 1987, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación, el “Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes”. Es preciso mencionar que además de la CONAPRA, existen los Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes (C.O.E.P.R.A.S.) en cada una de las entidades federativas.

Como será mencionado más ampliamente en el siguiente capítulo, no hay mucho eco de las recomendaciones realizadas por éste órgano, ya que como lo demuestran las estadísticas, todavía hay un gran índice de accidentes que generan muertes o discapacidades. Por lo tanto, debo decir que, para los fines que fue creada, no ha cumplido su tarea, pues nuestra sociedad no tiene la cultura de la prevención de accidentes.

2.12. VIGILANCIA SANITARIA EN MATERIA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS.- A continuación, estudiaré lo señalado por la Ley General de Salud, tocante a la vigilancia de las obligaciones que tienen los prestadores del servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas:

Artículo 393.- Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, la vigilancia

del cumplimiento de esta Ley y demás disposiciones que se dicten con base en ella.

La participación de las autoridades municipales estará determinada por los convenios que celebren con los gobiernos de las respectivas entidades federativas y por lo que dispongan los ordenamientos locales.

De tal manera que, conforme al artículo citado, corresponde tanto a las autoridades federales como locales en materia de salud, en sus respectivas competencias, la vigilancia del cumplimiento de las obligaciones establecidas en materia de atención prehospitalaria de urgencias médicas.

En el siguiente artículo, se dispone la manera en que se llevará a cabo la vigilancia del cumplimiento de las obligaciones, en materia de atención prehospitalaria de urgencias médicas:

Artículo 396.- La vigilancia sanitaria se llevará a cabo a través de las siguientes diligencias:

I. Visitas de verificación a cargo del personal expresamente autorizado por la autoridad sanitaria competente para llevar a cabo la verificación física del cumplimiento de la ley y demás disposiciones aplicables...

Abundando en la redacción del artículo anterior, el personal que realice la verificación sanitaria, deberá realizar las visitas, contando con órdenes escritas y con la firma autógrafa de la autoridad sanitaria competente, para que constate que las instituciones, dedicadas a otorgar el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, realmente cumplan con lo dispuesto en la Ley General de Salud.

2.13. SANCIONES CON MOTIVO DE INCUMPLIMIENTO EN MATERIA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS.- La autoridad sanitaria, con el fin de que las disposiciones ya señaladas sean cumplidas, debe imponer sanciones a quienes incumplan dichos preceptos. Como ya se

mencionó, la vigilancia de la autoridad sanitaria, debe darse a través de visitas de verificación para cerciorarse de dicho cumplimiento.

A continuación mencionaré los artículos de la Ley General de Salud, que se refieren específicamente, a las sanciones que se pueden imponer por motivo del incumplimiento de obligaciones que deben observar, los prestadores del servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas:

Artículo 419.- Se sancionará con multa hasta mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, la violación de las disposiciones contenidas en los artículos 55, 56, 83...107...200 bis... de esta Ley.

De tal guisa, que se aplicará la sanción mencionada: a quienes teniendo conocimiento de que alguna persona padezca de una urgencia médica, no procuren que la misma sea atendida y trasladada a un hospital; al agente del ministerio público que tenga conocimiento de, que alguna persona sufra una de urgencia médica y no disponga que la misma sea trasladada al hospital; al técnico en urgencias médicas, que no ponga a la vista del público, su diploma o certificado; al responsable de la institución que preste el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, y que no proporcione la información estadística de su actividad; y finalmente, al responsable de la institución que brinda el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, y no tramite el aviso de funcionamiento, ante la autoridad sanitaria correspondiente, de cada una de las ambulancias destinadas a esa actividad.

A continuación, haré mención del siguiente artículo que plasma la garantía, que tiene cualquier persona que presente una urgencia médica, de recibir la debida atención prehospitalaria oportuna, sin que medie pretexto alguno:

Artículo 469.- Al profesional, técnico o auxiliar de la atención médica que sin causa justificada se niegue a prestar asistencia a una persona, en caso de notoria urgencia, poniendo en peligro su vida, se le impondrá de seis meses a cinco años de prisión y multa de cinco a ciento veinticinco días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate y suspensión para ejercer la profesión hasta por dos años.

Si se produjere daño por la falta de intervención, podrá imponerse, además, suspensión definitiva para el ejercicio profesional, a juicio de la autoridad judicial.

Finalmente debo decir, a propósito del siguiente artículo, que no es posible que se deje al arbitrio de las autoridades, el imponer sanciones a conductas, que no están específicamente establecidas y delimitadas:

Artículo 422.- Las infracciones no previstas en este capítulo serán sancionadas con multa equivalente hasta por diez mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate...

Como se puede observar, y al contrario de lo que comúnmente se cree, la Ley General de Salud, plantea bases sólidas para el adecuado funcionamiento del sistema de la atención prehospitalaria de urgencias médicas. De tal forma que se encuentran reguladas, aunque no se haga mención de forma literal del mismo, tanto el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, como la formación de recursos humanos en dicha materia, así como la capacitación de la población en general, en materia de primeros auxilios; además se establecen sanciones, para garantizar aún más, el derecho de la protección a la salud, a quienes no atiendan el sufrimiento de quienes presentan de una urgencia médica.

3.- REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

Es momento de realizar un estudio al reglamento, que tiene como fundamento la Ley General de Salud, y que regula específicamente el servicio de atención médica. Como ya lo manifesté, el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, está contemplado dentro del servicio de atención médica, por lo tanto, el citado reglamento contiene preceptos que se adecuan perfectamente a la regulación de mi tema de estudio. Cabe mencionar que el reglamento citado, es de aplicación en todo el territorio nacional, por lo que compete a la Secretaría de Salud vigilar su observancia, y a su vez, los gobiernos de las entidades federativas, deberán suscribir acuerdos de coordinación con el gobierno federal para efectos de distribución de funciones.

Debo mencionar que el citado ordenamiento, contiene algunas disposiciones que ya son contempladas por la Ley General de Salud, logrando únicamente redundar en el tema. Por lo tanto, haré mención exclusivamente de los artículos que no sean repetitivos.

3.1. ESTABLECIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN MEDICA.- La Ley General de Salud nunca menciona el término “establecimientos para la atención médica”, pero sí menciona en repetidas ocasiones, sin dar definición del mismo, el término “establecimientos para la salud”, lo que crea confusión, pues no es predecible si se refieren a lo mismo o no. Así, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Servicios de Atención Médica, introduce éste nuevo término, y además dice lo que se debe entender del mismo:

Artículo 7o.- Para los efectos de este Reglamento se entiende por:

...

III.- Establecimiento para la atención médica.- Todo aquel, público, social o privado, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios.

El artículo mencionado crea confusión, pues la Ley General de Salud establece que las ambulancias, son consideradas como “establecimientos para la salud” y por el contrario, el reglamento en estudio, contribuyendo a la inexistencia de una certeza jurídica, nos dice que las ambulancias, son “establecimientos para la atención médica”. Lo anterior nos obliga a suponer, que ambos cuerpos normativos, se refieren a lo mismo aún cuando ocupen términos diferentes en cada caso.

El siguiente artículo, procurando una mayor regulación jurídica sobre el tema que me atañe, enuncia una clasificación de las ambulancias:

Artículo 10.- Serán considerados establecimientos para la atención médica:

I.- Aquellos en los que se desarrollan actividades preventivas, curativas y de rehabilitación dirigidas a mantener o reintegrar el estado de salud de las personas;

...

V.- Las unidades móviles, ya sean aéreas, marítimas o terrestres, destinadas a las mismas finalidades y que se clasifican en:

A).- Ambulancia de cuidados intensivos;

B).- Ambulancia de urgencias;

C).- Ambulancia de transporte, y

D).- Otras que presten servicios de conformidad con lo que establezca la Secretaría.

Las unidades móviles se sujetarán a las Normas Técnicas correspondientes, sin perjuicio del cumplimiento de las demás disposiciones aplicables...

Así, se observa cierto avance en la regulación del servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, ya que se plantea una clasificación de las ambulancias, interesándome en particular, debido a mi tema de estudio, las “ambulancias de urgencias”, aunque su nombre correcto debe ser, según mi parecer, “ambulancias para la atención prehospitalaria de urgencias médicas”.

3.2. DISPOSICIONES TENDIENTES A ASEGURAR LA APLICACIÓN DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD, EN MATERIA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS.- Los siguientes artículos que mencionaré, están enunciados en el reglamento en análisis, con la finalidad de ampliar la cobertura del derecho a la protección a la salud, y se refieren específicamente, al servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, para garantizar a la población la pronta atención, en caso de presentarse una urgencia médica. Además, se aprecian disposiciones relativas a la participación de la comunidad en materia de salud:

Artículo 12.- En los parques de diversión, ferias, circos, estadios deportivos, plazas taurinas, y en general, en cualquier tipo de evento, deberá existir una unidad fija o móvil de servicios médicos para atender las urgencias que se presenten, sin perjuicio de su posterior referencia a otros establecimientos para

continuar con su atención. La Secretaría dictará las Normas Técnicas a que quedarán sujetos dichos servicios.

El artículo siguiente puede adecuarse perfectamente a mi tema de estudio, interpretando que se debe regionalizar el servicio de atención de urgencias médicas, atendiendo a las necesidades y circunstancias de cada región del territorio nacional:

Artículo 15.- En lo referente a la regionalización de servicios médicos, se tomará en cuenta el diagnóstico de salud, la accesibilidad geográfica, otras unidades médicas instaladas y la aceptación de los usuarios, considerando los dictámenes técnicos de los órganos correspondientes de la Secretaría, con el fin de instalar unidades tendientes a la autosuficiencia regional, así como el desarrollo del municipio.

De tal manera que, se debe procurar que el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, sea proporcionado por instituciones, ya sean públicas o privadas, tomando en cuenta, las necesidades y circunstancias dadas en cada región geográfica.

El precepto que a continuación se cita, tiene la finalidad, un tanto utópica, de que las instituciones privadas, otorguen los siguientes servicios:

Artículo 17.- Los establecimientos de carácter privado, en los términos del Artículo 44 de la Ley, prestarán los siguientes servicios:

I.- Colaborar en la prestación de los servicios básicos de salud a que se refiere el Artículo 27 de la Ley, con especial énfasis en la educación para la salud, prevención y control de enfermedades transmisibles de atención prioritaria, planificación familiar y disponibilidad de insumos para la salud;

II.- Proporcionar servicios de urgencias en los términos de la Ley y este Reglamento;

...

*V.- Colaborar en la formación y desarrollo de recursos humanos para la salud,
y*

VI.- Desarrollar actividades de investigación, de acuerdo a los requisitos señalados por la Ley y dentro del marco de la ética profesional.

Obviamente, reitero, el artículo anterior fue redactado con las buenas intenciones de ampliar los servicios de salud, con el objetivo de cumplir con la obligación del Estado de garantizar el derecho de la protección a la salud, pero lamentablemente, no se ha logrado lo esperado al respecto; mucho menos se ha contado con la colaboración de los establecimientos de atención médica privados, pues su finalidad principal es el lucro y no tanto el desarrollo de los preceptos enunciados.

