



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Tesina para obtener el grado de: Licenciado en Sociología

Nombre de la Investigación:

Análisis de una profesión: El técnico en urgencias médicas en
la Ciudad de México

PRESENTA:

Luis Lennin Arredondo Alvarado

ASESORA DE TESIS:

Amelia Coria Farfán

Ciudad Universitaria, Cd. Mx.,

2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Índice:

Capítulo 1: Metodología	4
1.1 Introducción.....	4
1.2 Objetivos de la investigación.....	4
1.3 Objetivos específicos.....	4
1.4 Determinación del diseño de la investigación.....	4
1.5 Planteamiento del problema.....	5
1.6 Marco Teórico.....	6
Capítulo 2: Profesiones en México	11
2.1 Definición del concepto de profesión.....	11
2.2 Modelo para la profesionalización en México.....	19
2.3 Historia y generación del estatus de profesión.....	32
Capítulo 3: Desarrollo profesional del Técnico en Urgencias Médicas	44
3.1 Ocupación técnica.....	44
3.2 Desarrollo curricular.....	46
3.3 Legislaciones y protocolos que regulan la práctica profesional del Técnico en Urgencias Médicas.....	56
Capítulo 4: Necesidades actuales de la población de la Ciudad de México respecto del actuar social del Técnico en Urgencias Médicas	68
4.1 Situación actual de los recursos humanos que ofrecen servicios profesionales en el ramo de la atención prehospitalaria.....	68
4.2 Sistema Médico de Emergencias en la Ciudad de México.....	74
4.3 Estadísticas del Sistema Médico de Emergencias en México.....	83
4.4 Detección de fallas en el actuar del Sistema Médico de Emergencias en la Ciudad de México.....	93

Capítulo 5: Seguimiento de casos (Historias de Vida).....	99
5.1 Entrevistas a pacientes que utilizaron el Sistema Médico de Emergencias.....	100
5.2 Entrevista a Técnicos en Urgencias Médicas con participación activa.....	109
5.3 Ideal de servicio del Técnico en Urgencias Médicas.....	118
5.4 Conclusiones.....	127
Bibliografía.....	132

Nombre de la investigación.

Análisis de una profesión: El técnico en urgencias médicas en la Ciudad de México.

Autor: Luis Lennin Arredondo Alvarado

Capítulo 1: Metodología

1.1 Introducción

A lo largo de este capítulo determinaremos el método mediante el cual estableceremos el contexto y la descripción las necesidades de la profesionalización de los técnicos en urgencias médicas, asimismo se define el tipo de investigación a realizarse. Finalmente, se establecerán nuestras necesidades de información y la manera en la que esta será recopilada

1.2 Objetivos de la investigación.

Ofrecer una explicación sociológica acerca de la prestación de los servicios de urgencias médicas en la Ciudad de México e identificar tipos ideales¹ que permiten determinar elementos particulares para mejorar la labor del personal que ejerce esta profesión en México, para describir y analizar aciertos y áreas de oportunidades a mejorar en la capacitación, planeación, coordinación y desarrollo del personal para lograr mejorar la calidad del servicio en la Ciudad de México.

1.3 Objetivos específicos.

- a) Realizar una investigación descriptiva del desarrollo profesional en México, definición del concepto y su desarrollo de la profesión.
- b) Identificar del desarrollo profesional, técnico, legal y curricular de los técnicos en urgencias médicas.
- c) Identificar las necesidades actuales de la población de la Ciudad de México en materia de servicios médicos prehospitales para establecer los estándares necesarios del profesional de urgencias prehospitales.
- d) Proponer un modelo de tipo ideal para la profesionalización de los técnicos en urgencias médicas en la Ciudad de México.

¹ Según Weber, un "tipo ideal" es una construcción mental que es obtenida a partir de la exageración *mental* de determinados elementos de la realidad". Podemos interpretar esto diciendo que un tipo ideal es un concepto o representación mental cuya descripción describe un estado de hechos lógicamente posible, pero que es difícil encontrar en el mundo real.

1.4 Determinación del diseño de la investigación

Para esta investigación utilizaremos la técnica de observación directa-participante en la que, como investigador, se estará en contacto directo con el fenómeno a investigar, por tanto, se pretende con esta participación:

- a) Compilar datos estadísticos e informes oficiales para contar con información que ofrezca una explicación y comparativa cuantitativa del fenómeno para cuantificar efectos de las acciones tomadas.
- b) Analizar documentos, protocolos de acción y procedimientos oficiales para obtener datos concretos de las estrategias empleadas para cumplir con las necesidades de urgencias médicas de la población de la Ciudad de México.
- c) Aplicar entrevistas a profundidad (estudios de caso) con pacientes que han tenido la necesidad de usar el SME para determinar los aspectos que consideraron eficientes y cuales no lo fueron, partiendo de su experiencia respecto de las necesidades en la vida real.

1.5 Planteamiento del problema

El contar con un sistema médico de emergencias eficiente en la Ciudad de México se ha convertido en una necesidad de suma importancia y a la vez es una de las deudas pendientes del sistema hospitalario mexicano con su ciudadanía; es un tema en el que a pesar de tener grandes avances estos últimos años no ha crecido al ritmo necesario que la ciudad lo amerita.

Un ejemplo son las lesiones de tráfico no intencionales a escala global que causan 1.2 millones de muertes cada año, afectando a personas en edad productiva, y que quizá pueda resumirse a un tema de prevención. En México esta es una de las causas principales de mortalidad nacional y en la Ciudad de México, particularmente, se registra más de 8% en este rubro.

Para mitigar la demanda de atención hospitalaria, los sistemas prehospitalarios han sido diseñados para extender los servicios médicos a la población, ello a través de la interacción de una compleja red de transportación, comunicación, recursos materiales y humanos, recursos económicos y participación pública. Estos sistemas pueden ser diseñados de distintas maneras, por ejemplo, algunos de ellos dependiendo de la disponibilidad, capacidad y calidad de recursos y con base en las necesidades de la comunidad siempre de acuerdo a leyes y reglamentos establecidos.

En México existen varias instituciones y organizaciones que ofrecen servicios prehospitalarios sin que exista coordinación, regulación y evaluación de su

desempeño, a pesar de las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad ocasionadas por lesiones y enfermedades prevenibles para las cuales existen tratamientos efectivos aplicados durante la fase prehospitalaria. La medicina hospitalaria, por otro lado, contribuye en la reducción de morbilidad y mortalidad de lesiones que requieren pronta atención médica, por lo que es de gran importancia evaluar el desempeño del sistema y determinar las oportunidades para su futuro desarrollo.

El problema existente en este sentido es porque se ha encontrado que todos estos esfuerzos se coordinan de forma independiente y hasta cierto punto caótica, tanto por el sistema público y por asociaciones civiles, voluntariado y sistemas privados que tienen una regulación independiente sin una clara normativa que contribuya a una mejor atención prehospitalaria que permita diversificar la atención a la sociedad civil.

Según datos de la Secretaría de Seguridad Ciudadana de la Ciudad de México (SSC), existen aproximadamente 10 empresas privadas que ofrecen servicios de ambulancia y más de 100 organizaciones voluntarias encargadas de proporcionar servicios de urgencia. La responsabilidad de regular estos servicios, al no estar claramente especificada, se le atribuye parcialmente al campo de la seguridad pública puesto que el padrón que mantenía el antiguo Distrito Federal para servicios voluntarios "ha quedado en el olvido", afectando a aquellos servicios que cumplen con los requisitos de la Norma Oficial Mexicana, NOM-020-SSA20-1994 (NOM), y por tanto han surgido prestadores de servicios que cuentan con permisos, pero que no cumplen con los requisitos necesarios básicos. Aunque la NOM establece requerimientos para la prestación de servicios médicos en unidades móviles, éstos se enfocan en la descripción del equipo y estructura física de los vehículos, personal y sistemas de comunicación, dejando de lado el entrenamiento, la revisión del sistema y la evaluación, así como la transferencia de pacientes, entre muchas de las acciones efectuadas en este sentido.

El tema que se atiende principalmente en este escrito se dirige al estudio de la práctica laboral del Técnico en Urgencias Médicas (TUM), profesión que en México aún no es reconocida a pesar de que ya en algunas universidades del país se imparte la carrera llamada Técnico Superior Universitario en Urgencias Médicas (TSUUM), tal es el caso del Centro Universitario Interamericano Plantel Golfo Centro en Puebla o la Universidad Tecnológica de Usumacinta en Tabasco. Para dar cuenta de la formación profesional de estos profesionales, se pretende analizar la actividad académica y de contenidos desde el punto de vista del desarrollo de las profesiones en México, lo cual permitirá visualizar el tipo de acciones necesarias para profesionalizar la práctica de los servicios prehospitalarios.

Es preciso señalar que en la Ciudad de México no hay ninguna institución pública o privada capacitada para otorgar un certificado profesional a los (TUM o TSUUM) y en el país ninguna institución ha abierto espacios para profesionalizar, a nivel Licenciatura, esta práctica laboral.

1.6 Marco Teórico.

Desde el inicio de este trabajo, se tomará como eje central del problema, definir que es la profesión y como lograr la profesionalización de un trabajo considerado oficio o una simple práctica, por tanto, se asume que la percepción y valoración social de las profesiones, como una práctica misma, se desarrollan y varían de acuerdo con las exigencias de la producción material y espiritual de una sociedad determinada. Hipotéticamente los análisis de estas prácticas se pueden plantear desde diversos campos del saber social.

Por otro lado, desde el campo de la sociología teórica, se aborda el estudio de la profesión con base en una caracterización que se realiza del modelo liberal de práctica profesional. A dicho modelo, en su despliegue histórico y social, se le denomina “proceso de profesionalización”. Los estudios de la llamada “sociología de las profesiones” se pueden englobar en campos de interés claramente definidos. Los primeros se refieren a la forma profesional y se enfocan al estudio de los procesos de reclutamiento, socialización y organización del saber profesional. Estos se enfocan básicamente a los establecimientos escolares, los segundos, se interesan por la práctica profesional, dirigen su atención al comportamiento y papel que desempeñan las profesiones en la división social del trabajo como se puede ver en el trabajo realizado por Lic. María Helena Machado, en su publicación “Sociología de las profesiones: Un nuevo enfoque”.

También se puede analizar a las profesiones desde el punto de vista de la economía, esto se estudia vía sectores de producción; en estos casos, el interés está dirigido básicamente a revisar y entender la dinámica del mercado laboral, la oferta y demanda de profesionales por sectores de producción en un periodo de tiempo determinado.

Como es de esperarse, el panorama desde donde puede estudiarse el fenómeno profesional es vasto. Nuestro interés en el estudio de las profesiones lo hemos delimitado al campo de prácticas profesionales que se realizan en México, y ante ello nos hemos colocado en una doble perspectiva. Por un lado, nos hallamos frente a un universo poco explorado, y en consecuencia atractivo. Por otro lado, estamos

ante un objeto doble, en cuanto a su desarrollo conceptual, caracterizado con un alto grado de complejidad para su tratamiento.

Particularmente la base del estudio parte de la escuela funcionalista y a la corriente de pensamiento denominado visión crítica de la sociedad, aunque también es justo indicar que hemos considerado a un conjunto de autores (Eliot Freiddson², Peter S. Cleaves³, Philip Elliot⁴) que no se pueden incluir en ninguno de los estancos mencionados anteriormente, pero que desde nuestro punto de vista son importantes para la comprensión de la naturaleza y desarrollo de las profesiones, particularmente en países como México.

Estas corrientes, en especial la de Philip Elliot, considera a las profesiones como un grupo laboral que puede ser explicado como parte de la estructura general de la organización capitalista del trabajo, y como tales son examinados.

Para darnos a la tarea de diagnosticar el nivel de profesionalización existiría una lista interminable si se puntualizaran los atributos que cada investigador considera los más importantes, sin embargo, el resumen que hacen Jaime Martin-Moreno y Armando de Miguel⁵ al ordenar las características básicas del modelo liberal de prácticas parece ser el más adecuado para esta investigación:

1. Ocupación Técnica.
2. Idea de servicio.
3. Principio de autonomía.
4. Organización colegial.
5. Compromiso Vocacional.
6. Código de ética.
7. Peculiar relación cliente-profesionista.

Por las consideraciones precedentes, es posible aseverar que la corriente crítica de la sociedad, por sus características teórico-metodológicas, ha desempeñado el estudio en profundidad de las profesiones. En este escrito se sostiene que en

² Freidson, Eliot (1989) "Theory and the Professions," *Indiana Law Journal*: Vol. 64: Iss. 3, Article 1. Available at: <https://www.repository.law.indiana.edu/ilj/vol64/iss3/1>.

³ Cleaves S. Peter, *Las profesiones y el estado: el caso de México*, Volumen 107 de Jornadas (Colegio de México), Colegio de Mexico Centro de Estudios Sociológicos, 1985.

⁴ Elliot Philip. *Sociología de las profesiones*, Tecnos, Madrid España, 1975.

⁵ Martin-Moreno Jaime, Armando de Miguel, *La sociología de las profesiones en España*, CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas), España, 1982.

México las ocupaciones profesionales deben ser analizadas tanto en sus atributos corporativos como en su vinculación con la sociedad, particularmente en su relación con el Estado.