3.3. OBLIGACIONES DEL RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN QUE OTORGA EL SERVICIO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS.- El Reglamento de la Ley General de Salud que se está comentado, contiene diversos artículos que van dirigidos, a la persona que está al cargo de la institución que otorga el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, con el objeto de que sea brindado un servicio de calidad, y en el que haya ciertas medidas de control. Debo aclarar que en los preceptos que cito a continuación, siempre se habla de “atención médica”, pero como ya se ha puntualizado, mi tema de estudio, está contemplado dentro del servicio de atención médica, por lo tanto, quienes se dedican a esta actividad, también deben observar dichas normas:

Artículo 18.- Los establecimientos en los que se presten servicios de atención médica, deberán contar con un responsable, mismo que deberá tener título, certificado o diploma, que según el caso, haga constar los conocimientos respectivos en el área de que se trate.

Los documentos a que se refiere el párrafo anterior, deberán encontrarse registrados por las autoridades educativas competentes.

Artículo 19.- Corresponde a los responsables a que hace mención el artículo anterior llevar a cabo las siguientes funciones:

I.- Establecer y vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios que el establecimiento ofrezca, así como para el cabal cumplimiento de la Ley y las demás disposiciones aplicables;

II.- Vigilar que dentro de los mismos, se apliquen las medidas de seguridad e higiene para la protección de la salud del personal expuesto por su ocupación;

III.- Atender en forma directa las reclamaciones que se formulen por irregularidades en la prestación de los servicios, ya sea las originadas por el personal del establecimiento o por profesionales, técnicos o auxiliares independientes, que en él presten sus servicios, sin perjuicio de la responsabilidad profesional en que se incurra;

IV.- Informar, en los términos que determine la Secretaría, a las autoridades sanitarias competentes, de las enfermedades de notificación obligatoria, así como adoptar las medidas necesarias para la vigilancia epidemiológica, tomando en cuenta lo dispuesto en la Ley; y

V.- Notificar al Ministerio Público y, en su caso, a las demás autoridades competentes, los casos en que se les requieran servicios de atención médica para personas con lesiones u otros signos que presumiblemente se encuentren vinculadas a la comisión de hechos ilícitos.

Respecto a los preceptos citados, relacionándolos directamente con la atención prehospitalaria de urgencias médicas, debo decir que la actividad de los técnicos en urgencias médicas, debe ser vigilada y controlada, de preferencia, por personal con título profesional en la carrera de medicina.

En cuanto al artículo anterior, debo mencionar que en la mayoría de las instituciones que prestan el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, no se encuentra respaldado o representado por un médico.

En adición, deseo resaltar, la obligación que tienen los técnicos en urgencias médicas, de notificar al ministerio público, en los casos que se presume que la lesión de la persona que es atendida, esté vinculada en la comisión de un hecho ilícito, ya que son ellos, quienes en gran número de ocasiones, se presentan ante tales circunstancias.

Los artículos que se mencionan a continuación, deben ser de gran importancia para los responsables de las instituciones donde se presta el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, ya que en muchas de esas instituciones, no se cuenta con personal capacitado adecuadamente, ni con la certeza de la delimitación de su actividad:

Artículo 21.- En los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención médica, deberá contarse, de acuerdo a las Normas Técnicas correspondientes, con personal suficiente e idóneo.

Artículo 22.- No podrá ser contratado por los establecimientos de atención médica, ni por los profesionales que en forma independiente presten sus servicios, personal de las disciplinas para la salud que no estén debidamente autorizado por las autoridades educativas competentes.

Artículo 28.- La Secretaría emitirá las normas técnicas a que se sujetará en su caso, la actividad del personal no profesional autorizado por las dependencias competentes, relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, para lo cual se observarán en lo conducente, las disposiciones de este Reglamento.

Finalmente, una obligación más, de los responsables de las instituciones que otorgan el servicio, tema de mi investigación, es que deben tener un registro con los datos de cada uno de los técnicos en urgencias médicas:

Artículo 24.- Los responsables de los establecimientos donde se presten servicios de atención médica, están obligados a llevar un archivo actualizado en el que conste la documentación de los profesionales, técnicos y auxiliares de las

disciplinas para la salud que presten sus servicios en forma subordinada, misma que deberá ser exhibida a las autoridades sanitarias cuando así lo soliciten.

Como se puede observar claramente, el Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, regula de una manera un poco más específica, la actividad de la atención prehospitalaria de urgencias médicas, imponiendo así, obligaciones a quienes presten ese servicio.

3.4. SANCIONES QUE ESTABLECE EL REGLAMENTO, CON MOTIVO DE INCUMPLIMIENTO.- El Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, dicta sanciones, en este caso, para los prestadores del servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas que no observen cabalmente, los preceptos correspondientes:

Artículo 242.- Se sancionará con multa equivalente hasta de veinte veces el salario mínimo general diario, vigente en la zona de que se trate, la violación de las disposiciones contenidas en los artículos 12, 18, 23, 24... y 92 de este Reglamento.

Así, con el fin de no ser sancionado conforme a lo establecido, debe observarse, respectivamente: que el representante de los parques de diversión, ferias, circos, estadios deportivos, plazas taurinas y de cualquier otro tipo de evento, en caso de no contar con una unidad fija de atención médica, tenga al menos, una ambulancia para la atención prehospitalaria de las urgencias médicas que pudiesen presentarse; que en cada institución que se dedique a la prestación del servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, haya un responsable, en éste caso, un médico titulado.

Debo hacer mención especial para la sanción derivada del incumplimiento del artículo 23 del reglamento en estudio, el cual dispone la obligación, en este caso, del técnico en urgencias médicas, de mantener a la vista su certificado que lo acredita como tal. En éste artículo se cae en un error de repetición, ya que la Ley General de Salud, plantea la misma

obligación, pero tal vez ese no sea el problema, sino que la pifia consiste en que los dos ordenamientos, imponen sanciones diferentes para el incumplimiento de dicho deber, lo cual, genera incertidumbre tanto a la autoridad, al prestador del servicio y al usuario del mismo.

Continuando con los comentarios, la sanción establecida por el artículo 242 del reglamento en comento, debe observarse en concordancia con el artículo 24 del mismo ordenamiento, e indica que en la institución donde se preste el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, debe haber un registro ordenado y con la documentación correspondiente, de cada técnico en urgencias médicas.

Finalmente, en concordancia con el artículo 92 del reglamento, el técnico en urgencias médicas, debe dar conocimiento de los hechos al Ministerio Público, en caso de muerte violenta o presuntamente vinculada, con la realización de hechos ilícitos.

Para continuar con el estudio a las sanciones que podrían aplicarse a los prestadores del servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, veamos el siguiente artículo:

Artículo 243.- Se sancionará con multa equivalente de diez hasta cien veces el salario mínimo general diario, vigente en la zona económica de que se trate, la violación de las disposiciones contenidas en los artículos ... 220... de este Reglamento.

En el anterior artículo, nuevamente es visible un error de discordancia entre la Ley General de Salud y su Reglamento, en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, pues, como ya lo comenté en su oportunidad, la ley dispone, como única obligación en caso de ambulancias para proporcionar servicio, realizar el “aviso de funcionamiento”; mientras que el reglamento citado, establece como obligación para el caso del servicio en ambulancias, el tramitar la licencia sanitaria correspondiente. Así, en un mismo hecho, es decir, para poder dar servicio en una ambulancia, se presentan dos diferentes hipótesis normativas, y derivado del incumplimiento de ellas, nos encontramos con dos diferentes consecuencias de derecho, lo cual ocasiona incertidumbre jurídica.

Con el siguiente supuesto, se pretende que en cada institución, en la que se otorgue el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, se cuente con técnicos en urgencias médicas, debidamente capacitados y que, desempeñen su función con el equipo adecuado:

Artículo 245.- Se sancionará con multa de doscientas a quinientas veces el salario mínimo general diario, vigente en la zona económica de que se trate, al responsable de cualquier establecimiento que preste servicios de atención médica, en el que se carezca de personal suficiente e idóneo o equipo, material o local adecuados de acuerdo a los servicios que presten.

En caso de reincidencia o de no corregirse las deficiencias, se procederá a la clausura temporal, la cual será definitiva si al reanudarse el servicio continúa la violación.

Finalmente, comentaré el siguiente artículo, diciendo que va en contra de toda lógica jurídica, ya que las sanciones, deben imponerse por conductas específicas, y no debe cometerse el error de plasmar preceptos ambiguos, pues con este tipo de errores, se corre el riesgo de facultar a las autoridades para cometer arbitrariedades:

Artículo 250.- Las infracciones al presente Reglamento no previstas en este capítulo serán sancionadas con multa hasta por quinientas veces el salario mínimo general diario, vigente en la zona económica de que se trate...

Como se puede observar, tanto la Ley General de Salud como su Reglamento, en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, contienen muchas disposiciones referentes a la atención prehospitalaria de urgencias médicas. Debido a la experiencia adquirida en el desempeño de mis labores dentro de Cruz Roja Mexicana, me he percatado que en la práctica, hay muchas deficiencias en la prestación del servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas; considero que es debido a que en ninguna parte de los ordenamientos, hasta el momento comentados, se utilizan los términos “atención prehospitalaria de urgencias médicas” o “técnico en urgencias médicas”; por tal situación, se ha creado confusión y la generalizada idea, que no existe una regulación jurídica respecto a mi tema de estudio.

4. DISPOSICIONES ADMINISTRATIVAS DE CARÁCTER GENERAL: NORMAS OFICIALES MEXICANAS.

Ni la Ley General de Salud, ni su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, plantean una regulación estrictamente específica en materia de “atención prehospitalaria de urgencias médicas”, aún cuando sí contiene disposiciones de manera general, en relación con la “atención médica”. Debido a que mi tema de estudio, de acuerdo con la legislación, figura dentro de los “servicios de atención médica”, me atrevo a afirmar que, sí hay ciertos aspectos que se pueden considerar regulados, los cuales ya han sido comentados.

Con la publicación de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, el 1º de julio de 1992⁵, se establece el procedimiento para que las dependencias de la administración pública federal, expidan normas oficiales mexicanas, las cuales son de observancia general, con el objeto de unificar criterios y, para el caso de mi tema de estudio, establecer criterios para homologar y mejorar la calidad del servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas.

La Secretaría de Salud tiene la facultad, derivada del artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, de expedir normas oficiales mexicanas, con el objeto de regular ciertas actividades involucradas con la salud, con el fin de imponer criterios de calidad y eficacia en la producción o prestación de algún servicio.

En este apartado, haré un estudio de la norma oficial mexicana que actualmente regula la prestación del servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, debido a que recientemente entró en vigencia la “NOM-237-SSA1-2004, regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de urgencias médicas”, la cual derogó a la “NOM-020-SSA2-

⁵ Ley Federal sobre Metrología y Normalización. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1º de julio de 1992. Consultada en la página electrónica <http://www.cddhcu.gob.mx>

1994, para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles, tipo ambulancia”⁶, de la cual únicamente realizaré una mención superficial a continuación.

4.1. NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM-020-SSA2-1994, PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MEDICA EN UNIDADES MOVILES TIPO AMBULANCIA.- Derivado de que, aún existiendo cierta regulación en materia de atención prehospitalaria de urgencias médicas, en la práctica, las autoridades no procuran adecuadamente sea observada dicha reglamentación, la Secretaría de Salud, publicó el 11 de abril del 2000, una norma oficial mexicana, con el nombre de “NOM-020-SSA2-1994, para la prestación de servicios de atención médica, en unidades móviles tipo ambulancia”.