Por otra parte, la reflexión sociológica contemporánea en torno a las profesiones ha sido objeto de estudio que la tradición estructural funcionalista ha privilegiado. Sin embargo, para el estudio de las profesiones en países de escaso desarrollo industrial y con un poderoso aparato estatal, tanto la propuesta de la escuela funcionalista como la de la corriente crítica resultan limitadas.

En este trabajo se considera que un análisis del fenómeno profesional contemporáneo de estos países tendría que tomar en cuenta tres elementos de importancia:

- I. El profesionalismo que se desarrolla en Latinoamérica tiene una historia y una dinámica diferente al que se da en los países industrializados. Por esta razón, el modelo anglosajón de profesionalidad liberal resulta poco adecuado para el análisis de las profesiones.
- II. La llamada opción sociopolítica funda su estudio en condiciones históricas, sociales y políticas particulares de donde realizan su actividad los grupos profesionales. Su propuesta teórico-metodológica es elaborada para un tiempo y sociedad determinada.
- III. Además de retomar las sugerencias anteriores, se consideran importantes la relación de las profesiones con el Estado, asimismo resulta útil el análisis particular de los atributos que definen al modelo dominante de práctica profesional en México.

En México, el modelo dominante de práctica profesional es el ejercicio burocrático-corporativo, ejercicio que se realiza en una empresa pública o privada. Es dominante en referencia al modelo decadente y al emergente. Tomando como referencia que el modelo de práctica profesional decadente corresponde a la universidad liberal, que preparaba personas para la práctica individual y casi artesanal de la profesión, con un bagaje cultural considerable, se ha visto rebasado por la dinámica profesional actual. El modelo emergente de las prácticas profesionales también se ve rebasado (aunque sea el modelo deseable, desde el punto de vista de las necesidades sociales), al identificar estos profesionales

caracterizados por un amplio conocimiento y dominio de métodos y conceptos, más que por la acumulación de información; un profesional que posea habilidades y destrezas para construir y transformar conocimientos, que sea apto para diseñar procesos productivos y para participar activa y críticamente en el cambio que su sociedad específica necesite.

Después de esta caracterización, nos referimos a la intervención de las ciencias sociales en las áreas médicas, a este tipo de intervención se le ha denominado sociología médica -desde hace un par de años- y comúnmente abarca problemas de los derivados estrictamente de la práctica médica. Esta área de la sociología médica estudia las causas sociales y las consecuencias de la salud y la enfermedad, por esa razón nos apoyaremos en estas metodologías ya que nos ayudará a recopilar perspectivas sociológicas, así como la teoría y métodos para aplicarlos en estudios de la salud y la práctica médica.

Para tal efecto, se analizará el desarrollo de la profesionalización de los Técnicos en Urgencias Médicas desde un punto de vista teórico metodológico institucionalizado de la profesión, en este sentido, también debemos tomar en cuenta la perspectiva de la acción individual, lo que llamaríamos el rol del paciente, y esto será posible toda vez que se proceda a recopilar historias de vida que nos otorguen información privilegiada para determinar necesidades reales del sistema, tanto de los practicantes de la profesión como de quienes reciben el servicio.

Para analizar este rol del enfermo hay cuatro aspectos del sistema de expectativas propias de este rol que debemos considerar desde ahora:

- 1- Excepción de las responsabilidades normales del rol social, con la naturaleza y la gravedad de la enfermedad.
- 2- No se puede esperar que una persona enferma se recupere por un acto de decisión o deseo.
- 3- El tercer elemento constituye la definición del estado de enfermo como indispensable en sí mismo con la obligación de querer sanar.
- 4- El cuarto elemento consiste en la obligación (en proposición a la gravedad del caso) de buscar ayuda técnicamente competente, es decir, en la mayoría de los casos buscar la ayuda de un médico o un paramédico y cooperar con él, en el proceso de sanar su enfermedad, haciendo que el rol de la persona se articule con el rol del agente médico que atiende al enfermo.

La determinación de estos roles desde una perspectiva de tipos subdivididos en los casos preponderantes en los que se requiere la atención y activación del SME (Sistema Médico de Emergencias), se dividen en dos grandes grupos:

- 1- Necesidades Médicas por traumas
- 2- Necesidades Médicas por casos clínicos

Desde estos dos subgrupos evaluaremos estadísticamente los casos particulares que ocurren con mayor frecuencia en la Ciudad de México. Se tomará como punto de referencia las estadísticas ofrecidas de manera oficial, publicadas por el gobierno federal con base al nuevo sistema centralizado de recepción de emergencias en México (911).

Estos datos permitirán visualizar la importancia y necesidad de profesionalización de los Técnicos en Urgencias Médicas, y con ello se obtendrá una visión mucho más amplia de todo lo que abarca el Sistema Médico de Emergencias en la Ciudad de México y de la profesionalización de las personas que intervienen en ella, que desde esta disertación nos posibilite su análisis sociológico.

Capítulo 2: Profesiones en México

2.1 Definición del concepto de profesión

Como inicio obligado de este trabajo definimos nuestro marco de referencia al establecer los conceptos más importantes para el análisis, siendo éste el concepto de “profesión”; por otro lado, derivado del primero, desarrollamos el concepto de “profesionalismo o profesionalización”.

Desde el punto de vista epistemológico, “la palabra *“profesión”* engloba en sí mismo una idea de desinterés, ya que *“profesar”* no significa simplemente ejercer un saber, sino también creer y dar a conocer públicamente una creencia”⁶. La palabra profesión viene del latín *professio-onis*, que significa acción y efecto de profesar. El uso más común del concepto tiene diferentes usos, entre ellos, empleo, facultad u oficio que cada individuo tiene y ejerce en la vida pública (la profesión de fe, de un ideario político, etcétera) al ser así, profesión puede definirse como una actividad permanente que sirva como medio de vida y que defina el ingreso a un grupo determinado en el mundo social en el que se desenvuelve el individuo. En general, se ha definido la profesión como una actividad que monopoliza una serie de acciones privadas sobre la base de un gran acervo de conocimiento abstracto, pero de fácil empleo en la sociedad, que permite a quien lo desempeña una considerable libertad de acción y que tiene importantes consecuencias sociales, ya sea de transformación y/o adaptación con sus semejantes.

⁶ Gómez, V. M. y Tenti Fanfani, E. (1989). *Universidad y profesiones*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores. Pp. 30

El concepto formal de “*profesión*” ha cambiado a lo largo del tiempo, pues ha sido un producto de su mismo desarrollo histórico, que ha creado y cambiado sus manifestaciones de forma diversa hasta llegar a los procesos modernos en los que se hace más conocido el tema en nuestro día a día. Según análisis sociológicos en este sentido, podemos ubicar los antecedentes históricos sobre el origen de este concepto en antiguos textos hebreos en donde refieren que esta palabra era usada con relación a funciones sacerdotales -tal como lo referimos al inicio de este escrito- o bien, negocios en servicio del rey o funciones de orden político-administrativa, puesto que el vocablo significa mandar o enviar, lo que implicaba realizar una misión. Sin embargo, el concepto en el sentido contemporáneo no puede remontarse más allá de la época preindustrial, ya que es producto de la industrialización del mundo y de la división del trabajo, en la cual se inserta un concepto de profesión orientado al trabajo de todos los individuos.

Los filósofos y teóricos del siglo XIX consideraban las profesiones como una modalidad de lo que Tocqueville denominó “*corporaciones intermediarias*”⁷, éstas eran organizaciones por medio de las cuales podía institucionalizarse un nuevo orden social, en función de la renovación de la sociedad tradicional. En cambio, para Max Weber, el ejercicio de la profesión estaba vinculado al carácter religioso y en apego a la tradición cristiana y/o protestante puesto que la acción de profesar está relacionada con la voluntad individual de consagrarse a algo superior como Dios para los cristianos y protestantes, así como obedecer sin miramientos, con actitud ascética. Por otro lado, la expansión de los conocimientos técnicos, la explosión demográfica y el crecimiento de los centros urbanos en el siglo XIX, durante la revolución industrial, contribuyeron a cambiar la organización social que prevalecía hasta el momento, propiciando la creación de nuevas tareas profesionales cada vez más especializadas. “*Estos factores ayudaron a que, en el siglo XX, se iniciara la concepción de lo “profesional” como resultado de la industrialización creciente. En*

⁷ Son entendidas como los mecanismos orgánicos para la generación de un nuevo orden social. Bajo este “nuevo orden social” surge una distinción entre las ocupaciones o profesiones liberales que se distinguirán por el énfasis en el carácter intelectual, de aquellas que se diferencian por destrezas manuales.

*este contexto nuevo, era necesario reconocer este campo, y tomar en cuenta la implicación de acciones intelectuales, las cuales toman su material de la ciencia y de la instrucción práctica (..) señala, además, que el manejo de esta compilación de materiales es con un fin definido y práctico, el cual posee una técnica educativa que puede compartirse entre los individuos interesados en adquirir dichos conocimientos, que tiende a la agrupación organizada entre sus propios miembros y se vuelve cada vez más altruista*⁸.

Ya para el primer tercio del siglo XX se consideraba que un oficio alcanzaba el estatus de una “*profesión*” cuando un tipo de actividad no se ejerce más que mediante la adquisición de una formación educativa controlada, con la asunción de reglas y normas de conducta preestablecidos entre los miembros y los otros “*no*- la década de los cincuenta, se sabía que las profesiones debían tener una obligación ética al proveer servicios “*altruistas*”⁹ a la sociedad; la definición estaba basada en la comprensión de eslabones teóricos de algunas áreas de conocimiento específico y sus habilidades técnicas.

Más adelante, los análisis realizados en los años de los sesenta definían y encuadraban el concepto de “*profesión*” con la existencia de un cuerpo específico de conocimiento para ejercer acciones y actuar en la realidad de la estructura social estandarizada. En esta década se estableció que la profesión es una forma auténtica de organización gremial basada en un cuerpo de conocimiento teórico, sistemático y establecido con el acopio de conocimientos que fueron adquiridos a través de una formación educativa, facultando así que toda actividad así entrenada, pasa a ser considerada una profesión cuando supera las cinco etapas del proceso de profesionalización, en la que el trabajo se transforma en una ocupación de tiempo completo como consecuencia de las necesidades sociales así como de la ampliación y surgimiento del libre mercado de trabajo, por lo tanto, era imperante la

⁸ Gómez, V. M. y Tenti Fanfani, E. (1989). *Universidad y profesiones*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores. Pp. 118

⁹ El altruismo profesional sería la base de toda relación profesional. Las profesiones, los trabajos, o los proyectos estarán conectados no solo con los demás profesionistas sino con toda la sociedad, unos a expensas de otros, serán colaborativos, basados en el conocimiento y en la conciencia de que su trabajo favorece a lo social.

creación escuelas para el adiestramiento y formación de nuevos individuos que deseaban profesionalizarse, además, comienzan a tomar forma las asociaciones profesionales en donde se definen los propios perfiles profesionales requeridos para en la vida laboral. Del mismo modo se reglamenta la práctica profesional asegurando así el monopolio de competencia del saber y de la práctica exclusiva de dicha profesión y se adopta un renovado código de ética, con la intención de mantener así a los “*genuinos profesionales*”¹⁰.

En ese contexto social, se definió que toda profesión debería cumplir con características que permitan medir y establecer de manera tangible el grado de profesionalización de las diferentes acciones de los profesionales, ya que los profesionistas deberían tener un sueldo elevado, un estatus social alto y autonomía para su ejercicio, asimismo, diferenciar acciones de carácter personal de acciones propias de un individuo que adquirió conocimientos con los criterios y soporte de los gremios de profesionales. Desde una perspectiva derivada del funcionalismo, se explica esta posición privilegiada de los profesionistas, en la cual se identifica que existen profesiones que son socialmente estimadas, como tales se trata del desarrollo de capacidades expresadas en el dominio de conocimientos teóricos exclusivos; que garanticen el currículo en la formación y experiencia práctica en esas capacidades así como la prueba de competencias y habilidades de estos individuos; esto es producto de exámenes realizados por profesionistas antecesores¹¹ avalados por un código de conducta que acredite la integridad profesional. Este conjunto de atribuciones asegura la prestación de un servicio que se ofrece para el bien público, construyendo así la institucionalización y existencia de asociaciones que organicen y promuevan a sus miembros.

En este sentido, es preciso referir que fue en “...*la década de los setenta es donde se estableció que las profesiones conforman un conjunto de ocupaciones que han*

¹⁰ Son las personas precursoras y avaladas para ejercer los conocimientos profesionales adquiridos, por lo tanto, capacitadas para difundir y educar a más profesionistas.

¹¹ Véase el concepto de antecesores y las estratificaciones del mundo social en Schütz, Alfred, et.,al., (1973) *Las estructuras del mundo de la vida*, cap. I y II

*desarrollado un sistema de reglas derivadas de su papel especial en la sociedad, en la cual los profesionales son distintos del aficionado que podría ejercer el mismo trabajo, puesto que el profesional está dedicado de tiempo completo ya que esta actividad constituye su principal fuente de ingresos*¹². Por lo que se entiende, quien desempeña una profesión tiene una fuente motivacional y la ejerce en forma continua como parte integral de su vida cotidiana¹³, además de contar con un marco especializado de conocimientos teóricos y habilidades prácticas adquiridas durante un periodo determinado de estudios y entrenamiento avalado por pruebas estandarizadas que garantizan la correcta adquisición de lo necesario para su ejercicio.