Cabe hacer mención que la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, plantea que para la creación de una norma oficial mexicana, se publicará el proyecto de la misma en el Diario Oficial de la Federación, para que en el plazo de 60 días naturales, los interesados presenten sus observaciones pertinentes, y en su caso deban hacerse las modificaciones correspondientes a dicho proyecto, en un tiempo no mayor a 45 días naturales, procediendo después a su publicación definitiva para la iniciación de su vigencia. La norma oficial mexicana que estoy comentando, se publicó para recibir comentarios de los interesados, el 1° de agosto de 1994, y fue publicada por vez definitiva, hasta el 1° de julio del 2000 para iniciar su observancia. Es decir, no hay un compromiso claro por regular la actividad que se esta estudiando, ya que transcurrieron seis años para que se realizara dicha publicación.

La norma oficial mexicana en comento, regulaba exclusivamente la atención médica a bordo de ambulancias, proponiendo los requisitos y características con que deben contar dichos vehículos, para poder prestar su servicio. También, se hace mención del perfil que preferentemente, debe tener el técnico en urgencias médicas, y el modo de proceder del mismo en el momento de realizar su servicio y el equipo médico con que se debe contar; lo anterior, con las buenas intenciones de proponer una estandarización, en cuanto a la apariencia y

⁶ Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1994, para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de abril del 2000.

distribución interior de las ambulancias. Sin embargo, sus numerales dedicados a especificar el equipo mínimo con que se debe contar en la ambulancia, es demasiado ambicioso, y está muy por encima de la realidad que se vive en nuestro país, pues con conocimiento de causa, puedo afirmar que gran parte de las ambulancias dedicadas a la atención de urgencias médicas a nivel prehospitalario, no cuentan ni con la tercera parte del equipo sugerido.

Debo destacar las buenas intenciones en tratar de regular esta materia, por que verdaderamente hay mucho por hacer, pero la realidad, es que muchos aspectos establecidos, son casi imposibles de llevar a cabo, debido a la realidad económica en que se vive. No transcribiré, ni haré mayor análisis de la norma mencionada, pues sería redundante y hasta ocioso ya que durante la realización del presente trabajo, dejó de aplicarse la norma comentada.

4.2. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-237-SSA1-2004, REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS.- El artículo 51 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, dispone que las normas oficiales mexicanas, deben ser revisadas cada cinco años, de no ser así, dicha norma perderá su vigencia, y debe publicarse su cancelación en el Diario Oficial de la Federación. Debido a lo anterior, la “NOM-020-SSA2-1994, para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia”, fue sometida a revisión, dando como resultado, “el proyecto de modificación de la norma oficial mexicana NOM-020-SSA2-1994, para la prestación de servicios de atención medica en unidades móviles tipo ambulancia, para quedar como NOM-237-SSA1-2004, regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de urgencias médicas”⁷, la cual fue publicada el 13 de agosto del 2004, en el Diario Oficial de la Federación, para recibir opiniones al respecto. Fue apenas el 24 de octubre del 2005, cuando se publicaron en el Diario Oficial de la Federación, los comentarios recibidos a tal proyecto de modificación de norma. Finalmente, se publicó el pasado 15 de junio de 2006, la Norma Oficial Mexicana “NOM-237-SSA1-2004, regulación de los servicios

⁷ NOM-237-SSA1-2004, regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de urgencias médicas. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de julio del 2006.

de salud. Atención prehospitalaria de urgencias médicas”, cuya vigencia empezó a partir del 15 de agosto de 2006, sustituyendo así, a la norma oficial mexicana comentada en el apartado anterior.

Aclaro que, únicamente comentaré lo estrictamente concerniente a la atención prehospitalaria de urgencias médicas, y aquello que sea innovador en la regulación de la materia en estudio, es decir, no profundizaré en cuestiones que ya están observadas en la Ley General de Salud, o en su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Empezaré por mencionar que es un error de la norma en comento, el clasificar a las ambulancias en “ambulancias de urgencias básicas” y “ambulancias de urgencias avanzadas”, puesto que en la práctica, no tiene ningún motivo de ser dicha clasificación ya que no existen criterios sólidos para asegurar que una urgencia médica es básica o avanzada.

También debo destacar que se confunden las definiciones, por lo que respecta a establecer una diferencia clara entre “ambulancias de urgencias” y “ambulancias de terapia intensiva. Veamos lo dispuesto en los numerales 3.2, 3.3 y 3.4:

3. Definiciones

Para efectos de esta Norma Oficial Mexicana, se entiende por:

3.2. Ambulancia de urgencias básicas, a la unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada a la atención de pacientes que requieren soporte básico de vida.

3.3. Ambulancia de urgencias avanzadas, a la unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada a la atención de pacientes que requieren soporte avanzado de vida.

3.4. Ambulancia de terapia intensiva, a la unidad móvil, aérea, marítima o terrestre, destinada a la atención de pacientes en estado crítico que requieren soporte avanzado de vida.

Así, se puede observar que las clasificaciones establecidas, no tienen realmente un sustento y en todo caso, primeramente, se debería dejar en claro la diferencia entre “soporte

básico de vida” y “soporte avanzado de vida”, ya que dichos términos, son la base de la clasificación anterior.

En otro orden de ideas, es hasta la creación de la norma en comento, cuando realmente se establece en un texto normativo, la expresión, a mi parecer la más correcta, de “atención prehospitalaria de urgencias médicas”, dándose su definición, la cual considero es adecuada:

3. Definiciones

Para efectos de esta Norma Oficial Mexicana, se entiende por:

3.5. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas, a la otorgada al paciente, cuya condición clínica se considera que pone en peligro la vida, un órgano o su función, con el fin de lograr la limitación del daño y su estabilización orgánico-funcional, desde el primer contacto hasta la llegada y entrega a un hospital.

A partir del numeral 4.7, se regula la atención prehospitalaria de urgencias médicas, estableciendo una serie de disposiciones con el fin de homologar este servicio. Llama la atención, que esta norma menciona la existencia de un “centro regulador de urgencias médicas” (C.R.U.M.), el que deberá establecerse en cada determinado perímetro territorial según las circunstancias. El punto 3.6 lo define de la siguiente manera:

3. Definiciones

Para efectos de esta Norma Oficial Mexicana, se entiende por:

3.6. Centro Regulador de Urgencias Médicas, la instancia técnico-médico-administrativa, responsabilidad de la Secretaría de Salud Estatal y Gobierno del Distrito Federal, que establece la secuencia de las actividades específicas para la atención prehospitalaria, en el sitio del evento crítico, traslado y recepción en el establecimiento médico designado, con la finalidad de brindar atención médica oportuna y especializada las 24 horas del día, los 365 días del año. El número de CRUM's que deba haber en una entidad federativa, estará determinado por las características geopoblacionales en forma local.

Cabe mencionar que aún desde antes a la entrada en vigor de la norma en comento, la mayoría de las entidades federativas, incluyendo el Distrito Federal, ya establecieron su propio

“centro regulador de urgencias médicas”, con el fin de dar mayor control a los servicios que se otorgan, a través de las ambulancias. Así, el CRUM sirve de enlace para recibir la llamada de auxilio, mandar la ambulancia al sitio del evento y mantener contacto, tanto con el personal de ambulancia, como con el personal del hospital al que va a ser trasladado el paciente.

Como mencionaba, en el numeral 4.7 se establecen los criterios a seguir, con el fin de que el servicio de atención de urgencias médicas, a nivel prehospitalario se preste de una manera eficiente, rápida, homologada, y con cierto control por parte de las autoridades. Veamos los siguientes numerales:

4.7.1.2. La solicitud de atención prehospitalaria al CRUM, será mediante el uso de número telefónico único y gratuito, organismo que se enlazará con los establecimientos fijos o móviles, por medio de un sistema de radiocomunicación compatible con las frecuencias correspondientes.

4.7.1.3. Toda llamada de auxilio recibida en el CRUM, deberá ser atendida, tipificada, clasificada, registrada y se llevará a cabo el seguimiento correspondiente.

4.7.1.5. El CRUM enviará al sitio de la urgencia la ambulancia disponible más cercana, para brindar la atención adecuada a la gravedad de la urgencia o en su caso decidir el traslado a la unidad hospitalaria correspondiente.

4.7.1.6. El TUM reportará al CRUM, los hallazgos clínicos y en su caso, el diagnóstico presuncional, el estado psicofísico que guarda el paciente así como las necesidades inmediatas previas a su arribo al establecimiento médico; todos los eventos deberán quedar asentados en el formato de registro de atención prehospitalaria.

A modo de simplificación, diré que la manera de proceder en una urgencia médica prehospitalaria es la siguiente: al tener la presencia de una persona que presenta una urgencia médica, se debe llamar, a un número único, que será el de la central o “CRUM”, la cual hará el enlace con la ambulancia que se considere más conveniente, para que asista al lugar del

siniestro; posteriormente, el técnico en urgencias médicas, hará la valoración del estado de salud del paciente y le otorga la asistencia requerida, y dicha información la transmite al personal del CRUM, para que éste a su vez, canalice a la ambulancia al hospital correspondiente, según las circunstancias y dé aviso, al personal del hospital para que estén preparados para el momento de arribo de la ambulancia. De esta forma, se garantiza que el personal del hospital, tenga conocimiento de las características patológicas o traumatológicas del paciente, y pueda darle, una atención más pronta. Obviamente, lo anterior dista en mucho de la realidad, pues ciertamente, no existe una coordinación entre los elementos del sistema de la atención prehospitalaria de urgencias médicas, provocando que lo anterior se convierta en mera teoría.

Por otra parte, en el “anexo normativo A” del citado ordenamiento, se realiza un listado con el equipo que debe contar una ambulancia. Insisto nuevamente, que muchas instituciones, y que es la realidad común, no cuentan con los recursos económicos suficientes, para obtener el equipo médico mencionado.

También, esta norma al igual que la norma oficial mexicana primeramente comentada, autoriza de manera tácita, a los técnicos en urgencias médicas, a administrar medicamentos, al proponer una larga lista de diversos medicamentos, con los que se debe contar en la ambulancia. Aunado a lo anterior, también se conciente al personal a bordo de la ambulancia, a realizar intervenciones de cirugía menor, ya que también se citan instrumentos para dichos fines, dentro de los suministros con los que se debe contar, tales como bisturí y suturas. Debo insistir en que las autoridades, deben estar muy atentas al respecto, y vigilar que el personal que brinda el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, esté debidamente capacitado, pues de lo contrario, se corre el riesgo de que se cometan demasiadas negligencias en el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas.

Finalmente debo mencionar que en el “anexo informativo A”, con el loable objetivo de homologar criterios, en la formación del técnico en urgencias médicas, y así, definir su campo de acción, se establece el perfil que debe cubrir la persona que quiera desempeñarse como TUM. Es en éste anexo, donde se describe de manera sucinta, la manera de proceder del

personal abordo de una ambulancia, al momento de prestar el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas.

4.3. COMENTARIOS SOBRE LA APLICABILIDAD DE LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS RELATIVAS A LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS.- Respecto a la aplicabilidad de las normas oficiales mexicanas a mi materia de estudio, hay opiniones encontradas tanto en el ámbito jurídico, como en el de la praxis. A continuación, expondré mis opiniones relativas, mediante los siguientes argumentos:

1.- Primeramente, se debe revisar sobre la constitucionalidad de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización. Al respecto, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos estipula claramente, en su artículo 89 fracción I, lo siguiente:

Artículo 89. Las facultades y obligaciones del Presidente, son las siguientes:

I. Promulgar y ejecutar las leyes que expida el Congreso de la Unión, proveyendo en la esfera administrativa a su exacta observancia.