Quien quiera obtener un título profesional, es capaz de tomar decisiones a favor de un sector específico conforme a principios éticos generales: ofrecer un servicio profesional basado en las necesidades sociales con alto espíritu de servicio. Del mismo modo, los profesionistas son capaces de consolidar asociaciones¹⁴ profesionales con el fin de definir criterios de admisión, niveles educativos, títulos, pruebas de egreso, carreras y áreas de jurisdicción como parte de atribuciones imprescindibles seleccionadas por los precursores de la profesión. En esa misma década de los setentas, Freidson¹⁵ agrega que una profesión puede ser analizada a partir de un conjunto de variables estructurales y de actitud, como una ocupación de tiempo integral, caracterizada por la pertenencia de profesionistas al interior de una organización que permite la identificación de intereses comunes entre sus miembros así como de conocimientos globales y en donde se aceptan las reglas y los modelos aprobados para identificarse, es decir, referencias a la forma como se denominarán entre ellos, a sus colegas y una manera de legitimarse en términos de igualdad. Además de todo esto, los profesionistas tienen una orientación para el

¹² Gómez, V. M. (1989). *Educación superior, mercado de trabajo y práctica profesional. Análisis comparativo de diversos estudios en México*. Cuadernos de Planeación 1 (3), 57-84.

¹³ Cfr. Schütz, Alfred y el manejo del tema la vida cotidiana como realidad suprema y el ejercicio de responsabilidades, (1973) cap. I

¹⁴ Véase Weber, Max y la importancia de las asociaciones como factores vinculantes de las relaciones sociales en: Weber Max, *Economía y Sociedad*, Fondo de cultura económica, México, 2013.

¹⁵ Freidson, E. *The theory of professions: State of the art*. En R. Dinwall y P. Lewis (Eds.), *The sociology of the professions: Lawyers, doctors and others*, London: Macmillan Press, 1985.

servicio autónomo, porque aprecian su misma profesión como una práctica que se realiza con base en un conjunto de actividades capaces de proveer su principal fuente de recursos económicos.

Estos agremiados consideran necesaria la autenticación de su profesión y hacen que estos mismos profesionales, que ejercen una ocupación, formen un grupo relativamente homogéneo. Para esto deben seguir estrategias de exclusión de individuos y restringir el acceso, esto es, aunque es necesaria la profesionalización del trabajo, también es imperante la necesidad de la creación de una elite menos numerosa que asegure un equilibrio entre la oferta y demanda social y comercial. Exigen requisitos educativos que, aunque quizá puedan tener escasa relación con la dificultad técnica y práctica del trabajo profesional, son necesarios para filtrar a los integrantes del grupo profesional. De acuerdo con esto, las asociaciones de profesionales pueden establecer estas estrategias porque el Estado otorga el derecho de practicar diversas ocupaciones a miembros acreditados por los mismos profesionistas y bajo su aval.

Por otro lado, en términos de esta revisión respecto a la continuidad histórica, en los años ochenta el concepto de profesión se podía definir como una ocupación que se regulaba a sí misma -como ya señalamos en las bases de este fundamento- mediante una capacitación sistemática y obligatoria en un ámbito universitario ya establecido e institucionalizado, fundado en conocimientos especializados y técnicos, orientándose más al servicio que hacia la obtención de utilidades monetarias (aunque no quedaba excluida esta percepción), tal principio está consagrado en su código de ética profesional. Bajo esta premisa, la profesión era considerada como un fenómeno sociocultural en el cual intervienen un conjunto de conocimientos y habilidades, tradiciones, costumbres y prácticas que dependen del contexto económico, social y cultural en el que surge y para cada sociedad específica. Tradicionalmente, el trabajo profesional ha sido una forma privilegiada de actividad en la que no todos los aspirantes eran capaces de pertenecer y del mismo modo la base para ejecutar una serie de variables caracterizadas por la diversidad de tareas en virtud de la necesidad y mejoramiento de la sociedad, así

como por altos niveles de ingresos económicos, de estatus social y de prestigio, ganado por el esfuerzo individual.

Actualmente, las profesiones se estructuran con base en la fragmentación de la producción del conocimiento, es decir, de un conocimiento general a uno particular así como de su propio ejercicio práctico como una necesidad de regular y especializar las diversas tareas practicadas por los individuos en un mismo sitio de trabajo así como reglamentar dichas formas de ejercicio de habilidades profesionales adquiridas por años de estudio, consintiendo en legitimar el ámbito escolar como la única forma social válida para acceder al conocimiento y la pertenencia a un gremio profesional. En este ámbito, las profesiones han comenzado a ser consideradas estructurantes de lo social; son autónomas en el sentido de que se encuentran formalmente establecidas, institucionalizadas y legitimadas, no sólo por un conjunto de formas y sistemas de organización social históricamente constituidas, sino también por la labor que aportan a la sociedad, para resolver problemas que llegaran a surgir en las comunidades en las que se encuentran.

Otros elementos de suma importancia -que no es posible pasar por alto en cuanto se refiere a la profesión- son su forma de legitimación intrínseca, su validez y su función; tales fenómenos se encuentran enmarcados por sus características históricas, propias de la sociedad en que han surgido y se han desarrollado. Se trata de los siguiente: de nada serviría la transmisión de conocimientos si no existe un reconocimiento por parte de la sociedad en la que intervienen. Por una parte, sus modos específicos y únicos de formación, reproducción, exclusión, certificación y evaluación dependen de las condiciones en las que nacen; por otra, de los intereses de quienes la promueven y del poder político de sus integrantes. En consecuencia, las profesiones, vistas como unidades estructurantes de la sociedad moderna, agrupan procesos y elementos de una realidad social, política e ideológica específica en la que se insertan, encontrándose formalmente establecidas y legitimadas por el sector social que las ha constituido como tales.

2.2 Modelo para la profesionalización en México

Después de este preámbulo histórico, en México, en el marco de la globalización y a partir de los años noventa, nuestro país se encuentra inmerso en el nuevo sistema neoliberal; las profesiones se han visto fuerte e inevitablemente influidas por nuevas tecnologías, lo cual propicia el surgimiento de diversas profesiones y la necesaria reorientación de otras ya existentes para no verse rebasadas e innecesarias en el contexto social actual. Por lo tanto, en este sentido, las profesiones, tal como son ahora, sólo tienen del pasado la continuidad y el recuerdo simbólico con el grupo que les dio nacimiento tradicionalmente desde la Edad Media. Sobre esto, y ante las condiciones que las nuevas necesidades del mercado global de trabajo han venido estableciendo, la profesión es definida como un grupo social de individuos que practican una disciplina; tales individuos se adhieren a patrones éticos determinados por ellos mismos, los cuales son aceptados por la sociedad como poseedores de un conocimiento y habilidades especiales obtenidos de un proceso de aprendizaje comprobado y derivado de la investigación, educación y entrenamiento de alto nivel; los profesionales reconocidos están preparados para ejercer este conocimiento y cuentan con habilidades respecto de intereses diversos de otros individuos.

De forma inseparable a la definición actual de profesión, se encuentra un código de ética necesario para asegurar el no arbitrario actuar del profesional, mismo que establece las actividades de cada profesión hacia un bien integral en común, evitando así la desviación del conocimiento adquirido, ya que esto último representa un riesgo debido a que los miembros de la sociedad conceden toda su confianza en estos profesionistas, esperando su mejor actuar posible. Este código obliga al desempeño de una conducta y práctica íntegra, con apego a las responsabilidades morales y personales de un individuo. Quienes ejercen una profesión se comprometen a asumir un compromiso explícito de comportamiento ético de frente a los servicios que serán proporcionados al público además de un trato digno con

los demás colegios profesionales que puedan existir en conjunto. Estos códigos, impuestos por la profesión, son reconocidos y aceptados por la comunidad donde se desempeñan los entes que legitiman el actuar profesional.

En México, la historia de las profesiones todavía no está completa, sin embargo, existen dos textos que contribuyen de manera significativa a su construcción intelectual y teórica. Uno es "*La historia de las profesiones en México*"¹⁶, de Francisco Arce G. y el segundo de Peter S. Cleaves: "*Las profesiones y el Estado: México*"¹⁷.

En el primero se enfrentó la colosal tarea de rastrear las tendencias dominantes del modelo de profesionalismo mexicano. En el segundo, si bien no es propiamente un trabajo de historia, realiza un sobresaliente estudio donde se aborda la particular relación de las profesiones con el Estado mexicano. Este estudio trata una presentación, en términos generales, de los hechos más sobresalientes que constituyen el nacimiento y desarrollo evolutivo de las profesiones en México, para ello se recurre al recuento de acontecimientos importantes que ilustran de manera general los avatares en términos del estatus de las profesiones por los que la sociedad mexicana tuvo que atravesar.

Así pues, en este capítulo se desarrolla la circunstancia en la que consideramos que México comenzó a alinearse a un modelo de profesionalización institucional con el mundo, es decir, el modelo liberal de práctica profesional que proviene después de la Revolución Mexicana para dar lugar a la integración de los gremios profesionales liberales al nuevo Estado moderno.

Sin duda el triunfo y fin definitivo de la revolución mexicana y con ello el comienzo de la estabilización social de México fue un momento de singular importancia en el desarrollo del profesionalismo moderno en nuestro país. A partir de este momento

¹⁶ Arce Gurza, Francisco. *Historia de las profesiones en México*. Colegio de México. 1982.

¹⁷ Cleaves Peter S. *Las profesiones y el Estado: El caso de México*. Colegio de México. 1985.

se inicia la etapa que algunos han llamado de "...la modernización de México; siendo este periodo en el que de verdad México avanzó en materia de profesionalización institucional, no se quiere decir que antes de la revolución no existieran profesiones estabilizadas en el país pero eran demasiado pocas, así como demasiado subjetivas ya que carecían de un estándar institucionalizado para todo el país, eran mejor dichas prácticas copiadas de Europa principalmente."¹⁸; Otros intelectuales simplemente califican esta etapa como un modelo de desarrollo con base en la economía mixta.

A partir de las crecientes necesidades del nuevo Estado moderno, se comienza la demanda de un mayor número de profesionales liberales y técnicos. Lo cierto es que esta nueva demanda, en un primer momento (1917-1940), concede una marcada preferencia al personal técnico por considerar que éstos eran profesionales útiles para los trabajos del nuevo Estado moderno. Al respecto hay que tomar en cuenta que México tenía un analfabetismo de aproximadamente 75% de su población, no obstante, ello no quiere decir que el restante 25% tuviera un nivel educativo que alcanzara un grado profesional, además, todavía flotaba en el ánimo social la idea de que la universidad, formadora de los profesionales liberales (para clases medias y altas mexicanas), era un bastión intelectual y cultural del anciano y recientemente derrotado régimen porfirista. Hay que tener presente que al triunfo de la revolución la universidad no era bien vista por la mayoría de la población, sin embargo, en el futuro ésta se transformaría en el principal centro de formación de profesionistas calificados para la nueva administración del país, particularmente en el periodo de despegue y estabilización económica de 1940-1968.

Existen varias razones que explican y dan una respuesta al estancamiento y al retroceso de las profesiones de carácter liberal en México a principios del 1900. En primer lugar, como ya lo mencionamos arriba, existía un claro rechazo tanto del

¹⁸ Vázquez Josefina Zoraida, et., al., *Ensayo sobre historia de la educación en México*. Colegio de México. 2014 pp. 177.

gobierno revolucionario entrante como de la sociedad en general hacia estos “*honorables caballeros*”¹⁹ comúnmente bien acomodados en la sociedad mexicana de aquellas épocas. Una de las razones que se argumentaba era que estos pertenecían a la aristocracia porfirista de la época y en cierto sentido tenían razón, solo ellos podían costear una educación profesional.

A medida en que los reclamos y exigencias de mejoramiento de las masas populares se hacían manifiestas a lo largo del tiempo y culminando con el movimiento revolucionario de 1910, la universidad se mantuvo alejada de las mayorías, siendo considerada una institución aristocrática y conservadora de la cual sólo egresaban intelectuales y profesionistas egoístas, faltos de un código de ética necesario para el mejoramiento social; en su mayoría, se dedicaban a servir a empresarios, terratenientes, clero y Estado, llevando por consiguiente a ser los principales objetivos intelectuales de todos los grupos enemigos del progreso social que se llevó a cabo.

En consecuencia, el nuevo Estado mexicano instrumenta en los años veinte y con más fuerza todavía en los años treinta, programas de apoyo para los profesionales técnicos, desdeñando la preparación de los profesionales liberales. Por su parte, la educación técnica se fundamentaba en una concepción de personas afines a los ideales revolucionarios, como una alternativa clara de democratización educativa y mostrando desprecio hacia los gremios y sus códigos de ética.

Es en este periodo cuando, en forma por demás singular y sin ocultarlo, se apoya a la educación técnica en México, y se llama a los profesionales técnicos “*los verdaderos profesionistas revolucionarios*”²⁰ como una forma de exaltar su nueva labor hacia el pueblo de México, al tiempo que los profesionales liberales son

¹⁹ Forma en la que se denominaba de manera despectiva y burlona por parte de las clases populares a los hombres de clases más altas.

²⁰ Término tomado en esos años directamente desde las ideologías comunistas que permeaban buena parte del actuar político mexicano, con el que se les conocía a los profesionales egresados de las universidades creadas posrevolución.

criticados de forma abierta por su distanciamiento respecto de las necesidades reales del país.

En el sexenio del presidente Lázaro Cárdenas del Río (1934 – 1940) existió una nueva opción profesional para los revolucionarios y sus hijos: una la universidad de inspiración no aristocrática, con esto en mente, fue fundado el Instituto Politécnico Nacional (IPN) en el año 1936, el cual daría formación a los hijos de la clase trabajadora, bajo un nuevo argumento de índole patriota: *"...el peso que la industrialización y en general la transformación "moderna", de los aparatos y técnicas de producción tenía en el programa del cardenismo, exigía un componente de recursos de capacitación superior que la universidad "humanista", orientada a la formación para la práctica libre de las profesiones no podía proporcionar"*²¹.

Por su parte y a pesar de las fuertes críticas hacia la Universidad Nacional (por considerarla todavía con ideales porfiristas), logró establecer nuevos vínculos con el gobierno, y *"...la primera prueba que dan los intelectuales de su buena voluntad hacia el nuevo gobierno estuvo representado por su colaboración entusiasta e incondicional en la tarea de reorganización de la educación nacional; probablemente nunca antes ni después en la turbulenta historia universitaria, ...hubo una comunión más completa entre los objetivos de la universidad y las demandas del gobierno revolucionario. Esta relación de "buena voluntad" no duró mucho... El idilio se rompió en 1929 con el movimiento estudiantil que demandaba el control autónomo de la formación profesional, argumentando que la educación profesional no era una prioridad del Estado y debería, por tanto, convertirse paulatinamente en responsabilidad directa de los interesados"*²².

Después de cuatro años de pugna entre la universidad y el Estado mexicano, en octubre de 1933, el presidente Abelardo Rodríguez declaró que el poder ejecutivo

²¹ Fuentes M. Olac "Las épocas de la universidad mexicana". Cuadernos Políticos. Pp. 48. No. 36. Edit. ERA. México, D. F. 1983.

²² Ídem. Pp. 70.

propondría las principales iniciativas de reforma que fueran necesarias para conceder a la universidad una plena Autonomía.

No obstante, a pesar de la desorganización económica, política y social que marcó los primeros años del término de la Revolución mexicana, seguido de la aparente estabilidad del régimen abiertamente popular del presidente Lázaro Cárdenas, en los años treinta se logró una firme intervención gubernamental en la economía nacional. Esta participación estatal activa generó, entre otras cosas, una ampliación del mercado profesional, particularmente el referido al sector público, gracias a las nuevas necesidades de expansión administrativa del Estado. Por otro lado, con relación al mercado profesional, controlado por la iniciativa privada, ciertos grupos profesionales se vieron marginados por su origen aristocrático, sobre todo en este primer periodo posrevolucionario; también es cierto que la nueva organización del capital nacional le brindaría una oportunidad inmejorable al profesional liberal perteneciente a la naciente clase media.

Durante esta etapa se creó y se apoyó sin miramientos, como nunca se había hecho, la educación técnica en México, fue una opción de democratización educativa, sobre todo para dar oportunidad a los sectores relegados de la sociedad mexicana. Finalmente, como una característica permanente del periodo que estamos analizando en estos momentos, se vio un abierto rechazo y hostigamiento a las profesiones liberales. No obstante, a pesar del rechazo del gobierno mexicano hacia el profesional liberal en sus primeros años de reorganización del Estado (1917-1940), el papel que habría de desempeñar este tipo de profesionista en los próximos años, tanto en la administración pública como en la iniciativa privada, sería de suma importancia, dado que en la década de los años cincuenta y los principios de los sesenta el profesional liberal verá consolidados sus conocimientos y prácticas laborales como nunca antes en nuestro país.

La década de los años cuarenta marcó otro punto de quiebre en el desarrollo económico y político de México. Por un lado, se abandonó el proyecto nacionalista

y popular que ayudó a la estabilización política, económica y social del país, que se había sustentado desde el triunfo de la revolución mexicana hasta el periodo post segunda guerra mundial, y por otra parte, se inició una nueva época que Cosío Villegas denominó de "*estabilidad política y avance económico mexicano*"²³.

Este momento de crecimiento se explica fundamentalmente por las condiciones económicas y políticas por las que atravesaba el mundo y con ellos México, sobre todo después del término de la segunda guerra mundial. Este periodo era el inicio del crecimiento industrial capitalista de este lado del mundo. Así, el Estado mexicano, con sus nuevos afanes modernizadores, se apoyaban en el modelo de acumulación de capital que algunos autores denominan "*La estrategia del desarrollo estabilizador*"²⁴.

A partir del régimen de Ávila Camacho comenzó en México una nueva era, fue entonces que inició el crecimiento y consolidación de la estructura profesional basada en la imperante necesidad del mundo de contar con una producción de bienes que los países involucrados en la guerra no podían producir por sí mismos, ya que toda su industria se transformó en industria militar. Este modelo de práctica profesional conoce su momento de esplendor en la década de los años cincuenta y en la primera mitad de los años sesenta, aunque también en esta última década, enfrentó un proceso de deterioro provocado por la estabilización del mundo en materia económica, más no política, ya que es el periodo de fuertes tensiones entre los dos modelos dominantes del mundo: el modelo capitalista encabezado por los Estados Unidos y el comunista fuertemente impulsado por el bloque de la URSS.

Hay que tener en cuenta que en aquel tiempo la producción de profesionales era modesta a pesar de los esfuerzos realizados por el Estado mexicano, puesto que la

²³ Cosío Villegas se refiere a el momento en el que México logró superar toda la inestabilidad política en la que aún se encontraba después de la revolución de 1910; se alcanzó una estabilidad de gobierno en la que se lograron periodos de crecimiento económico sostenido.

²⁴ El "*Desarrollo Estabilizador*" fue el periodo en que la economía mexicana se vio caracterizada por un alto crecimiento de la producción, bajas tasas de inflación y estabilidad en el tipo de cambio. Esta estrategia de desarrollo comenzó a finales de la década de los 50 y concluyó a finales de los años 60.

situación económica y social no demandaba un gran número de ellos, ya que la industria en México aún no era muy especializada. Por ejemplo, en los inicios de la década de los cuarenta había en los centros de enseñanza de educación superior de México una plantilla escolar que no superaba los veinte mil estudiantes inscritos en alguna de las licenciaturas impartidas²⁵.

Por lo que se refiere a la década de los cincuenta, el Estado mexicano comienza con la demanda urgente de profesionales para hacerse responsables del rediseño como de la implantación activa de los nuevos programas de inversión económica del Estado en sus programas específicos de servicio profesional a la comunidad. Entre ellos destacaron los programas de salud y seguridad social, el de impartición de justicia y el de educación pública ampliada. Durante este mismo periodo, el número de aspirantes a obtener un título profesional de nivel licenciatura se duplicó, llegando para 1950 a una matrícula del orden de cuarenta mil estudiantes inscritos. Gracias a las nuevas políticas de educación pública nacen los primeros Institutos Tecnológicos Regionales; se crean cinco nuevas universidades públicas en los estados y surgen las instituciones privadas de élite como lo son el Tecnológico de Monterrey²⁶, la Universidad Iberoamericana²⁷, el Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM)²⁸ y el Colegio de México (COLMEX)²⁹ por nombrar algunos centros de estudios que están firmemente institucionalizados en nuestro país.

Ello se debió a que en estos años se presentó una condición favorable para que los profesionales mexicanos se integraran al servicio público del Estado, además de la necesidad que tenía el nuevo aparato estatal de contratar técnicos profesionistas, intelectuales y en general personal preparado para desempeñar plazas de mando, hizo posible la ampliación de este sector. Por otro lado, no solo el servicio público

²⁵ Licenciaturas como contabilidad, administración, derecho y medicina eran las más demandadas, pero comenzaron a demandarse nuevas disciplinas como la enfermería y las ingenierías mecánicas y eléctricas impartidas por el IPN.

²⁶ Fundada el 6 de septiembre de 1943.

²⁷ Fundada el 7 de marzo de 1943.

²⁸ Fundada el 29 de marzo de 1946.

²⁹ Fundada el 16 de octubre de 1940.

estaba en auge, también se le mostraba a los profesionales la posibilidad de engrosar las filas del sector privado integrándose a la iniciativa industrial o bien al emergente sector de servicios que en esos años empezaba a cobrar importancia: *"...la decisión del Estado de apoyar la formación de un vigoroso empresariado nacional incidió sobre la estructura social, creando buenas oportunidades para los técnicos y profesionales que requería el desarrollo industrial"*³⁰.

Otro elemento que apoyó a la consolidación del sector profesional en este periodo fue la alta demanda de concentración urbana y el fortalecimiento de la clase media, crecimiento que nunca en la historia de México se había presentado con tal intensidad y aparente estabilidad, ya que haciendo una comparación de las clases medias urbanas y de las clases medias rurales, la que se acrecentó fue la urbana pasando del 1.7% en 1900 a un aproximado del 5.7% en 1950. Esta nueva concentración urbana no solo presionaba socialmente para su libre integración a la educación profesional, sino que también requería de más servicios profesionales, generando un círculo de mayor oferta y demanda de profesionistas, llevando así al denominado "milagro mexicano"³¹.

En este contexto, el Estado mexicano expandió un proyecto educativo de gran alcance; se proclamó responsable de la formación del nuevo ciudadano y planteó la formación escolar para el servicio social como una forma de retomar los códigos de valores éticos profesionales. De esta manera, el Estado mexicano participa y fortalece su plan con el hito de la escolarización, según el cual la educación, antes que otra actividad de la sociedad, es la palanca para redimir a los pueblos al ser la cultura y el desarrollo intelectual el mayor capital que poseen los países avanzados.

³⁰ Loeza Soledad. Clases medias y política en México (La querrela escolar. 1959-1963. Edit. El Colegio de México. México, D. F. 1988. p. 125.

³¹ A partir de 1940 México inició una etapa llamada el milagro mexicano; esta etapa se caracterizó por ser de un crecimiento sostenido del producto interno bruto y fue el cambio hacia la formación de una nación moderna e industrializada.

Así pues, el Estado mexicano, al sentar las bases de un gran proyecto nacional en materia de educación pública, puso en relieve la capacitación y el adiestramiento profesional, al suponer que en el México contemporáneo el camino para el mejoramiento personal ya no eran los movimientos huelguistas o la invasión de predios como era común en los años dorados del sindicalismo mexicano, ahora era la capacitación intelectual a través de la escalera educativa reflejada en la obtención colegiada de un título profesional, avalado ya no solo por los gremios de profesionistas universitarios sino también por el aparato Estatal.

Con este tipo de desarrollo en México del modelo capitalista (con una marcada intervención estatal) se hizo posible la consolidación de la clase media mexicana sustentada no por su pertenencia a sectores sindicales, sino a esfuerzos académicos intelectuales de cada individuo. Con esto no queremos decir que los aparatos sindicales desaparecieran de la esfera profesional, al contrario, para estos años estaban más fuertes que nunca, sin embargo, hasta ellos mismos comenzaron a exigir a los individuos altos niveles profesionales, quienes contribuirían a consolidar su fuerza política en México.

Para dar cuenta del México contemporáneo desde la década de los años cincuenta, a lo largo de los años sesenta y principios de los años ochenta, se muestran periodos en los que el desarrollo industrial del país, así como el crecimiento necesario de la burocracia pública, demandaron con urgencia diversos servicios del sector profesional. Todos estos servicios fueron altamente cotizados en el mercado del empleo y en cierto modo motivados a raíz del proceso de desarrollo económico seguido por el país; esto benefició a grandes sectores con estudios universitarios que los colocó en una inmejorable relación costo-beneficio para quienes tenían la voluntad y posibilidades de integrarse a las filas de los profesionistas. En ese momento se dio un equilibrio nunca visto en México, entre oferta y demanda de personal calificado en ámbitos técnicos profesionales, siendo esta una característica que para el mercado de trabajo profesional imprimió una marca de valor inmejorable.

Por otro lado, el comportamiento de las personas inscritas en un programa universitario en las instituciones de educación superior se había incrementado cada vez más, casi al mismo ritmo que las décadas anteriores. En 1980 llega a más de ochenta mil estudiantes inscritos en alguna licenciatura, gracias al surgimiento de trece nuevas universidades en los estados y la extensión de la red de tecnológicos regionales. Como se puede observar, el sistema comenzó a tomar dimensiones cada vez más grandes y su rápido crecimiento relativo se puede considerar que se mantiene en una moderada magnitud, sobre todo si lo juzgamos con el criterio de hoy en día. Con esta oferta potencial de profesionales, la sociedad mexicana de los sesentas y ochentas enfrentaba con ventaja la expansión de la industrialización, apoyada en la estrategia proteccionista de “*sustitución de importaciones*”³², la cual de la mano con un desarrollo asociado de la banca nacional y la naciente creación del rubro de servicios, fue multiplicando exponencialmente los puestos técnicos y administrativos que requirieron de profesionistas para su desempeño.