Nuestra Carta Magna establece de forma muy clara que es facultad exclusiva del Presidente de la República dictar Reglamentos para proveer la exacta observancia de las leyes.

Sin mayor preámbulo debo concluir que la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, es inconstitucional, ya que contradice a nuestra Ley Fundamental, al facultar a las dependencias de la administración pública federal, para expedir ordenamientos de carácter general y de los cuales, se sanciona su incumplimiento.

Al respecto debo citar la siguiente tesis aislada:

“REGLAMENTOS ADMINISTRATIVOS. FACULTAD DEL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA PARA EXPEDIRLOS. SU NATURALEZA. El artículo 89 fracción I, de nuestra Carta Magna, confiere al Presidente de la República tres facultades: a). La de promulgar las leyes que expida el Congreso de la Unión; b). La de ejecutar dichas leyes y c). La de proveer en la esfera administrativa a su exacta observancia, o sea la facultad reglamentaria. Esta última facultad es la que determina que el Ejecutivo pueda expedir disposiciones generales y abstractas que tienen por objeto la ejecución de la ley, desarrollando y

complementando en detalle las normas contenidas en los ordenamientos jurídicos expedidos por el Congreso de la Unión. El reglamento es un acto formalmente administrativo y materialmente legislativo; partícipe de los atributos de la ley aunque sólo en cuanto ambos ordenamientos son de naturaleza impersonal, general y abstracta. Dos características separan la ley del reglamento en sentido estricto: Este último emana del Ejecutivo, a quien incumbe proveer en la esfera administrativa a la exacta observancia de la ley, y es una norma subalterna que tiene su medida y justificación en la ley. Pero aun en lo que aparece común en los dos ordenamientos, que es su carácter general y abstracto, sepáranse por la finalidad que en el área del reglamento se imprime a dicha característica, ya que el reglamento determina de modo general y abstracto los medios que deberán emplearse para aplicar la ley a los casos concretos”.⁸

Reitero que de acuerdo a nuestro régimen constitucional, sólo tiene facultades para emitir leyes el Poder Legislativo y excepcionalmente el Presidente de la República en el caso de la facultad reglamentaria. Aunado a lo anterior, debo comentar que nuestra Ley Fundamental, no establece una disposición que autorice al Ejecutivo para delegar en alguna otra persona o entidad, la referida facultad; tampoco el Poder Legislativo tiene la facultad de hacer o autorizar tal delegación.

Por tanto, La Ley Federal sobre Metrología y Normalización, es inconstitucional ya que otorga cierta libertad, que en la práctica ha rebasado cualquier límite, para dictar disposiciones administrativas de carácter general, por parte de las Secretarías de Estado, dándole así facultades que, conforme a la Constitución, sólo corresponden al titular del Poder Ejecutivo.

2.- Suponiendo sin conceder, que las normas oficiales mexicanas, tuviesen un fundamento constitucional para ser aplicadas, o suponiendo que, realmente fueran reglamentos

⁸ Semanario Judicial de la Federación, Octava Época. Tomo XV, Enero de 1995. Pág. 298. Tesis Aislada. Consultada en: CD-ROM “Jurisconsulta, compilación de jurisprudencias y tesis de la Suprema Corte de Justicia de la Nación”; Software Visual, México, 2005.

administrativos, se siguen observando grandes errores jurídicos, pues las disposiciones administrativas de carácter general, no pueden rebasar lo establecido por la ley. Al respecto puedo citar la siguiente tesis de jurisprudencia:

“REGLAMENTOS ADMINISTRATIVOS. SUS LÍMITES. Mediante el ejercicio de la facultad reglamentaria, el titular del Ejecutivo Federal puede, para mejor proveer en la esfera administrativa el cumplimiento de las leyes, dictar ordenamientos que faciliten a los destinatarios la observancia de las mismas, a través de disposiciones generales, imperativas y abstractas que detallen sus hipótesis y supuestos normativos de aplicación. Sin embargo, tal facultad... por útil y necesaria que sea, debe realizarse única y exclusivamente dentro de la esfera de atribuciones propia del Poder Ejecutivo, esto es, la norma reglamentaria actúa por facultades explícitas o implícitas que se precisan en la ley, siendo únicamente esa zona donde pueden y deben expedirse reglamentos que provean a la exacta observancia de aquélla y que, por ello, compartan además su obligatoriedad. De ahí que, siendo competencia exclusiva de la ley la determinación del qué, quién, dónde y cuándo de una situación jurídica general, hipotética y abstracta, al reglamento de ejecución competará, por consecuencia, el cómo de esos mismos supuestos. Por tal virtud, si el reglamento sólo encuentra operatividad en el renglón del cómo, sus disposiciones sólo podrán referirse a las otras preguntas (qué, quién, dónde y cuándo), siempre que éstas ya estén contestadas por la ley, es decir, el reglamento desenvuelve su obligatoriedad a partir de un principio definido por la ley y, por tanto, no puede ir más allá de ella, ni extenderla a supuestos distintos ni, mucho menos, contradecirla; luego entonces, la facultad reglamentaria no puede ser utilizada como instrumento para llenar lagunas de la ley, ni para reformarla o, tampoco, para remediar el olvido o la omisión. Por tal motivo, si el reglamento debe contraerse a indicar los medios para cumplir la ley, no estará entonces permitido que a través de dicha facultad, una disposición de tal naturaleza otorgue mayores alcances o imponga diversas limitantes que la propia norma

*que busca reglamentar, por ejemplo, creando y obligando a los particulares a agotar un recurso administrativo, cuando la ley que reglamenta nada previene a ese respecto”.*⁹

Relativo a la cita anterior, debo abundar mencionando que las dos normas oficiales mexicanas que han sido comentadas, hacen referencia a aspectos que ni en la Ley General de Salud, ni en su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, son contemplados, como la regulación específica a las ambulancias, para la atención prehospitalaria de urgencias médicas, la creación de un “centro regulador de urgencias médicas”, el perfil y actuación del técnico en urgencias médicas y, su aprobación tácita para que puedan administrar medicamentos y practicar cirugías de carácter menor.

3.- Una vez comentados los aspectos negativos, en cuanto a la aplicación de las normas oficiales mexicanas, específicamente, en la materia de estudio, debo reconocer la preocupación de las autoridades por tratar de regular el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, pues, es claro que esta actividad tiene una gran importancia en materia de salud pública, y es necesario, homologar criterios en varios puntos relativos al tema. Sin embargo, no dejaré de criticar los pocos esfuerzos por darle solución de manera correcta, a los problemas existentes en la prestación de éste servicio. Estoy consciente de que no es fácil dicha tarea, pero si no es estudiado a fondo el problema, simplemente las soluciones no serán las adecuadas.

No obstante, comprendo que las normas oficiales mexicanas, son una respuesta a las fuertes exigencias tanto nacionales como internacionales, en cuestión de homologar criterios de producción y prestación de servicios de mayor calidad. En una economía cada vez más globalizada, nuestro país, debe redoblar esfuerzos para mantener y mejorar sus estándares de calidad, pero tal parece que únicamente, han servido de disfraz, ya que no se han obtenido resultados contundentes.

⁹ Apéndice de 1995, Octava Epoca. Tomo III, Parte TCC. Pág. 544. Tesis de Jurisprudencia. Consultada en: CD-ROM “Jurisconsulta, compilación de jurisprudencias y tesis de la Suprema Corte de Justicia de la Nación”; Software Visual, México, 2005.

5. COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD Y COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD.

Hago mención, de este par de organismos públicos, ya que lo considero importante, aun cuando no contemplan, ni en lo más mínimo, la materia de atención prehospitalaria de urgencias médicas, lo cual es de lamentar, ya que puede ser una buena opción para mejorar la calidad del servicio, materia de mi análisis.

Mediante Acuerdo Presidencial, de fecha 18 de octubre de 1983¹⁰, se crearon dos comisiones interinstitucionales, la de formación de recursos humanos en salud, y la de investigación en salud, cuyos propósitos, están estrechamente ligados con la educación y la salud.

La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), es un organismo colegiado interinstitucional, que tiene el propósito de identificar las áreas de coordinación, existentes entre las instituciones educativas y las de salud, en el proceso de formación de recursos humanos para la salud, que requiera el Sistema Nacional de Salud. Asimismo, es un órgano de consulta de la Secretaría de Educación Pública y de la Secretaría de Salud.

Por su parte, la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud, se propone contribuir a la formulación de políticas de investigación en salud, y de coordinación de acciones para su ejecución y desarrollo. Las dos Comisiones, fueron creadas con el fin de lograr una prestación eficaz y oportuna, de los servicios médicos, que requieren tanto de la adecuada formación del personal de salud, como de criterios claros, y lineamientos bien definidos, para el desarrollo de la investigación en esta materia. Así, deben amalgamarse dos instituciones para lograr un sólo objetivo: elevar la calidad de la educación y vincularla con la investigación científica, impulsando así, la calidad del personal médico, reflejándose en la salud de la población.

¹⁰ Acuerdo presidencial por el que se crean la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud y la Comisión Interinstitucional para la Investigación en Salud. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de octubre de 1983.

La crítica está, en que si bien existen Instituciones con objetivos bien definidos, y que son específicamente para mejorar la calidad de la atención médica, es lamentable que no sea considerada la materia de atención prehospitalaria de urgencias médicas, dentro de sus análisis, programas, recomendaciones. Lo anterior se hace evidente, al observar los Comités y grupos Académicos que han sido creados para el mejor funcionamiento de éstas Comisiones, que de acuerdo a lo consultado en la página electrónica de la CIFRHS, son las siguientes:

*“Acupuntura Humana, Administración, Calidad, Ciencias Químicas y Farmacéuticas Aplicadas a la Salud, Editorial, Consejo Técnico para la Normatividad del Psicoterapeuta en el área de la Salud, Colposcopia, Educación Continua, Enfermería, Especialidades Médicas, Estética y Cosmetología, Estomatología, Estomatología Pediátrica, Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM), Maestrías y Doctorados, Medicina, Medicina Homeopática, Medicina Veterinaria y Zootecnia, Normatividad, Nutrición, Optometría, Ortodoncia, Prostodoncia, Psicología, Puericultura, Radio-oncología, Rehabilitación, Servicio Social, Sistema de Información de Educación en Salud (SIES), Trabajo Social y Ultrasonografía”.*¹¹

No es concebible que, siendo las urgencias médicas, un factor importante en los índices de morbilidad y mortalidad, no se genere impulso, tanto a la formación de excelentes “técnicos en urgencias médicas”, como en la investigación en materia de atención, de las urgencias médicas en su nivel prehospitalario.

A través de este capítulo, ha sido estudiada la regulación jurídica del sistema de la atención prehospitalaria de urgencias médicas, existente en los Estados Unidos Mexicanos; se ha podido analizar, parte del gran rubro comprendido dentro del derecho de la protección a la salud, que es establecido por nuestra Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y, concerniente a mi tema de estudio, lo dispuesto por la Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Aún cuando considero que las Normas Oficiales Mexicanas, no tienen una base jurídica sólida, cada vez

¹¹ Consultado en la página electrónica www.cifrhs.gob.mx.

están tomando más fuerza en el ámbito normativo, de tal suerte que, consideré oportuno hacer su análisis de las aplicables a la materia.

Debo afirmar que en la Ley General de Salud, hay bases jurídicas para que opere un adecuado sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas, pero también diré, que hay muchos vacíos al respecto, y que lamentablemente, se reflejan en muchas deficiencias en el momento de llevar a la práctica este servicio.

CAPITULO V
LA PROBLEMÁTICA EXISTENTE EN EL SISTEMA DE LA ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS EN LOS ESTADOS UNIDOS
MEXICANOS.

1.- Incertidumbre jurídica que afecta el campo de acción de las autoridades. 2.- Indiferencia de la población. 3.- Formación de técnicos en urgencias médicas. 4.- Inexistencia de investigación en materia de atención prehospitalaria de urgencias medicas. 5.- Deficiente coordinación dentro del sistema de atención prehospitalaria de urgencias medicas.

En el presente capítulo haré mención de los principales problemas que se presentan, dentro del sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas, en los Estados Unidos Mexicanos. Considero que el primer paso, para dar solución a una determinada dificultad, es identificar claramente los obstáculos presentes en dicha situación. Así, numeré los problemas que limitan el desarrollo de un adecuado sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas, lo cual, debe atenderse de una manera efectiva, pues a través del presente trabajo, he reiterado la importancia del tema de estudio y sus repercusiones directas, en los índices de mortalidad y morbilidad de la población de nuestro país.

1. INCERTIDUMBRE JURÍDICA QUE AFECTA EL CAMPO DE
ACCIÓN DE LAS UATORIDADES.

Con respecto a la labor casi nula de las autoridades, puedo desarrollar algunos aspectos que considero importantes y que menciono a continuación:

A.- Lamentablemente, ha sido notorio cierto desconocimiento respecto a la naturaleza jurídica y su regulación aplicable a nuestra materia de estudio, por parte de ciertas autoridades, principalmente en materia de salud.

Lo anterior lo he constatado pues, muchas veces se ha manifestado que el tema de estudio no tiene regulación jurídica específica, tal como lo ilustro en la siguiente declaración:

“...el problema de fondo... es que no existen instrumentos jurídicos, el marco legal no define lo que es la atención prehospitalaria, no hay artículos ni en

la Ley de Salud, ni en el Reglamento de la Ley de Salud que regule el problema de la atención prehospitalaria...”¹

El hecho de que haya muchos aspectos que poner en orden, en el sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas, no significa que haya completamente un vacío jurídico. El problema que tienen las autoridades, es que en la Ley General de Salud, no aparece en ninguna parte de su texto la expresión “atención prehospitalaria de urgencias médicas”, o alguna similar, ni el término “técnico en urgencias médicas”, por lo tanto se llega a la errónea conclusión de que no hay normatividad al respecto.

Tal como se determinó, el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, pertenece al servicio de atención de urgencias, y éste a su vez, pertenece al servicio de atención médica, por lo tanto, en cualquier precepto, tanto de la Ley General de Salud, como de su Reglamento en Prestación de Servicios de Atención Médica, donde se lea la expresión “atención médica”, por consecuencia, también se refiere a la “atención prehospitalaria de urgencias médicas”. Lo mismo ocurre para expresiones como “establecimientos para la atención médica”, que como ya se analizó, también puede referirse perfectamente a las “ambulancias” para la atención prehospitalaria de urgencias médicas. Finalmente, si en el texto jurídico se menciona “personal técnico en áreas de la salud”, debemos entender que también se hace referencia, a los “técnicos en urgencias médicas”.

De tal guisa, es obvio que la ley, no debe ser tan específica, en todo caso sería mejor un reglamento, y no se tiene por qué hacer mención de todas y cada una de las ramas técnicas y auxiliares de las áreas de la salud, o de todas las especialidades de las mismas, para que haya completa certeza de que está regulada dicha materia.

Las autoridades han estado poniendo de pretexto supuesta incertidumbre jurídica, para justificar su inactividad al respecto, lo que ocasiona la falta de vigilancia y creación de programas adecuados, para fomentar la calidad en el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas.

B.- Se ha hecho costumbre de las autoridades el afirmar que no hay una igualdad de criterios en la atención prehospitalaria de urgencias médicas, y que muchos técnicos en

¹ Entrevista realizada, dentro de la conferencia matutina del Jefe de Gobierno del Distrito Federal, a Ricardo Barreiro Pereda, Director General de Servicios Médicos y Urgencias del Distrito Federal. 31-08-2005. Entrevista consultada en la página electrónica <http://www.comsoc.df.gob.mx>

urgencias médicas, no tienen la preparación suficiente para prestar ese servicio. A guisa de ejemplo cito el siguiente reportaje:

“El 50% de las ambulancias en el D. F. son piratas.”

Más de 50 por ciento de las ambulancias que circulan en el Distrito Federal lo hacen sin control ni capacitación de su personal, lo que deriva en conflictos entre pacientes, familiares y los hospitales de la capital, aseguró la diputada local Irma Islas León...

...Hoy en día la falta de coordinación de la autoridad hace que impere el desorden y la anarquía en la prestación de tan importante servicio, tanto de la atención prestada por instituciones públicas como voluntarios...²

Con el intento de homologar el servicio, materia de mi estudio, se han creado dos normas oficiales mexicanas, que a decir verdad, han sido hasta cierto punto, letra muerta. Como ya lo mencioné oportunamente, estas normas oficiales mexicanas no son el medio adecuado para regular de manera eficaz dicha actividad. Se debe reconocer que es cierto que hay un gran número de ambulancias, que prestan el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, de una manera muy irregular, sin una regulación adecuada y con un personal que cuenta con muy poca o nula capacitación. Pero también debo señalar que el fondo del problema, radica en el profundo desconocimiento que existe al respecto, ya que sería suficiente con que las autoridades educativas competentes, se encargaran de revisar, de manera adecuada, los programas de estudios que imparten las instituciones encargadas de la formación de los técnicos en urgencias médicas, y trabajar, además, en conjunto con las autoridades sanitarias respectivas, para la opinión relativa a dichos programas de estudio. Por su parte, es deber de éstas últimas, exigir al personal a bordo de las ambulancias, que cuenten con el debido diploma o certificado otorgado por la institución en que haya obtenido dicha formación. Por lo tanto, la mayor culpa la tienen las autoridades que han abandonado consuetudinariamente, la correcta vigilancia de la prestación del servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas.

² Fuerza Informativa Azteca. *El 50% de las ambulancias en el D.F. son piratas*. Edición del 27 de abril de 2005. Consulta realizada en la página electrónica <http://cgi.todito.com/paginas/noticias>

C.- Por otra parte, es muy difícil exigir el cumplimiento cabal, de las tan ya mencionadas normas oficiales mexicanas, pues debido a que no son producto de la actividad legislativa, no tienen poder coactivo alguno, dando como resultado que tales normas, carezcan completamente de eficacia. Aunado a lo anterior, éstas disposiciones administrativas, dejando un poco de lado el aspecto jurídico, no se adecuan a nuestra realidad, verbigracia, al exigir equipo médico muy extenso o, al establecer una clasificación inadecuada de ambulancias, manifestando así, simples ideas utópicas, para este momento, de lo que debe ser el servicio de la atención prehospitalaria de urgencias médicas, en los Estados Unidos Mexicanos.

Abundando sobre las normas oficiales mexicanas, debo decir que en un aspecto jurídico, no es factible que, a través de ellas, se disponga la creación de un órgano, del cual no se determina su naturaleza jurídica, como lo es el “centro regulador de urgencias médicas”, y que en varias entidades federativas de nuestro país, ya están, relativamente, operando y, de manera consuetudinaria se le ha dado la facultad de regular, aunque de forma relativa, los servicios de atención prehospitalaria de urgencias médicas.

D.- En otro contexto, en materia de prevención de accidentes, la CONAPRA no ha reflejado su trabajo en los índices de mortalidad y morbilidad existentes en la actualidad, siendo su único medio de difusión o contacto con la sociedad, su página electrónica³, en la que hace recomendaciones para evitar accidentes, intentando hacer creer a la sociedad, con este hecho, que ya ha dado cumplimiento con su compromiso. Además, llama la atención que en el portal de internet de la Comisión Nacional para la Prevención de Accidentes, se publican, de manera sucinta, lo cual considero inapropiado, protocolos de reanimación cardiopulmonar, respiración de salvamento y cohibición de hemorragias. Lo anterior no es correcto porque, si bien es necesario difundir la cultura del conocimiento de primeros auxilios, no debe dársele a entender a la sociedad, que dichos procedimientos son tan simples que con la lectura superficial de esa información expuesta, además pobre en demasía, se pueden poner en práctica dichas maniobras.

³ Consulta realizada en la página electrónica <http://conapra.salud.gob.mx>

E.- En este punto, debo expresar mi inconformidad respecto al servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, establecido por el gobierno del Distrito Federal. Específicamente me refiero al Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas, mejor conocido como ERUM, que lamentablemente refleja la incapacidad del gobierno por mantener éste servicio de una manera aceptable, y de acuerdo con las exigencias de las autoridades sanitarias. Este organismo fue creado, equivocadamente, por la Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal, pues no tiene coherencia que el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, sea prestado por esta última. Durante el tiempo de su existencia, el ERUM, se ha caracterizado por brindar un servicio limitado, con personal medianamente capacitado y con un raquítico equipamiento. Al respecto hago referencia de los siguientes reportajes:

“Alcanza al ERUM crisis en la policía”. Admite director que no hay dinero para reparar ambulancias.

El director del Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas (ERUM), consideró que la escasez de recursos que se vive dentro de la Secretaría de Seguridad Pública (SSP) "es la más grave en 30 años", lo cual afecta en la dependencia que él encabeza.

Reconoció que muchas de las unidades médicas del cuerpo de rescate requieren de un mantenimiento mayor o deberían ser dadas de baja, puesto que ya no es conveniente repararlas.

...de acuerdo con denuncias al interior del cuerpo de rescate, más de la mitad de las ambulancias con las que trabaja están abandonadas y descompuestas por la falta de mantenimiento...⁴

Ahora atendamos, la opinión de quienes viven esa realidad a diario y sin embargo, dan su mayor esfuerzo por realizar su trabajo lo mejor posible:

“Cinco gasas, un par de guantes y un suero, insumos diarios a paramédicos del ERUM”

⁴ Rubelio Fernández. “Alcanza el ERUM crisis en la policía”. El Universal-El Universal On line, edición del 11 de mayo de 2004. Consulta realizada en la página electrónica <http://www2.eluniversal.com.mx>

Falta de ambulancias y carencias de materiales de curación es una constante con la que tienen que laborar los paramédicos del Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas (ERUM), quienes aseguran que diario sólo les dan cinco gasas, un par de guantes, una solución de suero, dos jeringas y unos analgésicos. “¿Tú crees que eso nos va a servir para atender hasta 80 emergencias por turno?, apenas para dos, cuando mucho tres pacientes”, aseguró Mauricio quien dijo que es común que los paramédicos anden pidiendo en hospitales material regalado o que hagan la “coperacha” para abastecer el botiquín...Señalaron que incluso hay ocasiones en que tienen que reparar las ambulancias cuando se trata de cosas sencillas, como ajuste de frenos, pues “solicitar la reparación a la Secretaría resulta un trámite muy burocrático que tarda varios días”...⁵

Debo mencionar que la misma suerte sufren, aunque un poco menos marcada, las ambulancias del sistema de protección civil que proporcionan el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas en, prácticamente, todo el territorio nacional. Como ya se ha mencionado, las autoridades correspondientes en materia de protección civil, tanto estatales como municipales, han establecido el servicio de ambulancias equivocadamente, y sin fundamento legal alguno, para otorgar dicho servicio, pues al igual que la Secretaría de Seguridad Pública, las autoridades de Protección Civil, han confundido o ignoran, la naturaleza jurídica de la atención prehospitalaria de urgencias médicas.