Por la parte pública, los aparatos del estado mexicano se diversificaron y expandieron de la misma manera que los sectores privados: la salud social, la obra de infraestructura y las instituciones de crédito público, ofrecieron nuevos campos de ocupación, lo que propició la consolidación de gremios tradicionales de profesionistas en México, sobre todo de las profesiones con mayor demanda social e institucional, como lo son los abogados, ingenieros, contadores y médicos; también funcionó para nuevas especialidades de técnicos y administradores.

Por otro lado, el largo proceso que enfrentaron para su consolidación, así como la escalada hacia las jerarquías altas e intermedias de la nueva división del trabajo, sin olvidar también la urbanización en cada ciudad ya cada vez más densamente

³² La industrialización por sustitución de importación es un modelo económico, adoptado en América Latina y en otros países en desarrollo con posterioridad a la Primera Guerra Mundial y el periodo de posguerra de la Segunda Guerra Mundial. La falta de productos elaborados provenientes de las naciones europeas industrializadas durante las guerras mundiales, e incluso durante la Gran Depresión, fue un estímulo para esta política, que también se puede definir como el dejar de importar productos extranjeros y comenzar a consumir los producidos en el país de origen.

poblada, la concentración de los ingresos y el crecimiento de nuevos estratos medios ampliaron la demanda de servicios del profesional libre, que vivió entonces su mejor momento.

Entre las variables de mayor peso que ayudan a explicar el comportamiento del mercado profesional y la consolidación de las profesiones en México de 1940 a 1990, se pueden mencionar los siguientes:

a) **Crecimiento económico y estabilidad social.** Es en este periodo donde se da la primera acumulación industrial en México y una condición laboral de pleno empleo favorable para los profesionistas.

b) **Intervención acelerada y profunda del aparato estatal en las diversas esferas de la sociedad.** Tal intervención lo fue en lo político, social, económico, educativo, trabajo, inversión de capital, etcétera.

c) **Explosión demográfica y crecimiento urbano acelerado.** Este incremento se vio favorecido por la oferta y demanda de trabajo requerida por los centros urbanos del país, haciendo que grandes cantidades de personas migraran de los centros rurales a los urbanos.

d) **Apoyo a la educación.** Se propició el incremento de matrícula en las instituciones educativas del país en todos los niveles, siendo la educación la gran palanca del progreso social.

e) **La urbanización.** Permitted el aumento consistente del proletariado industrial, así como un crecimiento acelerado de las clases medias; se amplió la demanda de servicios profesionales cada vez más, generando con ello una integración sin precedentes en la historia de México, de un número considerable de profesionales al servicio de la administración pública y privada.

A pesar de estos avances en materia económica, el modelo inició su decadencia en los años 80, época donde las economías mundiales comenzaban a verse inestables y era necesario un cambio de modelo económico político, cosa que México resintió y de forma contundente con la llegada a la presidencia de Miguel de la Madrid que mostró el fin de una época, en la que el estado dejó de ser parte integral del desarrollo económico y social de nuestro país.

México entró de lleno al modelo neoliberal en el que ya estaban la mayoría de las naciones alineadas a la economía de los Estados Unidos de Norteamérica y con esto desapareció la presencia del Estado como ente regulador de la economía nacional, dejando al libre mercado actuar sobre las necesidades de este y así autorregularse, pasando a ser el Estado una figura garante de la libertad de mercado y de seguridad de la iniciativa privada sobre su capital. Esto claramente no pasó de la noche a la mañana, fue de forma paulatina y consistentemente clara.

¿Pero cómo afectó esto a las profesiones en México?, lo fue al asumir en un modelo globalizador, dado que los estándares de profesionalismo cambiaron gracias a la llegada de capitales extranjeros a México, quienes establecieron nuevos parámetros de exigencia en la formación profesional; aunado a esto, el aumento de la población en los centros urbanos y la demanda de una mayor matrícula de las universidades públicas provocó el colapso de los servicios educativos.

Al entrar de lleno al modelo neoliberal, el Estado mexicano abandonó gran parte los programas de desarrollo social para ahora cederlos al libre mercado, por lo que el programa de desarrollo de educación pública se detuvo (la creación de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM)³³ sería una de las últimas grandes universidades públicas del país, y de ese modo dejar el terreno libre para que la iniciativa privada proveyera de estos servicios educativos, en todas las áreas.

³³ Fundada el 11 de noviembre de 1974.

A finales de los años noventa la situación en materia de educación en el país llegó al punto en el que ser un profesionista ya no garantizaba un futuro promisorio dentro del mercado laboral, y mucho menos un modo de vida estable. Las universidades comenzaron a verse rebasadas por la saturación en las solicitudes de jóvenes que deseaban ingresar, provocando movimientos estudiantiles y huelgas que mostraban el desbordamiento de los sistemas educativos en México.

En la actualidad es el libre mercado el ente que regula las necesidades de generación de profesiones. Al ser la oferta y demanda la base con la cual los centros de educación nacional forman a sus profesionistas para cumplir las necesidades del mercado, se generan nuevos escenarios. Con esto nos referimos a que, al abrirse la demanda de profesiones, las necesidades de la industria privada se encuentran en constante búsqueda de la mejor oferta profesional, obligando a los individuos a una ardua y continua capacitación profesional para alcanzar las expectativas del mercado.

Esta capacitación continua, supuestamente, no permitiría el retraso intelectual de los individuos interesados en profesionalizarse, pese a ello, el libre mercado se convierte en un agente de cambios constantes y de manera mucho más rápida que los modelos anteriores, por lo que, en un periodo corto de tiempo, los conocimientos adquiridos en las instituciones tradicionales de educación superior suelen quedarse cortos ante la demanda social.

Analizado desde esta óptica, se supondría la necesidad de una reinención de los modelos educativos dirigidos al mejoramiento de la participación de los profesionales y de esta forma equilibrar las necesidades de oferta laboral con las demandas del mercado.

2.3 Historia y generación del estatus de una profesión

La profesión termina siendo solo una palabra, un concepto con el cual parece que la sociedad incide en las actividades propias del trabajo de sus integrantes con un valor adicional a los simples procesos de actividad cotidiana. Pero, aunque tengan un carácter cotidiano, no lo hace menos valioso, a tan grado que este proceso de trabajo y producción para la sociedad es una pieza clave de la diferenciación con los animales, como lo menciona Marx “el hombre mismo se diferencia de los animales a partir del momento en que comienza a producir sus medios de vida, paso éste que se halla condicionado por su organización corporal. Al producir sus medios de vida, el hombre produce indirectamente su propia vida material”³⁴ y produciendo su propia materialidad ejercita la profesionalización y perfeccionamiento de su trabajo.

Como ya lo mencionamos anteriormente, en el proceso de profesionalización intervienen una serie de aspectos institucionalizados por la misma sociedad que le otorgan un estatus intrínseco a la obtención de un grado profesional. En el ejercicio de una profesión los profesionales cuentan obligadamente con aptitudes de formación educativa, técnica, administrativa y de conocimiento especializado para garantizar la puesta en marcha de sus capacidades intelectuales y/o físicas en todas las esferas sociales en las que se inserte.

Todo esto es parte inherente de la formación y división social en gremios de profesionistas que se avalan a sí mismos dentro de la sociedad en la que convergen; es como si el concepto de profesionalización de una actividad cotidiana añadiera un valor agregado al objeto de calificación.

En esta circunstancia es preciso retomar el concepto de profesionalización el cual se basa en el reconocimiento social, que como lo menciona Elliot, “*las ocupaciones*

³⁴ K. Marx y F. Engels, *La ideología alemana*, Grijalbo, Barcelona 1970, p. 19-20.

a las cuales la palabra profesión fue aplicada son distintos entre sí como para no tener nada en común, excepto el anhelo de prestigio”³⁵.

A continuación, se tomará como punto de partida de este escrito la definición desarrollada por Philip Elliot de “profesión” (...) *el conjunto de conocimientos, actitudes y habilidades que una persona adquiere durante un largo proceso educativo, que regularmente lo conduce a una certificación o título de carácter y reconocimiento social e institucional*³⁶. Esta definición suma y delimita de una mejor manera el concepto de lo que se entiende como profesión y no excluye otros rasgos importantes como los que constituyen las normas, tradiciones y prácticas que determinan la exclusividad sobre el ejercicio profesional al portador del título.

A modo de ejemplificar lo anteriormente dicho y ante la imperiosa necesidad de las profesiones para legitimarse a sí mismas en su entorno social, de ejercer su función y justificar su existencia, hay abundante literatura gremialista en México con un único propósito: promulgar para cada profesión su desarrollo histórico y atención de necesidades sociales a los que da respuesta, así como el estatus de la profesión como tal.

Uno de esos ejemplos es “*La proyección social del Contador Público*”³⁷, texto publicado por el Instituto Mexicano de Contadores Públicos en el año de 1985. Se lee en sus páginas un análisis de la evolución del profesional de la Contaduría Pública y en la mayoría de los capítulos refiere lo siguiente: la relación entre la función contable y el desarrollo de la sociedad, al insistir que a toda relación personal corresponde una transacción y esto es materia contable, cosa que da cabida a una amplia oportunidad de insertarse en muy diversas esferas de la sociedad. Las relaciones humanas del Contador Público se pueden considerar como parte inseparable de la profesión, ya que se pretende servir a los individuos

³⁵ Elliot Philip. *Sociología de las profesiones*, Tecnos, Madrid, 1975 Pp. 15.

³⁶ Ídem. Pp. 22.

³⁷ Vázquez Bonilla José de Jesús, *Proyección Social del Contador Público, un Enfoque Humanista*, Instituto Mexicano de Contadores Públicos. 1985.

ayudando a resolver problemas surgidos de esa convivencia. El Contador Público tiene, además, la obligación de apoyarse en un marco multidisciplinario en el que conviven la filosofía, la psicología, las matemáticas, el derecho, la economía y la ética. En estas áreas se encuentran las bases de la profesión, de la vocación y la pericia profesional para resolver los problemas que le son encomendados. Cabe señalar que se coloca al profesional de la contabilidad pública más allá de la elaboración de instrumentos administrativos y análisis financieros, pues lo convierte en colaborador directo y esencial en la toma de decisiones informadas en hechos reales plasmados e informados por ellos. El autor vierte en este libro sus conocimientos, experiencias e inquietudes como profesional mismo, los expone elocuentemente, matizados con sus estudios y aficiones tanto en materias filosóficas como artísticas.

Estos escritos nos ilustran acerca de esa necesidad de la que hablábamos de las profesiones para fortalecer su estatus profesional, todas las profesiones que actualmente están instituidas en la sociedad conllevan una historia, misma que pese a las particularidades específicas de cada una, conllevan el mismo proceso histórico que las demás.

Otro tema que fomentó el desarrollo de estas relaciones gremiales entre los profesionistas se dio como lo expone Georg Simmel *“en la edad media el hombre encuentra su pertenencia ligada a una comunidad o un Estado, a una asociación feudal o a una corporación. Su personalidad se forjaba en los círculos de intereses objetivos o locales... en las profesiones rige el predominio de las leyes, de las cosas que se despojan del sello de las personalidades individuales”*³⁸

Para Simmel siempre existirá una correlación entre el individuo y sus relaciones objetivas en el mundo (su profesión para el caso de este análisis), en un principio los individuos se veían arraigados a los productos que ellos mismos trabajaban, pero al momento de arraigarse el dinero como fuente que otorga valor a una labor, se desprende este vínculo personal y se inserta en el sentido objetivo de profesionalización, dándole un valor de intercambio a las relaciones que cumplen

³⁸ Simmel Georg, *Cultura Líquida y Dinero*, Anthropolos, Mexico, 2010. Pp.1

como profesionales en el mundo. Con esto se desprende la correlación individuo-producto para pasar al vínculo individuo-profesión. El dinero produce una despersonalización de toda propiedad, por lo que tiene valor vinculativo entre el individuo y su trabajo así como el sentido de valorización social hacia un trabajo (ofrecer un servicio) para atender múltiples necesidades sociales.

Por este hecho es que los gremios de profesionistas se encuentran empeñados en demostrar la necesidad de su labor en la sociedad, ya que “mediante la impersonalidad y la ausencia de coloración que es propia del dinero frente a todos los valores concretos” es posible que se pierda de vista el valor de una labor profesional, así que es menester de los mismos profesionistas conviertan su trabajo en estatus que favorezca la reproducción de su oficio.

“En Francia ... las asociaciones de trabajadores por rama se constituyeron de tal forma que cada asociación entregaba sus fondos a determinado gremio... estos gremios no tenían la intención de fundir las asociaciones participantes en una sola, antes bien, cada una pretendía mantener su organización particular”³⁹. Esta fusión de fondos apareció de manera casi natural e implicó no solo la aglomeración de fondos sino también de conocimientos en común, mismos que propiciaron el establecimiento de un estándar de servicio profesional, germinando así la red de gremios profesionistas como, por ejemplo, del Instituto Mexicano de Contadores Públicos.

En las sociedades actuales, en el ejercicio de ciertas profesiones, siempre se busca la generación de conocimientos teórico-prácticos que sean aplicados de forma efectiva para promover el bien común, siendo ésta una riqueza social de mayor estima entre los miembros. Para tal hecho se hizo indispensable, desde luego, la preparación intelectual del individuo social que ejercía un trabajo, sobre todo de aquellas profesiones que, por las mismas necesidades del entorno, colocaron un valor que consideraron superior a las demás actividades y oficios.