F.- Finalmente debo mencionar que en la práctica y atendiendo más a cuestiones de mercadotecnia, existen tres niveles de técnicos en urgencias médicas, según su nivel de preparación, a decir: técnico en urgencias médicas básico, intermedio y avanzado, otorgándole únicamente a este último el título de “técnico profesional”.

El problema anterior, repercute directamente a la calidad de atención que recibe el paciente, pues si por fortuna, en la ambulancia se encuentra a bordo un técnico con nivel

⁵ David Saúl Vela. “Cinco gasas, un par de guates y un suero, insumos diarios a paramédicos del ERUM”. La Crónica de hoy, edición del 03 de junio de 2003. Consulta realizada en la página electrónica <http://www.cronica.com.mx>

avanzado, el paciente recibirá una atención de mayor calidad en comparación con la que recibiría si es atendido por un técnico en urgencias médicas nivel básico. Sin embargo, la autoridad en materia educativa no ha resuelto el problema mencionado ya que no ha definido, en coordinación con la autoridad sanitaria, el perfil que debe contar el técnico en urgencias médicas.

2. INDIFERENCIA DE LA POBLACIÓN.

Durante la historia, la sociedad mexicana se ha caracterizado por tener un gran sentido humanitario. Tal vez, el ejemplo más claro fue la gran solidaridad que mostró durante el desastre ocasionado por el terremoto del 19 de septiembre de 1985; tristemente estas conductas, únicamente se presentan cuando hay catástrofes y debo añadir que, no se ha aprendido nada con referencia a tales experiencias.

Considero que la sociedad, debe adquirir mayores compromisos para el progreso conjunto de nuestra nación. Referente al tema de estudio, es necesario hacerle ver a la población, sobre la importancia de tener conocimientos de primeros auxilios. No es posible que por un lado, la gente se queje de la situación en que se vive, pero que por otro, no haga nada por mejorarla. Es decir, en muchas ocasiones, se hacen reclamos hacia el personal que brinda el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, porque se demoran en su arribo, o no les gusta la atención que brindan, pero por otra parte, no se preocupan en aprender primeros auxilios, ni cómo prevenir accidentes y en muchas ocasiones, se ignora el número telefónico para hacer el llamado de auxilio.

Adicionalmente, las autoridades correspondientes deben hacer un esfuerzo por cambiar la percepción y la cultura de la población, respecto a la prevención de accidentes y la rápida, y adecuada reacción en casos de presentarse una urgencia médica; de tales bases se debe partir para dar forma a programas dirigidos a la proliferación de quienes han dado en llamárseles “primeros respondientes”. A su vez, es necesario informar a la población, sobre sus derechos, en el supuesto de que se le brinde atención, en casos de una urgencia médica; así, se logra que la sociedad haga valer sus derechos, y por lo tanto, se presione a las autoridades para que respeten y hagan respetar tales prerrogativas.

3. FORMACIÓN DE TÉCNICOS EN URGENCIAS MÉDICAS.

Primeramente, debo destacar categóricamente, la importancia de que las autoridades correspondientes, asuman sus responsabilidades y procuren un buen desempeño de sus funciones, participando en la creación de programas educativos homólogos, en materia de atención prehospitalaria de urgencias médicas, evitando así, que cada institución dedicada a la formación de técnicos en urgencias médicas, brinde una formación marcadamente diferente de otra institución.

Por otra parte, deberían crearse programas para una mayor oferta laboral en este servicio, pues en nuestro país, se presenta el gran problema de que el personal a bordo de una ambulancia, en su mayoría es voluntario, debido a que las instituciones que se dedican a prestar el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, no tienen la capacidad económica para contar con personal remunerado, por lo tanto, se brinda este servicio en un sentido humanitario y con el fin de ayudar, más que como una actividad que represente una buena alternativa de trabajo. Considero que lo anterior es de suma importancia ya que, como se ha hecho evidente a través del presente trabajo, el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, tiene grandes repercusiones en materia de salud pública; es decir, no se puede negar la gran labor de los técnicos en urgencias médicas, principalmente de instituciones voluntarias, que a través de los años y con muy poco apoyo, han contribuido en gran medida a restablecer la salud de la población.

Al brindarle fuente de trabajo al técnico en urgencias médicas, se le obliga a que dedique completamente su tiempo a brindar su servicio, y procure una constante capacitación; con ello, se evita que descuide sus labores para atender otras actividades que pudieran proporcionarle un mayor nivel socioeconómico.

4. INEXISTENCIA DE INVESTIGACIÓN EN MATERIA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS.

Debo comentar sobre la inexistencia, en nuestro país, de una investigación formal en materia de atención prehospitalaria de urgencias médicas. En los capítulos segundo y tercero del presente trabajo, se puede apreciar claramente, cómo es que la atención prehospitalaria de urgencias médicas y su desarrollo, contribuyó en gran medida, al mismo desarrollo de la medicina. Obviamente esta relación no ha sido realmente percibida, por lo

que no se han presentado oportunidades para establecer instituciones, en la que se realice investigación, en la materia de estudio.

Por citar un ejemplo, la Cruz Roja Mexicana, pionera en la formación de técnicos en urgencias médicas, no realiza investigaciones respecto a los protocolos aplicables en la atención de una urgencia médica a nivel prehospitalario; literalmente, copia todos los procedimientos propuestos por estudios realizados y expuestos en la literatura de los Estados Unidos de América. Es decir, nuestro país no investiga ni genera protocolos de atención, adecuados a las características de la población mexicana, ocasionándose además, la dependencia total para la génesis de conocimiento. Así, la formación de nuestros técnicos en urgencias médicas, se basan, principalmente, en cursos como el ATLS, Advanced Trauma Life Support (Soporte vital avanzado en trauma); PHTLS, Prehospital Trauma Life Support (Soporte vital prehospitalario en trauma); First Responder (Primer respondiente), etcétera.

5. DEFICIENTE COORDINACIÓN EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS MÉDICAS.

Frecuentemente en una misma urgencia médica, atienden el llamado de auxilio las ambulancias de dos o más instituciones dedicadas a prestar el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, lo que ocasiona que las ambulancias vayan compitiendo durante la llegada al lugar del evento, ignorando las normas de tránsito y representando un riesgo para los demás vehículos o transeúntes. Dicha conducta, debe ser evitada pues representa un riesgo más para la sociedad, además de que hay mayor gasto de recursos económicos, pues lógicamente, alguna de las ambulancias tendrá que regresar sin haber podido atender al paciente, lo que representa un desperdicio de tiempo y dinero.

En otro contexto, es necesaria una central de radio que coordine eficazmente el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, y realice el enlace con el hospital, para facilitar la recepción del paciente, pues en muchas ocasiones, el personal a bordo de la ambulancia, tiene que ir de hospital en hospital, hasta que sea recibido el paciente.

Tal como fue comentado, la norma oficial mexicana “NOM-237-SSA1-2004, regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de urgencias médicas”,

menciona la creación de un “centro regulador de urgencias médicas”, pero debo insistir que no es el medio idóneo para crear un órgano de esta naturaleza, con las facultades necesarias para desarrollar su labor cabalmente.

Finalmente, es necesario discutir sobre la conveniencia de establecer un número telefónico único a nivel nacional, para la atención de urgencias médicas, con la finalidad de coordinar eficazmente, el servicio de la atención prehospitalaria de urgencias médicas. Además de que se da mayor confianza y seguridad a la población, ya que sólo tendrá que marcar un número telefónico para hacer el llamado de auxilio.

CONCLUSIONES

A través de la presente investigación, he concebido la importancia del tema, y a la vez me he percatado de que lamentablemente, y de los problemas en la práctica. Durante el presente trabajo expuse puntos muy relevantes, en el tema del sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas, dedicándome además, a comentar su regulación jurídica aplicable en nuestro país y exponer los problemas que se presentan cotidianamente. Bástame únicamente hacer las conclusiones correspondientes a mi tema de estudio:

1. Los avances de la ciencia y la tecnología, la concentración demográfica y la acelerada urbanización han contribuido considerablemente en el aumento, de los índices de accidentes, de las lesiones provocadas intencionalmente y de las enfermedades cardíacas, así como enfermedades crónicas de complicación súbita, causadas por una vida rutinaria, con estrés y mala alimentación, lo cual se ha visto reflejado en una deficiente calidad de salud en la población en general de nuestro país. Lo anterior debe traer como consecuencia un nuevo reto tanto para la administración pública como para el derecho administrativo, pues de manera conjunta deben producir satisfactores a las necesidades de la población, concretamente, en la búsqueda de soluciones para reducir los índices de mortalidad y morbilidad, procurando un mejor funcionamiento del sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas.

2. Los accidentes en nuestro país representan un importante lugar dentro de las principales causas de muerte de la población; además, en los casos en que no se da como consecuencia la muerte de la persona, lo más seguro es que haya un tipo de discapacidad ya sea temporal o permanente, causando gastos, en ocasiones desmedidos, en medicamentos y rehabilitación. A su vez, las enfermedades cardíacas han aumentado considerablemente, siendo un riesgo potencial ya que se puede complicar hasta producirse un paro cardiorrespiratorio, en las circunstancias menos anticipadas. Así, el objetivo de la atención prehospitalaria de urgencias médicas es el de salvaguardar la vida y la integridad física de las personas que presentan una alteración grave en su estado de salud y requieren de atención médica inmediata. Por lo tanto debe darse a ésta actividad la importancia que

realmente requiere, pues tal servicio influye directamente en la calidad de vida de las personas que lo han recibido, y por ende repercute directamente en los índices de salud pública.

3. La atención prehospitalaria de urgencias médicas, de acuerdo con su naturaleza jurídica, forma parte del derecho a la protección de la salud, consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Por tal, la materia de estudio debe ser realmente contemplada dentro del Sistema Nacional de Salud y comenzar a llevar a cabo las medidas pertinentes para establecer un sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas que brinde un servicio adecuado a la sociedad.

4. Aún cuando en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se establece el derecho a la protección de la salud, en la materia de estudio, el Estado no ha podido asegurar, de una manera eficaz tal protección de la salud en caso de que una persona presente una urgencia médica, de tal manera que la atención prehospitalaria de urgencias médicas en nuestro país ha tenido un desarrollo limitado. Así, en los Estados Unidos Mexicanos, éste servicio ha sido otorgado tradicionalmente por instituciones privadas, destacando la Cruz Roja Mexicana, y también con una intervención variable y hasta intermitente de las instituciones públicas.