³⁹ Simmel Georg, *Cultura Liquida y Dinero*, Anthropos, Mexico, 2010. Pp.5

En un principio los profesionales eran prácticos, por lo tanto, sus estudios o funciones las realizaban en forma autodidacta, “...*basados en la experiencia de sus predecesores y, en algunos casos, abarcaban diversos campos del saber de forma orgánica no intencional*”⁴⁰. Leonardo Da Vinci, por ejemplo, se desempeñó como pintor, escultor, constructor e inventor, no de manera profesional institucionalizada, como la conocemos actualmente, sino desde una profesionalización autodidacta y con base en experiencias de sus contemporáneos y predecesores.

En América, al inicio de la época colonial, muchas veces las circunstancias orillaban a un simple peluquero o barbero que adquirió sus conocimientos de forma hereditaria a convertirse en dentista, en ocasiones químico o hasta médico y cirujano de su comunidad, llegando a tener reconocimiento de su entorno social por la labor realizada. Sin embargo, con el paso del tiempo y la eliminación del modelo estamental, fue necesaria la creación de planes de estudio metódicos y especializados que permitieran a los interesados aprender estas profesiones, acreditar sus conocimientos y recibir así el correspondiente título profesional. Una de las ciencias precursoras en este ámbito al enfrentar tal problemática fue la medicina, cuyo ejercicio adquirió mayor notoriedad y reconocimiento social al establecerse una institución denominada “*Protomedicato*”⁴¹, encargada de constatar y licenciar la preparación de quienes se dedicarían a esa actividad, no sólo en la transmisión de conocimientos de padre a hijo sino de un conjunto de estudios con sustento intelectual.

En el caso mexicano, la Universidad de México, ha promovido las profesiones que desde el siglo XVI se podían cursar en ella: eran estudios profesionales como la Teología, Sagradas Escrituras, Derecho Canónico y Romano, Artes (incluida en ella la medicina), Retórica y Gramática. En estos casos la forma de obtener un título

⁴⁰ Schutz Alfred, Luckmann Thomas. *Las Estructuras del Mundo de la Vida*. Amorrortu editores. Buenos Aires, Argentina. pp. 183.

⁴¹ Tribunal formado por los protomédicos y examinadores, que reconocía la suficiencia de los que aspiraban a ser médicos y concedía las licencias necesarias para el ejercicio de dicha facultad. Hacía también las veces de cuerpo consultivo.

profesional variaba según el tipo de que estudios que se decidía ejercer, ya que cada gremio de profesionales que las impartía contaba con diversas formas de verificar la aptitud individual para ejercer dicha profesión. En el caso de la abogacía no solo era suficiente con haber cursado aprobatoriamente en la universidad los estudios respectivos, sino que quien se quería graduar apenas había alcanzado la mitad de los requisitos para litigar como abogado, ya que era además imprescindible demostrar la práctica del derecho mediante su incorporación en un despacho; al final de tales prácticas al interesado se le sometía a un nuevo examen ante las autoridades judiciales. Así pues, un estudiante de derecho debía estar formalmente preparado para poder ejercer su profesión, razón por la cual el ejercicio de esta actividad se estimaba más valioso que muchas otras profesiones de la época. Tal característica actualmente la podemos comparar con los estudios de medicina, por ejemplo, en la cual no solo se deben cursar y aprobar los grados académicos necesarios, sino también demostrar conocimientos en un ámbito laboral real en hospitales para terminar su formación con un último examen que garantice la capacidad del egresado en medicina para el ejercicio de su profesión.

Posteriormente, en el siglo XVIII, en el periodo denominado la Ilustración, se desarrolló el pensamiento iluminista con los enciclopedistas y humanistas⁴², y gracias a ellos surge una visión educativa de tipo práctico, revalorándose las ciencias y los conocimientos de orden social y artístico. Ahora bien, dado que en ese entonces no existían roles contemporáneos como investigador de tiempo completo o especialista en tal o cual disciplina, los profesionales reproducían cada vez con mayor eficacia y eficiencia el conocimiento científico - técnico necesario que los nuevos tiempos requerían, sobre todo al ya no tener carga moral de creencias religiosas que impidieron el desarrollo de la ciencia durante la edad media. Por otro lado, debido a la diversificación de las profesiones científicas, fue menester imponer una regulación a las profesiones. Esta acción no era menor; pensemos en el cada vez mayor número de pacientes que depositan en un médico su confianza, su salud

⁴² Entre los pensadores mas relevantes, encontramos a René Descartes, Immanuel Kant, John Locke, Voltaire, Jean-Jacques Rousseau, Montesquieu, entre otros.

y hasta su propia vida, o bien abogados a quienes se les encomienda todo o buena parte del patrimonio, o el honor de una persona o familia inmersa en un asunto de índole judicial. Aún hoy, como en aquella época, se trata de profesiones que sobrellevan una gran carga de responsabilidad social y para su ejercicio profesional se requieren infinidad de conocimientos. Por ello, las legislaciones estipularon las normas generales de comportamiento ético, mismas que deben garantizar al interesado cierto tipo de conducta, es decir, actualmente la persona que ejerza una profesión tiene la obligación de conocer profundamente su materia de acción, pero también contar con una clara conciencia y vocación que le permita entender que su trabajo tiene una función fundamental en la sociedad. Ello implica la forma de ser, de pensar y el *modus vivendi* de un verdadero profesional. Como lo menciona Weber al referirse a la profesión del político (aplicable para cualquier otra profesión) ““El político debe tener: amor apasionado por su causa; ética de su responsabilidad; medida en sus actuaciones”⁴³

Quienes se dedican a analizar las características particulares de las profesiones que se dicen liberales (como la medicina, la ingeniería, la abogacía, la sociología, la arquitectura, etcétera) pronto se dan cuenta que son ciencias con larga trayectoria histórica. Su ámbito de estudio data de tiempos antiguos y el cúmulo de conocimientos se va guardando a lo largo de los años, no siempre de manera tradicional como la escrita; se pueden encontrar vestigios de conocimientos técnicos en muy diversas formas objetivas y abstractas. La unión de estos conocimientos abstractos y científicos dan como resultado, al paso del tiempo y a través de generaciones, de nuestra herencia intelectual, reflejada en costumbres, ritos, ceremonias, insignias, niveles de profesionalización, acciones, hábitos, normas, vestimentas (togas, batas, birretes, uniformes), así como festividades. Sobra decir que en esas particularidades no se presenta la idea fundamental de lo que es una profesión, pero sí ayuda a la comunicación, transmisión e identidad por donde fluye

⁴³ Weber Max, *El Político y El Científico*, Fondo de cultura económica, México, 2012. Pp. 56.

gran cantidad de información intelectual, técnica y práctica que de otra manera sería difícil asimilar.

Las profesiones nacen bajo la tutela institucional de las universidades, de hecho, se continúa siendo parte de ellas puesto que una vez que los egresados se titulan como profesionales, son ellos mismos quienes fungen como docentes; gracias a su experiencia y conocimientos, aconsejan a sus respectivas instituciones universitarias acerca del tipo y contenido de bases teórico - prácticas que sugieren debe impartirse. Esto no quiere decir que cada universidad sea un gremio cerrado, de hecho también la integran quienes, desde distintos centros de estudio especializado, contribuyen al avance de las ciencias a través de diversas investigaciones, dedicando tiempo y esfuerzo con el único afán de avanzar en la impartición de nuevos conocimientos, la promulgación de nuevas teorías y métodos de experimentación, así como a capacitarse y actualizarse por medio de diversas modalidades de posgrado que hoy en día se pueden elegir. En otras palabras, si la institución universitaria ha formado desde el medievo claustros de intelectuales, los profesionales de esa época, así como los actuales, han constituido sus propios colegios, sociedades, gremios, asociaciones y centros de conocimiento cuyo origen proviene de las bases de la tradición.

Los Colegios (entendidos como instituciones gremiales capacitadas para investigar e impartir conocimiento profesional a nuevos aspirantes) tienen algunas funciones importantes a desempeñar. El Colegio de abogados, como el de contadores, de médicos, además de contar con una antigüedad anclada en su comunidad, que avala su proceder como profesionales en su ramo, son prueba de cómo las instituciones deben adaptarse y renovarse a las circunstancias para cumplir con sus propósitos y obligaciones ante la sociedad para así sobrevivir al tiempo; asimismo, no solo se han constituido en receptáculos y depositarios de las modificaciones que sufre el ejercicio profesional, sino también se han encargado de demostrar la necesidad que tiene la sociedad por el ejercicio de su trabajo y así asegurar un lugar privilegiado para los individuos que ejercen tal o cual profesión; ello es de suma

importancia: que los colegios trabajen continuamente en engrandecer el estatus social de sus miembros, ya que al generar dicho reconocimiento, se continuará con el hito de la profesión, permitiéndole crecer y continuar siendo testigos del devenir histórico y de las resoluciones sociales que logran alcanzar en muchas partes del mundo.

En tales instituciones, ya sea colegios de profesionistas o de universidades, se formula y se actualiza el padrón de profesionales que ejercen la disciplina; se discuten y proponen los giros que deberá tomar el carácter profesional de acuerdo con las necesidades de su tiempo, a fin de someter a la consideración de las autoridades universitarias y estatales las modificaciones curriculares pertinentes. No está por demás resaltar el papel que ejercen estas asociaciones en materia de asesoramiento al momento de dictaminar nuevos procedimientos que no han sido aún bien experimentados para permitir su introducción en el mercado educativo - laboral, así como mantener comunicación con el Estado, con el objeto de intervenir en lo que se refiere a la gama de necesidades de todo tipo en todas las naciones.

Estas acciones implementadas por parte de los colegios también deben valer para que sus miembros actualicen sus conocimientos en foros especializados, clases, seminarios y prácticas laborales. Además, es tradicional que en la mayoría de los Colegios se cuente con un código de conducta ética y moral bien definido acerca del buen actuar del profesional en la materia que se ejerce, como lo desarrolla Max Weber⁴⁴ por esto es por lo que en algunos países no se permite el ejercicio de profesiones fuera de los mismos Colegios que fungen como entes reguladores. En general, estos Colegios sirven como organizaciones de defensa de las profesiones y con ella del estatus alcanzado.

Como parte de este contexto, el individuo profesional se ha esforzado durante largos años desarrollando de manera intelectual lo necesario y después especializándose

⁴⁴ Weber Max. *El Político y El Científico*. Universidad Nacional de General San Martín. Argentina. 2010.

en su ramo; es su deber también el mantenerse enterado de nuevos métodos, protocolos, información, evolución que experimenta la profesión, que por lógica es imprescindible su evolución para así mantenerse activa y vigente. Por lo tanto, se necesita también de material y recursos tecnológicos que mantengan vigente dicho nivel de profesionalidad, provocando así que los demás integrantes de la sociedad otorguen justa una retribución al profesional de acuerdo a sus aptitudes, conocimientos, responsabilidades y prestigio, pues es más que evidente el trabajo intelectual que esto supone.

Podemos asegurar que el individuo profesional interactúa directamente en función de la sociedad y del estatus que puede alcanzar dentro de la misma; nombrémoslo sentido de vocación y prestigio. Actualmente en la sociedad mexicana sigue estando presente el rasgo de distinción y estatus social por nivel de estudios adquiridos, esto es característico para determinar el éxito obtenido por un individuo frente a sus iguales. Como ya lo hemos visto en este mismo capítulo, socialmente aún impera el estatus social según los estudios que logramos completar a lo largo de nuestras vidas, determinando así las posibilidades sociales a las que podemos o no tener acceso, aunque esto actualmente no refleje el éxito económico que se busca obtener como lo era hace unos 40 años atrás donde mencionamos el periodo de auge de la profesionalización en México.

Por otra parte, cuando se habla de vocación profesional y de servicio social, nos referimos a la presión existente sobre el individuo de una compleja red de motivaciones, aspiraciones y decisiones de tipo cultural, social, económico y, sobre todo, psicológico que nos vemos obligados a manejar casi a diario para así poder determinar de forma racional la elección de profesión, ya que dicha elección suele estar motivada por una serie de factores socioculturales que determinan el actuar del individuo; si no se contara con estas motivaciones, no se podría asegurar el pleno servicio de vocación por parte de los individuos profesionistas, ya que carecerían de sentido a la hora de ejercer las actividades encomendadas, dejando de lado el valor de servicio social. Esto lo podemos ver ejemplificado en el capítulo

tres del trabajo “*La ética protestante y el espíritu del capitalismo*”⁴⁵ de Max Weber donde aborda el compromiso de la profesionalización para la satisfacción social.

Por otra parte, es preciso abordar el problema de la vocación profesional como un tema complejo, ya que en él confluyen muchos factores. Aquí destacamos tres de ellos, que nos parecen los de mayor importancia para la amalgama unificadora de la continuidad profesional por parte de los individuos. Estas variables son: el conocimiento en sí de la profesión, la capacidad de ejercerla y el gusto por practicarla.

Cuando una persona se inclina por cierta profesión o están claramente delineadas sus aptitudes para el desempeño de esta, su estudio y ejercicio se facilitan. Así se dirá que el médico tiene “ojo clínico”, que el abogado tiene criterio jurídico, entre otros ejemplos de sentido común. Si un sujeto no cuenta con estas tres variables es muy difícil que logre obtener un título profesional.

Por eso actualmente es acertado que los estudiantes de nivel bachillerato tomen un curso de orientación vocacional y aunado a ello, se les practiquen pruebas de aptitudes, de tal forma que sea mayormente visible para los individuos definir gustos y preferencias respecto de las profesiones liberales o técnicas ofrecidas en su entorno social. Esta información es fundamental para que el individuo que quiera obtener un estatus profesional amplíe su horizonte y conozca las posibilidades del quehacer profesional, para así consagrarse a la vocación en la que mejor se desempeñará.

Según el último censo realizado en México (2020) (Tabla 1.0) 59% de la población mexicana se encuentra aún con un nivel de estudios no mayor a secundaria

⁴⁵ Weber Max. *La Ética Protestante y El Espíritu del Capitalismo*. Fondo de cultura económica. Mexico. 2013.

concluida, de manera tal que los individuos con niveles de estudios superiores (18.6%) puedan ocupar de manera expedita un estatus social que les brinde una esfera de relaciones sociales distinta en la cual puedan intervenir en el reconocimiento de su profesión.

(Tabla 1.0)

Indicador	Porcentaje 2020
Media superior	21.7%
Secundaria incompleta	4.2%
Primaria completa	15%
Superior	18.6%
No especificado	0.4%
Secundaria completa	23.7%
Sin instrucción	5.8%
Primaria incompleta	10.4%

Fuente:

[INEGI Encuesta Intercensal 2020](#)

Aquí se puede ver que solo 18.6% de los individuos tienen nivel de profesionalización en los trabajos que realizan, lo que muestra que nuestro país aún se encuentra muy lejos de alcanzar niveles como los de países de Europa con porcentajes de 52.8% (Suiza) de individuos con formación superior o de la media de la Unión Europea que se encuentra en 39.9% de profesionalización.

El hecho de profesionalizar a la población de una nación garantizará un mejor resultado en sus procesos de desarrollo nacional, y como hemos visto a lo largo del presente capítulo, el desarrollo de los profesionales va de la mano con el desarrollo de las naciones y a la apertura de nuevos ciclos de ofertas y demandas de personal calificado que impulse el desarrollo integral de las demás esferas sociales que convergen a su alrededor. Es un trabajo conjunto entre Estado, libre mercado e individuos para el eficiente ejercicio y utilización de recursos intelectuales expresados en el espíritu de cada nación.

Capítulo 3: Desarrollo profesional del Técnico en Urgencias Médicas

3.1 Ocupación técnica.

En el desarrollo de este capítulo se abordará el tema central de este escrito, tal es dar cuenta, en principio, del origen de la atención prehospitalaria lo cual puede llegar a ser tema de controversia, ya que es una profesión de la que recientemente se están comenzando a realizar estudios, pero el origen de ésta en el que existe consenso por parte de la mayoría de los investigadores en estos temas es que coincide con el nacimiento de la Cruz Roja.

La Cruz Roja tiene su origen en los acontecimientos del momento histórico que sufrió Henry Dunant⁴⁶, quien tuvo quien vivió durante el periodo de fuertes combates desarrollados en la Europa de mediados del siglo XIX, en la “*Batalla de Solferino*”⁴⁷, que tuvo lugar el 24 de junio de 1859, en donde se calcula que más de seis mil personas murieron por no poder recibir atención médica. Por este motivo, Dunant organizó a un grupo de personas para realizar acciones de socorro, junto a los médicos y enfermeras de la provincia norte de Italia en donde se improvisó en una iglesia, una especie de hospital de campaña donde fueron atendidos los soldados heridos en la batalla; esto impulsó a Dunant para escribir el libro titulado “*Recuerdo de Solferino*”⁴⁸ donde planteó el fundamento de la creación de Sociedades de Socorro en todo el mundo, con el afán de atender a las víctimas de cualquier guerra sin ninguna discriminación de bando, proponiendo establecer tratados y Códigos de respeto por la vida sin miramientos, aún en situaciones de confrontación.

⁴⁶ Fue un hombre de negocios suizo, filántropo y activista de la causa humanitaria, por lo que recibió el primer Premio Nobel de la Paz junto con Frédéric Passy, en 1901.

⁴⁷ El ejército austríaco, al mando de Francisco José I, de unos 100 000 hombres fue derrotado por los ejércitos de Napoleón III de Francia y del Reino de Cerdeña, comandado por Víctor Manuel II, con una fuerza aproximada de 118 600 hombres. La batalla se enmarca en el proceso de Unificación Italiana.

⁴⁸ Dunant Henry. *Recuerdo de Solferino*. Comité Internacional de la Cruz Roja. Ginebra Suiza. 2017.

Lo escrito por Dunant en aquel libro tuvo repercusiones. En febrero de 1863, “*La Sociedad Ginebrina de Utilidad Pública*”⁴⁹ designaría una comisión encargada de recabar información, analizar y estudiar los medios para darle un efecto práctico real a las sugerencias contenidas en las palabras de Dunant. Los miembros de esta comisión se reunieron y llegaron a la conclusión de constituirse en un organismo autónomo adoptando el nombre de “*Comité Internacional de Socorros a los Heridos*”⁵⁰, naciendo entonces lo que con el devenir de los años se conocería como el “*Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR)*”⁵¹.

Así fue como la institución de la Cruz Roja Internacional actuó formalmente como respuesta a las acciones de la Conferencia Internacional de Ginebra, que tuvo lugar en octubre de 1863, en la que se discutió la necesidad de establecer asociaciones que permitieran y ejercieran acción para auxiliar a los heridos en los campos de batalla dando carácter neutral a los cuerpos encargados de prestar aquel servicio de socorro. Para esto se decidió escoger un símbolo idéntico para que todas las naciones pudieran distinguir sus cuerpos de socorro, médicos, hospitales y ambulancias. La Conferencia decidió escoger una bandera color blanco y una cruz roja en el centro, en homenaje a la nacionalidad suiza de Henry Dunant.

A partir de esta situación, México tardó algunos años en unirse al grupo de naciones reunidas en la *Convención internacional de Ginebra*, siendo hasta el año 1907 cuando el presidente Porfirio Díaz expidió el decreto en el cual México se adhiere a lo decretado en tal Convención de 1863 y el compromiso asumido para el mejoramiento de la atención de los heridos y enfermos de los ejércitos en campaña sobre el territorio nacional.

⁴⁹ Sociedad de beneficencia de su natal Ginebra encargada de determinar y evaluar propuestas de mejoramiento social.

⁵⁰ Fundada en el año de 1863 después de las determinaciones de La Sociedad Ginebrina de Utilidad Pública.

⁵¹ Es una organización imparcial, neutral e independiente, que tiene la misión exclusivamente humanitaria de proteger la vida y la dignidad de las víctimas de la guerra y de la violencia interna, así como de prestarles asistencia. La sede del CICR se encuentra en Suiza, en la ciudad de Ginebra.

Fue hasta el año 1910 cuando se establece la Cruz Roja en la Ciudad de México, aunque desde un año antes ya había coordinado servicios de ayuda en la ciudad de Monterrey como respuesta a una situación de desastre natural que dejó a más de 50% de la población en situación vulnerable, ayuda que solventó en gran medida la falta de organización social y política de la época, la Cruz Roja se estableció como una figura de relevancia social coordinando la ayuda prestada desde la capital del país hacia los estados que así lo requirieran, ganando esa estima por parte de la sociedad mexicana.

Como es natural, esta asociación ha jugado un importante papel en los acontecimientos de la revolución mexicana, auxiliando al personal militar y revolucionario en innumerables conflictos que abarcaron una buena parte del país, y todo coordinado, también desde la sede en la Ciudad de México.

Al ser reconocida oficialmente por "*La Federación Internacional de Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Medialuna Roja*" la Cruz Roja Mexicana ha ido consolidando sus servicios a nivel nacional sobre todo a partir de la década de los 50's, en donde se firma un convenio de ayuda prehospitalaria en tiempos de paz con la Secretaría de la Defensa Nacional.

Una vez acoplada institucionalmente en México, la promulgación de su actuación durante las décadas de los 70's en materia de salud y seguridad social, propició el abatimiento de índices de mortalidad por padecimientos infecciosos y traumáticos ubicados como la cuarta causa de muerte en México. En este tiempo los accidentes y actos de violencia se consideraban la primera causa de muerte en los primeros años de vida de la población; si bien los servicios de atención prehospitalaria implican un alto costo en su funcionamiento, la atención oportuna y de calidad ha repercutido de manera positiva en la disminución de los índices de mortalidad.

Así pues, la base para el adecuado funcionamiento de un sistema médico de urgencias es la atención prehospitalaria, por lo tanto, es de suma importancia la formación de un profesional competente, que sea capaz de atender la causa del daño provocado por un accidente o enfermedad. Para ello ha evolucionado en términos de formación: de ser sólo socorrista, cuya labor consiste únicamente en transportar al paciente a un centro hospitalario, a formarse como un Técnico en Urgencias Médicas, tal hecho le ha situado como un recurso capaz de proporcionar atención médica previa al arribo de una persona con lesiones o enfermedad, a un centro médico; la finalidad es mejorar las posibilidades del paciente de recuperar sus funciones al 100%. Partiendo de esto, es fundamental el establecer un perfil básico de este prestador de servicio para el proceso de formación profesional del TUM y desarrollar las funciones intelectuales necesarias que garanticen un nivel de calidad en los servicios prestados. En este sentido, se adecuaron guías de atención que tienen el propósito de establecer las fases necesarias para el desarrollo profesional de los Técnicos en Urgencias Médicas (TUM). Estas guías consignan cuatro aspectos a seguir:

- Contar con un perfil profesional riguroso y exigente en la formación del TUM.
- Unificar criterios para la formación del Técnico en Urgencias Médicas.
- Incorporar a las partes que llevan a cabo la práctica de la atención prehospitalaria (involucrar en la formación la experiencia de estos TUMs).
- Contribuir en la mejora de normas, lineamientos y programas académicos.

Ya se ha comenzado a trabajar en estos puntos, sobre todo en el perfil de competencias profesionales del Técnico en Urgencias Médicas, en el que diversas instituciones han considerado que para profesionalizar esta labor, es necesario trabajar en los siguientes aspectos:

1. Las competencias propuestas para el Técnico en Urgencias Médicas (TUM) permiten integrar el perfil profesional mínimo requerido necesario para brindar una atención adecuada a los pacientes atendidos.
2. El modelo de competencias responde a una necesidad actual, local y global, que integre valores éticos vigentes y describa los aprendizajes necesarios para lograr el nivel de competitividad del TUM, con una visión multidisciplinaria y criterios universales que favorezcan la oportuna toma de decisiones en momentos críticos.
3. El perfil de competencias del Técnico en Urgencias Médicas es congruente con los requisitos internacionales donde se señalan los atributos que debe tener todo personal que brinda atención médica prehospitalaria.
4. Dimensiona el campo de acción en el que se llevará a cabo la práctica médica prehospitalaria, correlacionando las bases de la atención prehospitalaria con el Sistema Médico de Emergencias (SME) y el Sistema Nacional de Salud, así como con los protocolos vigentes y en funcionamiento.
5. Hasta hoy la atención médica prehospitalaria es brindada por personal certificado que cuenta con muchos años de experiencia laboral, lo que hace necesario integrar un sistema de supervisión capaz de certificar y valorar la calidad de los servicios prestados, integrándolos a normativas educativas vigentes, para contribuir en los procesos de formación y de capacitación del personal.
6. Integrar documentos normativos para homologar criterios en la formación del TUM, esto es indispensable para la regulación intelectual de los individuos, con criterios que permitan supervisar y evaluar la formación, haciendo posible el correcto otorgamiento de una certificación.

7. Las competencias propuestas deben ser institucionalizadas para que el personal que desee desempeñar la profesión de TUM se maneje con la calidad esperada y sea capaz de competir con los estándares internacionales.
8. La formación del TUM deberá contar con una base intelectual y educativa disponible para otros profesionales participantes en el tema de la atención prehospitalaria u otros espacios disciplinarios en el campo de la salud, sin considerarla como profesión cerrada, permitiendo así la especialización e integración multidisciplinaria.
9. La certificación o título del TUM debe ser otorgada por una institución rectora centralizada, independiente, con calidad ética y moral y con reconocimiento social, asesorada por un comité de expertos relacionados con la práctica y el ejercicio de la profesión, que además establezca los criterios de certificación con un sistema de evaluación confiable, válida y transparente, que cuente con validez nacional e internacional.
10. El perfil de competencias debe cumplir con las recomendaciones de instituciones internacionales como el "*Essential Trauma Care Programme del Injuries and Violence Prevention Department del World Health Organization*"⁵² para países como México y América Latina en materia de la atención prehospitalaria, que garanticen el desarrollo de estándares mínimos de formación intelectual, así como de aptitudes y habilidades para la acreditación como Técnico en Urgencias Médicas.

⁵² World Health Organization (Organización Mundial de la Salud). Es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. Inicialmente fue organizada por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas que impulsó la redacción de los primeros estatutos de la OMS. La primera reunión de la OMS tuvo lugar en Ginebra en 1948.