5. Hace falta un gran esfuerzo por parte de las autoridades correspondientes, tanto en materia de salud, como en educación. Aún cuando tuviésemos una gran cantidad de leyes que regularan la materia de estudio, de nada sirve, si quienes deben aplicarlas no lo hacen adecuadamente. En cuanto a la regulación de las ambulancias, propongo que en lugar de que únicamente sea necesario el “aviso de funcionamiento”, para poder laborar en dicho vehículo, sea obligatoria la autorización sanitaria correspondiente. Así, las autoridades competentes obligarían a los prestadores del servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, a observar ciertos parámetros encaminados a otorgar un servicio con mayor calidad. A la vez, debo advertir que las autoridades, deben exigir el cumplimiento de ciertas condiciones para poder otorgar tal licencia, pero dichas condiciones deben apegarse a la realidad de nuestro país; es decir, gran parte de lo mencionado por las normas oficiales mexicanas, ya estudiadas, es muy difícil de llevar a cabo, lo cual ha sido también comprobado por el mismo gobierno, al no poder sustentar un eficaz servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, a través de organismos

como el Escuadrón de Rescate de Urgencias Médicas, o las ambulancias de Protección Civil.

6. La atención prehospitalaria de urgencias médicas debe ser realizada por técnicos en urgencias médicas debidamente capacitados con el fin de reducir el daño sufrido a la salud del paciente y trasladarlo al hospital más conveniente. Las autoridades educativas, conjuntamente con las de salud, deben vigilar que dicha capacitación sea adecuada, para procurar la prestación de un mejor servicio. Reitero, deben vigilarse las instituciones que se ocupan de formar y capacitar a los técnicos en urgencias médicas, en cuanto a sus programas de estudios; a su vez, las autoridades competentes en materia de salud, deben vigilar que el personal a bordo de las ambulancias, cuente verdaderamente con su certificado correspondiente que acredite sus conocimientos. Con lo anterior se garantiza también que los protocolos de atención prehospitalaria de urgencias médicas, cada vez sean más homogéneos.

7. En nuestro país no se ha formado, de una manera adecuada, la cultura de la investigación, tal vez no se ha apreciado claramente la importancia de su aplicación en cualquier materia. En materia de atención prehospitalaria de urgencias médicas, no hay antecedentes serios en los cuales se aprecie, la generación de conocimientos, trayendo como consecuencia que la prestación del servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas esté completamente basada en protocolos de atención creados en los Estados Unidos de América, de tal forma que no hay bibliografía seria creada en los Estados Unidos Mexicanos, lo cual refleja el preocupante atraso que se tiene en la materia, en comparación con otros Estados. Nuevamente, las autoridades competentes deben impulsar la investigación en materia de procedimientos de atención prehospitalaria de urgencias médicas, lo que además fomentará la homogenización de dichos procedimientos.

8. Aún cuando ni en la Ley General de Salud ni en su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, se mencionan de manera explícita los términos “atención prehospitalaria de urgencias médicas” o “técnico en urgencias médicas”, existen elementos suficientes para que las autoridades competentes vigilen eficazmente tal actividad. No se puede permitir que instituciones, tanto públicas como privadas, que prestan dicho servicio, se conduzcan de manera arbitraria y autorregulen sin ningún control adecuado de las autoridades correspondientes.

9. Además de la participación de autoridades federales para la vigilancia de la prestación del servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas, deben participar cada una de las autoridades sanitarias de las entidades federativas mediante la creación de un órgano desconcentrado, subordinado a las autoridades sanitarias respectivas, con el que se organice, controle, evalúe, coordine y vigile adecuadamente dicho servicio, que deberá satisfacer las necesidades de cada región. De tal forma que dicho organismo deberá contar con un número telefónico único para recibir llamados de auxilio y atenderlos dentro del territorio de dicha entidad; deberá además, ser el medio de coordinación entre el hospital receptor del paciente y el personal a bordo de la ambulancia, la cual puede pertenecer, indistintamente, a un organismo público que brinde dicho servicio o a una institución privada.

Como puede observarse, el CRUM debe fungir como el medio para amalgamar los diversos componentes del sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas, es decir, es el enlace entre el personal de un hospital y el de la ambulancia, por lo que un correcto funcionamiento del CRUM, a través de una clara regulación jurídica, redundaría en una mejor coordinación.

10. Anteriormente se dejó en claro la naturaleza jurídica de la atención prehospitalaria de urgencias médicas, de la cual se dijo, que pertenece al servicio de atención médica según la Ley General de Salud; por lo tanto, considero que si cada uno de los gobiernos locales pretende brindar ese servicio, debe llevarlo a cabo adecuadamente. De tal forma que propongo, que tanto el Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas (ERUM), como las ambulancias de protección civil, sean reubicadas y reorganizadas para la formación de un órgano desconcentrado, bajo el cargo de la autoridad sanitaria de cada entidad federativa. Así se asegura un adecuado fundamento jurídico y una mejor administración de recursos.

11. Nuestra sociedad se ha caracterizado por ser solidaria en tiempos de penurias, pero a la vez, en condiciones ordinarias, se caracteriza por un desinterés en el bienestar común, pensando únicamente en el bienestar particular. Preocupaciones como la condición laboral, económica y familiar hacen que las personas, se ensimismen en sus rutinas y no tomen conciencia de la importancia de contar con conocimientos que fortalecen la organización de una colectividad, como lo es el conocer de primeros auxilios; es muy

importante enfatizar, que es mucho más conveniente formar una cultura de prevención de accidentes y conocimiento de primeros auxilios, que realizar cuantiosos gastos en atención prehospitalaria, hospitalaria y de rehabilitación.

Además, deben fomentarse dichos conocimientos principalmente en centros laborales, en los cuerpos de policía, bomberos y personal docente principalmente, con el fin de propiciar la mayor existencia de lo que ha dado en llamarse “primeros respondientes”, quienes serían de valiosísima ayuda en caso de presentarse una urgencia médica.

Las urgencias médicas por lo general, ocurren en los sitios y en las circunstancias menos esperadas e incontrolables, donde excepcionalmente se cuenta con el personal capacitado para la atención de los afectados; una vez que ocurre un accidente, la muerte, la discapacidad y las lesiones severas, pueden atenuarse mediante la intervención oportuna y adecuada de personas capacitadas. En la mayor parte de los casos, las personas que entran en contacto con un lesionado en un accidente, o con el individuo que presenta una urgencia médica, es el ciudadano común. Por tanto, es indispensable crear programas para la enseñanza de primeros auxilios a la sociedad en general. Como en muchos otros campos, la educación escolar es el medio propicio para el desarrollo de la cultura de prevención de accidentes y de conocimiento de primeros auxilios; las escuelas de educación primaria y secundaria constituyen el espacio apropiado para inculcar a infantes y adolescentes dicha cultura. Así, debe exigírseles a los planteles de educación primaria y secundaria, que proporcionen dichos cursos a los alumnos, incluyéndose también las medidas de prevención de accidentes.

En adición, debe fomentarse que tales conocimientos en primeros auxilios, sean transmitidos a personal docente, policías, bomberos y a determinadas personas con perfiles específicos, dentro de centros laborales, con la finalidad de que el número de “primeros respondientes”, dentro de nuestra sociedad, vaya en aumento. Debo subrayar que dicha formación debe ser impartida de tal forma que, se incluyan principios éticos como el respeto a la persona, su dignidad y calidad en la prestación del servicio.

12. La salud no sólo es una cualidad física, sino que representa un elemento esencial para el desarrollo de una nación. La salud no es tarea que únicamente corresponda al Estado, pues es campo en el que deben concurrir armónicamente las autoridades

competentes, la sociedad en su conjunto y los individuos interesados. Sólo a través de la disciplina de la sociedad, el orden de las autoridades, la eficacia en la acción de todos y la alianza de voluntades, será posible que el derecho a la protección de la salud goce cada día de mayor efectividad.

PROPUESTA

Finalmente y después de hacer mención de todas las deficiencias que se presentan frecuentemente en el sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas, principalmente como consecuencia de la ausencia de un ordenamiento jurídico claro y preciso que lleve de la mano a nuestras autoridades correspondientes a trabajar adecuadamente y vigilar de cerca el correcto funcionamiento de cada uno de los elementos del sistema de atención prehospitalaria de urgencias médicas, propongo la creación, conforme al artículo 89, fracción primera, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de un *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Atención Prehospitalaria de Urgencias Médicas*, el cual deberá contemplar, como mínimo, los siguientes puntos y disposiciones:

- Que las ambulancias sean claramente definidas como establecimientos para la atención médica.
- Disponer que las ambulancias deban contar con licencia sanitaria, como requisito para prestar el servicio de atención prehospitalaria de urgencias médicas.
- Mencionar un listado del equipo mínimo con que debe contar la ambulancia para que se le pueda dar la licencia sanitaria correspondiente. Debo mencionar que este listado debe estar conforme a la realidad económica de nuestro país y no permitir de manera tácita, por ningún motivo, la administración de medicamentos al técnico en urgencias médicas, sino es con autorización previa de un médico.
- Definir el perfil que debe contar el técnico en urgencias médicas y eliminar los niveles, que en la práctica se manejan, de técnicos en urgencias médicas, es decir que ya no existan técnicos en urgencias médicas nivel básico, intermedio y avanzado, y en cambio se manejan sub especialidades en la materia.

- Los establecimientos en los que se presten servicios de atención médica, deberán contar con un responsable, mismo que deberá tener título, certificado o diploma, que haga constar los conocimientos respectivos en el área de que se trate.
- Deberá entenderse por atención prehospitalaria de las urgencias médica: a la otorgada al paciente, cuya condición clínica se considera que pone en peligro la vida, un órgano o su función, con el fin de lograr la limitación del daño y su estabilización orgánico-funcional, desde el primer contacto hasta la llegada y entrega a un hospital.
- La atención prehospitalaria de urgencias médicas esta conformada por las siguientes características:

a) Asistencia inmediata: se refiere a que la atención del paciente, debe ser lo más pronta posible, y sin demora alguna, ya que las probabilidades de vida, y la mejor recuperación de la persona, dependen de ello;

b) Asistencia limitada: en el momento en que es prestada la atención, ésta debe ser apegándose a ciertos protocolos previamente establecidos; de tal guisa, que el socorrista, primer respondiente o técnico en urgencias médicas, siempre debe hacer entrega del paciente al hospital más oportuno, donde se dará el tratamiento definitivo;

c) Asistencia temporal: la aplicación de los protocolos de atención prehospitalaria de urgencias médicas, siempre debe darse en un periodo de tiempo que comienza, desde el primer contacto con el paciente, y finaliza con la entrega del mismo en el hospital;

- Se entenderá por urgencia médica: el estado de necesidad apremiante, que padece una persona que ha sufrido alteraciones graves en su salud, poniendo en peligro su vida, un órgano o su función, y requiere, recibir un tratamiento inmediato y adecuado.
- Contemplar que la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) y la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud, se coordinen en sus funciones respectivas y creen un Comité para el desarrollo en materia de atención prehospitalaria de urgencias médicas.

- Se cree un Centro Regulator de Urgencias Médicas, como un organismo público desconcentrado de la Secretaría de Salud, que establezca la secuencia de las actividades específicas para la atención prehospitalaria, con la finalidad de brindar atención oportuna y especializada las 24 horas del día, los 365 días del año. Una de las funciones de este CRUM, será la creación de un número único, en todo el territorio nacional, para la atención a la población en caso de presentarse alguna urgencia médica. Este CRUM tendrá funciones de vigilancia y coordinación de la prestación del servicio de atención prehospitalaria de urgencias médica, más no tendrá el poder de decisión sobre las instituciones que brindan este servicio, es decir, al CRUM no debe atribuírsele facultades para impedir a dichas instituciones a no prestar el servicio.
- Se establezca claramente que la Comisión Federal para la Prevención de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) deberá ser el órgano encargado de vigilar el cumplimiento de este reglamento.
- Plantear la obligación de las autoridades educativas de vigilar e impulsar la regularización de los planteles encargados de la formación de recursos humanos en materia de atención prehospitalaria de urgencias médicas.
- Con el fin de que un determinado ordenamiento jurídico mantenga su eficacia, debe contemplar sanciones para exigir su cumplimiento, por tanto, es necesario incluir en este reglamento, sanciones claras en caso de incumplimiento.

Concluyo en el sentido de que el Reglamento que se propone sería con el fin de que la Administración pública, como una tarea más del Estado se viera reflejada plenamente a través del derecho, así se logra que las necesidades de la población, puedan ser satisfechas, pues la salud es un derecho consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA GENERAL.

- Babini, José. *Historia de la medicina*. 2ª edición, editorial Gedisa S.A. España, 1985, pp. I-IX, 1-204. pág. 14.
- Barquín Calderón, Manuel. *Historia de la medicina*. 8ª edición, Mendez editores, México 2004. I-XV, 400pp. Pags. 76-85
- Benedicto Chuaqui Jahiatt, *Breve Historia de la Medicina, programa de estudios médicos humanísticos*. Ediciones Universidad Católica de Chile, Chile, 2001, pág 14. pp.181.
- Bravo Peña, Federico. “Nociones de historia de la enfermería”. 4ª edición, Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja Mexicana, 1973. 204pp. Pág 65.
- Cousier, Henri. *La Croix Rouge Internationale*. Francia 1959. 174 pp, 6-9 pág .
- *Diccionario de Medicina*, 2ª ed, Editorial Complutense, Madrid, España, 2001, 855 pp.
- *Diccionario Enciclopédico Grijalbo*. Ediciones Grijalbo S.A. México, 1986, 2062 pp.
- *Diccionario Ilustrado Océano de la Lengua Española*. Editorial Océano, España 2000. 1047 pp.
- *Diccionario Terminológico de Administración de la Atención Médica*. Salvat Mexicana de Ediciones, México, 1983, 237 pp.
- *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*. Salvat mexicana de ediciones, México, 1987, 1209pp
- Dunant, Jean Henry. Moratiel Villa, Sergio. Trad. *Un recuerdo de Solferino*. Editado por el Comité Internacional de la Cruz Roja. Suiza, 1982. pp 141. 117 pág.
- *El Pequeño Larousse Ilustrado*. Ediciones Larrouse S.A. México. 2004. 1827pp.
- Eldar, Soreide. Grande, Christopher. *Prehospital trauma care*. Editorial Marcel Dekker, Inc. Estados Unidos de América, 2001. pp.I-XXIV, 806. Págs. 1-8.
- Fajardo Ortiz, Guillermo. “*Breve historia de los hospitales de la Ciudad de México*”. Asociación Mexicana de Hospitales, A.C. Sociedad Mexicana de la Historia y Filosofía de la Medicina. México, 1980. 153pp. Págs. 97-99.

- Frank, Charles Marie. *Desarrollo histórico de la enfermería*. 4ª edición, Ediciones Copilco S.A. México 1987. 350pp. Pág. 99
- Harvey, Grant Roberto. *Servicio médico de urgencias y rescate*. 5ª edición, editorial Limusa, S.A. de C.V. México, 1993, pp626, pág. 6-12.
- Hipócrates. Trad. Joseph Alsina. *Tratados médicos*. Editorial Anthropos, España, 2001, I-XIV- 167pp. VIIIpág.
- Hipócrates. Trad. Raimundo Sensmingler. *Aforismos*. 4ª edición, Premia editora, S.A., México, 1981, 67pp. Pág.7
- Hernández, Cones Juana. *Historia de la enfermería*. Editorial Interamericana Mc. Graw Hill. España. 1995. 195pp, pág. 95
- Löbel, Josef. *Historia sucinta de la medicina mundial*. Editora Espasa-Calpe Argentina S.A. Argentina, 1950, pág. 9
- Martí Ibáñez, Félix. *SURCO: Ensayos sobre la literatura, historia de la medicina, arte y psicología*. Editorial Aguilar, España, 1960. 486pp. 1385 pág.
- Martínez Morales, Rafael. *Derecho administrativo, primer y segundo curso*. 4ª edición, editorial Oxford, México, 2004. 469pp.
- Palomar de Miguel, Juan. *Diccionario para Juristas, Tomos I y II*. Editorial Porrúa S.A de C.V, México, 2000, 1716 pp.
- *Primeros Auxilios y Urgencias Extrahospitalarias*. Colección: Formación. Federación Sindical de Administración Pública., 2ª edición, Madrid España, pág.8. 73pp.
- Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española, tomo I*. Edición 22ª. España, 2001. 91, 835, 1001 pp.
- Rodríguez de Mata, Ramón. *Manual de Primeros Auxilios: Curso elemental y avanzado de adiestramiento*. Compañía Editorial Continental, México. 1978, 3 pág, 243pp.
- Rubio, Montaner Luis. *Urgencias para el médico de atención primaria*. ARAN Ediciones, S.A. España 2001. pp 426. pag 19-21.
- Rund, Douglas. *Essentials of emergency medicine*. 2a. edición, editorial Mosby-yearbook, Inc. Estados Unidos de América, 1996. 384pp. pags. 2-6

- Salinas Cantú, Hernán. *Historia y filosofía médica*. 2ª edición, editorial Mc. Graw Hill Interamericana. México, 1998. I-X, 217 pp. Pag 53.
- Schott, Heinz. Director. *Crónica de la medicina*. 3ª edición, editorial Intersistemas, S.A. de C.V. México, 2003 656pp, 24 pág.
- Soberanes Fernández, José Luis. *La protección de la salud en la Comisión Nacional de Derechos Humanos*. Comisión Nacional de Derechos Humanos. México, 2002. pp.10.
- Soto Reyna, René. *Revista del Supremo Tribunal de Justicia del Estado de Durango: Derecho a la protección de la salud, naturaleza y alcances*. Número 22-23, abril-septiembre, 1986. México. 309 pp.
- Torrado Relaño, Manuel. *Primeros Auxilios en la Actividad Fisico-deportiva*. Editorial Miñon, Madrid, España, 1978. 3 pág, 268pp.
- Valdés Aguilar, Rafael. *Hitos en la historia universal de la medicina*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México, 2001. 227 pp. 44 pág.
- Zimmerman, Clarence E. *Procedimientos Básicos de Primeros Auxilios*. 3ª edición , editorial El Ateneo, Barcelona, España. 1985, 2 pág. 218pp.

DOCUMENTOS

- Cruz Roja Mexicana, Coordinación Nacional de Capacitación. *Curso de inducción a la Cruz Roja*. México, 2003. 50pp. Pág. 10
- Cruz Roja Mexicana, Coordinación Nacional de Capacitación, Escuela Nacional de Técnicos en Urgencias Médicas. *Temas selectos de actualización TUM básico*. México 2004, 195pp. Pág. 7.
- Cruz Roja Mexicana. *Una obra de mexicanos en beneficio de la humanidad; 85 años de la historia de la Cruz Roja Mexicana*. México, 1996. 247pp. Págs. 132-134.
- David Saúl Vela. “*Cinco gasas, un par de guates y un suero, insumos diarios a paramédicos del ERUM*”. La Crónica de hoy, edición del 03 de junio de 2003. Consulta realizada en la página electrónica <http://www.cronica.com.mx>
- Entrevista realizada, dentro de la conferencia matutina del Jefe de Gobierno del Distrito Federal, a Ricardo Barreiro Pereda, Director General de Servicios Médicos y Urgencias del Distrito Federal. 31 de agosto de 2005. Entrevista consultada en la página electrónica <http://www.comsoc.df.gob.mx>

- Fuerza Informativa Azteca. *El 50% de las ambulancias en el D.F. son piratas*. Edición del 27 de abril de 2005. Consulta realizada en la página electrónica <http://cgi.todito.com/paginas/noticias>
- González Ortega, José. *El establecimiento de la Cruz Roja en México y sus primeros trabajos*. Coordinación Nacional de Juventud, Cruz Roja Mexicana. México 1945. 27pp. Págs. 1-3.
- Mateos, Iván. *Escuela militar de oficiales de sanidad*. Sedena. México, 2005. pp.105. págs. 6-9.
- Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 mayo de 2001.
- Román Morales, Fernando; Reyes Chargoy, Doraldina. *Primeros auxilios esenciales*. México, 2003. Libro electrónico disponible en internet en la página electrónica: <http://www.crid.cr>
- Rubelio Fernández. “*Alcanza el ERUM crisis en la policía*”. El Universal-El Universal On line, edición del 11 de mayo de 2004. Consulta realizada en la página electrónica <http://www2.eluniversal.com.mx>

LEYES Y REGLAMENTOS

- Ley de Planeación. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de enero de 1983. Consultada en la página electrónica <http://www.cddhcu.gob.mx>
- Ley General de Educación. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 13 de julio de 1993. Consulta realizada en la página electrónica <http://www.cddhcu.gob.mx>
- Ley General de Protección Civil . DOF 12 de mayo del 2000.
- Ley General de Salud. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984. Consultada en la página electrónica <http://www.cddhcu.gob.mx>
- Ley Federal sobre Metrología y Normalización. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1° de julio de 1992. Consultada en la página electrónica <http://www.cddhcu.gob.mx>
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 1976. Consultada en la página electrónica <http://www.cddhcu.gob.mx>

- Ley Reglamentaria del artículo 5° Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de mayo 1945. Consultada en la página electrónica <http://www.cddhcu.gob.mx>
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986. Consultada en la página electrónica <http://www.salud.gob.mx>

DECRETOS

- Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996.
- Decreto por el que se crea la Comisión Nacional para la Prevención de Accidentes. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 marzo de 1987.

ACUERDOS ADMINISTRATIVOS

- Acuerdo por el que se dan a conocer los establecimientos que deberán presentar el trámite de aviso de funcionamiento, en el marco del acuerdo que establece el sistema de apertura rápida de empresas. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 1° de marzo de 2001.
- Acuerdo por el que se establecen diversas medidas de protección tendientes a disminuir la ocurrencia y el impacto de los accidentes de tránsito. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de noviembre de 2003.
- Acuerdo presidencial por el que se crean la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud y la Comisión Interinstitucional para la Investigación en Salud. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de octubre de 1983.
- Norma Oficial Mexicana, *NOM-020-SSA2-1994 para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia*. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de abril del 2000.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-237-SSA1-2004, regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de junio del 2006.

HEMEROGRAFÍA

- *Suma. Revista de la Cruz Roja Mexicana*. Junio-julio 2005. 32pp. Pág. 2.
- Gaceta Parlamentaria de la Cámara de Diputados, número 1479 del martes 20 de abril de 2004. Consultada en la página electrónica <http://gaceta.diputados.gob.mx>
- Soto Reyna, René. *Revista del Supremo Tribunal de Justicia del Estado de Durango: Derecho a la protección de la salud, naturaleza y alcances*. Número 22-23, abril-septiembre, 1986. México. 309 pp.

JURISPRUDENCIAS

- Semanario Judicial de la Federación, Octava Época. Tomo XV, Enero de 1995. Pág. 298. Tesis Aislada. Consultada en: CD-ROM “Jurisconsulta, compilación de jurisprudencias y tesis de la Suprema Corte de Justicia de la Nación”; Software Visual, México, 2005.