Derivado de lo anterior, los Técnicos en Urgencias Médicas tienen como misión primordial ofrecer atención prehospitalaria de calidad, así como velar por la salud y la integridad del individuo que requiera el servicio a través de las técnicas y valores éticos que sobrepongan la dignidad humana. Con esto podemos indicar el objetivo con el que debe enfilarse la profesionalización de los Técnicos en Urgencias Médicas al crear un perfil profesional técnico de la Atención Prehospitalaria con sentido humanista, cooperativo, con actitud y aptitud eficiente en la operación, la docencia e investigación para salvaguardar la salud y la vida del ser humano, de la mano con avances tecnológicos e intelectuales que permitan un mejoramiento continuo de los estándares de atención social.

Del mismo modo como ya lo comentamos, todo TUM debe contar con una serie de competencias técnicas, éticas y profesionales que avalen la atención que brindan. A continuación, enlistaremos una serie de competencias necesarias a considerar en la profesionalización de este oficio:

- **COMPETENCIA GLOBAL:** Todo Profesional de la atención prehospitalaria debe ser competente para identificar, evaluar, intervenir y tomar decisiones en situaciones de emergencia médica para velar por la vida humana como eslabón primordial y prevenir o reducir en su mínima expresión lesiones subsecuentes, con base en el conocimiento teórico, habilidades prácticas, destrezas motoras y actitudes adquiridas a lo largo de su formación, empleando para ello la tecnología vigente, siempre respetando la dignidad, costumbres y creencias de los usuarios, tratándolos de manera neutral y comprometida, trabajando con el equipo multidisciplinario de salud que conforma los otros eslabones del Sistema Médico de Emergencias.

- **COMPETENCIA CONCEPTUAL:** El TUM debe ser competente para la utilización de los fundamentos teóricos-prácticos-filosóficos sobre la atención médica prehospitalaria, así como para evaluar y determinar las situaciones que pongan en un riesgo su persona y la del paciente que requiera de la atención médica de emergencia.
- **COMPETENCIA METODOLÓGICA:** Competente para aplicar la metodología clínica de carácter científico con nivel educativo, documental y administrativo para el manejo de los protocolos en materia de atención médica prehospitalaria, así como para realizar actividades de carácter administrativo, de docencia y/o investigación con el fin de lograr el mejoramiento profesional.
- **COMPETENCIA INTERPERSONAL:** el TUM debe ser competente para recomendar atención prehospitalaria, trabajando de manera coordinada en equipo con compromiso y responsabilidad social, siempre guiándose por valores éticos de la profesión, teniendo precaución de cuidar la integridad de los usuarios del servicio de acuerdo a los estándares nacionales e internacionales vigentes, interactuando en todo momento con los familiares y responsables legales.
- **COMPETENCIA CONTEXTUAL:** el profesional de la atención prehospitalaria debe ser capaz de brindar atención afrontando situaciones inherentes a los diversos agentes del contexto sociocultural en el que pueden suceder los eventos; respetando los usos y costumbres, así como adecuar el procedimiento vigente a las necesidades de la población con capacidad para resistir presión social, sin dejar de mantener la calidad y estándares mínimos para ofrecer el servicio profesional en el que fue preparado.

Estas competencias están basadas en el modelo descrito por Barrón M., Flores Y., Suástegui A., de Vries W. en su publicación “*Las competencias y la educación universitaria*”⁵³ en donde se exponen los tipos de competencias y las habilidades que se requieren para lograr establecer un nivel de profesionalismo necesario para su desempeño en el entorno que le rodea.

3.2 Desarrollo Curricular.

Para establecer un marco de referencia respecto del desarrollo de la profesionalización del Técnico en Urgencias Médicas, a continuación se presentan las etapas del proceder operativo en situaciones de la vida real para así establecer el proceso de desarrollo formativo/educativo que coadyuven a dar sustento y fundamentar los conocimientos que debe reunir un profesional de la atención prehospitalaria; con ello se pretenden lograr ciertos acuerdos en los perfiles y estándares de conocimientos a transmitirse por las entidades educativas encargadas de formar a estos individuos, basadas en criterios éticos y de conocimientos acerca del proceder del profesional.

⁵³ Barrón, M., Flores, Y., Suástegui, A., de Vries, W., *Las competencias y la educación universitaria, una exploración*, *Ide@s CONCYTEG*, 3(39), 155-173, 2008.

Etapas del proceso operativo de atención prehospitalaria

1.- Preparación	5.- Evaluación y Atención
Proceso de aseguramiento de las condiciones óptimas de operación antes de la respuesta.	Evaluar, asistir y limitar el daño de manera integral y ordenada, de acuerdo con la normatividad del control médico.
2.- Respuesta	6.- Traslado
Administrar y responder a las llamadas que demandan atención médica de urgencias y el envío organizado de la respuesta, para acudir de forma oportuna y segura al escenario requerido	Trasladar pacientes de manera segura, de forma oportuna y en el tiempo adecuado, mediante enlace y notificación de la condición clínica del usuario, será el centro regulador quien asignará la unidad médica receptor, de conformidad con la normatividad del control médico.
3.- Control de escena	7.- Referencia
Evaluar la seguridad, mecanismo del daño, número de afectados en el escenario, así como controlar y actuar de manera organizada y consecuente.	Transferir al usuario al personal autorizado y facultado de la unidad hospitalaria receptora, acompañado de un reporte de atención prehospitalaria verbal y escrito.
4.- Inmovilización y Extracción	8.- Fin de actividades
Inmovilizar y extraer a pacientes de acuerdo con sus condiciones clínicas y recursos tecnológicos.	Realizar la adecuación, aseo del equipo, material y vehículo para reanudar el proceso operativo. Realizar la evaluación técnica y emocional del proceso de atención médica prehospitalaria, mediante la aplicación de dinámicas grupales.

Una vez instauradas las 8 etapas del proceso operativo estableceremos las competencias con que deben contar los Técnicos en Urgencias Médicas, así como establecer criterios de desempeño que nos ayuden a guiar el estándar de la atención brindada y, por último, procedemos a desglosar los contenidos curriculares básicos (algunos de ellos ya desarrollados en centros educativos) para ofrecer una formación de alto nivel para estos profesionistas de la atención prehospitalaria.

Para el entendimiento de las etapas, se agruparon en distintas secciones que nos ayudaran a establecer los términos globales en los que se debe profesionalizar al

personal, entre ellos observaremos las competencias específicas, divididas en rubros como el conceptual: en el que se establecen las ideas base que se requieren en el ámbito profesional, contextual: que refleja el entorno personal y social en el que se tiene que desenvolver el profesionista, metodológica: en el que se agrupan los criterios teórico, práctico, metodológicos de los requerimientos de competencia profesional e interpersonal: que visualiza las necesidades personales del sujeto que busca profesionalizarse.

Etapa del Proceso: 1.- Preparación

Competencias Específicas	Criterios de Desempeño	Contenido Curricular Básico
<p>*Conceptual: Identificar y vincular los elementos generales que integran el sistema médico de urgencias para asegurar las condiciones óptimas personales y de operación del equipo, material y vehículos antes de la respuesta.</p> <p>*Contextual: Proyectar una imagen de confianza y profesionalismo al público usuario y adaptarse de manera eficaz en múltiples escenarios de urgencia.</p> <p>*Metodológica: Competente para la revisión de equipo, material, vehículo y asistentes así como las medidas generales de seguridad necesaria para otorgar la atención médica prehospitalaria.</p> <p>*Interpersonal: integrarse y fomentar el trabajo en equipo, procurar un ambiente laboral sano, participando activamente con el sistema multidisciplinario de atención de urgencias.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Conoce e identifica los elementos generales del sistema médico de urgencias. 2.- Enuncia los componentes del sistema de urgencias. 3.- Discrimina los componentes del sistema. 4.- Se ubica en su nivel jerárquico. 5.- Asume su rol dentro del sistema. 6.- Verifica las condiciones de seguridad previstas a la respuesta. 7.- Identifica, categoriza y documenta anomalías y deficiencias. 8.- Ejecuta dinámicas de evaluación de desempeño junto con sus compañeros. 9.- Solicita y participa en actividades de apoyo para su desahogo emocional. 10.- Indica la disponibilidad para la respuesta. 11.- Instruye y acata instrucciones de revisión y registro de instalaciones, equipo, vehículos e insumos requisitado los formatos correspondientes. 	<p>*Conceptual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Historia de la atención prehospitalaria. - Sistema Nacional de Salud. - Sistema de Atención Médica de Urgencias. - Fases, niveles y estructura de la atención médica de urgencias prehospitalaria. <p>*Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Principios básicos de la identidad profesional del técnico en urgencias médicas (TUM). - principios básicos de funcionalidad y conducción de vehículos de emergencias médicas. - Principios básicos de equipamiento de vehículos de emergencias médicas. - Principios universales de seguridad del técnico en urgencias médicas. <p>*Contextual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Principios básicos de la responsabilidad profesional del técnico en urgencias médicas. - Bienestar del técnico en urgencias médicas. - Consideraciones médico / legales en medicina prehospitalaria. <p>*Interpersonal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valores de la profesión. - Consideraciones éticas.

Etapa del Proceso: 2.- Respuesta

Competencias Específicas	Criterios de Desempeño	Contenido Curricular Básico
<p>*Conceptual: Identificar y vincular los elementos generales que integran el sistema médico de urgencias.</p> <p>*Contextual: Brindar asesoría de manera empática, humanista y solidaria, respetando las costumbres y creencias de los usuarios.</p> <p>*Metodológica: Obtener y analizar la información de manera ordenada para gestionar la respuesta adecuada, vinculando y aplicando los procedimientos establecidos.</p> <p>*Interpersonal: Dominar el impacto emocional de situaciones de emergencias y proyectar una sensación de confianza, seguridad y profesionalismo al usuario.</p>	<p>1.- Responde a la llamada del despachador de manera expedita, recaba los datos y se mantiene en comunicación conforme el protocolo.</p> <p>2.- Se transporta de manera segura y eficiente al sitio indicado por el despachador.</p> <p>3.- Selecciona el equipo necesario para atender la llamada de urgencia médica.</p>	<p>*Conceptual: - Sistema de Atención Médica de Urgencias. - Fases, niveles y estructura de la atención médica de urgencias prehospitalarias.</p> <p>*Metodología: - Sistema de telecomunicaciones. - Organización de la respuesta a la demanda de atención médica prehospitalaria</p> <p>*Contextual: - Intervención en crisis.</p> <p>*Interpersonal: - Técnicas de comunicación efectiva. - Manejo del estrés. - Técnicas de análisis y procesamiento de información en ruta.</p>

Etapa del Proceso: 3.- Control de Escena

Competencias Específicas	Criterios de Desempeño	Contenido Curricular Básico
<p>*Conceptual: Reconocer los diferentes escenarios de atención de urgencias identificado los elementos de riesgo.</p> <p>*Contextual: Controlar el escenario respetando la idiosincrasia.</p> <p>*Metodológica: Controlar los elementos de riesgo en el escenario y participar en la estructura de organización correspondiente.</p> <p>*Interpersonal: Participar en el equipo multidisciplinario asumiendo y respetando las jerarquías y posiciones de liderazgo correspondientes.</p>	<p>1.- Evalúa la seguridad del escenario y controla riesgos potenciales en su ámbito de competencia.</p> <p>2.- Evalúa el mecanismo de lesión o naturaleza de la enfermedad.</p> <p>3.- Establece la coordinación con otros cuerpos de auxilio y apoyo en el lugar solicitado o en su caso recursos adicionales.</p> <p>4.- Asume, respeta o delega el mando en la escena de conformidad con la naturaleza del incidente y sus atribuciones oficiales.</p> <p>5.- Evalúa, clasifica y prioriza la atención a víctimas según criterios internacionales (TRIAGE)⁵⁴</p>	<p>*Conceptual: - Riesgos ambientales y sociales. - Métodos de evaluación subjetiva y objetiva del escenario. - Métodos de clasificación de escenarios. - Método de control y organización del escenario.</p> <p>*Contextual: - Manejo de Grupos.</p> <p>*Interpersonal: - Método de integración a la cadena de recursos del sistema de atención médica de urgencias.</p>

⁵⁴ Triage es una palabra francesa que significa clasificar, seleccionar o elegir. Así se ha denominado también al proceso con el que se selecciona a las personas a partir de su necesidad de recibir tratamiento médico inmediato cuando los recursos disponibles son limitados.

Etapa del Proceso: 4.- Inmovilización y Extracción

Competencias Específicas	Criterios de Desempeño	Contenido Curricular Básico
<p>*Conceptual: Competente para identificar y elegir los métodos y equipos de extracción y movilización conforme a criterios preestablecidos.</p> <p>*Contextual: Competente para controlar el escenario respetando la idiosincrasia</p> <p>*Metodológica: Competente para emplear de manera sistemática los equipos de extracción y procedimientos de movilización conforme a las características clínicas del usuario.</p> <p>*Interpersonal: Competente para planear en el equipo multidisciplinario asumiendo y respetando las jerarquías y posiciones de liderazgo correspondientes.</p>	<p>1.- Decide y aplica los métodos y dispositivos para la extracción y movilización conforme a criterios de seguridad, prioridad, contexto, lesiones y recursos.</p>	<p>*Conceptual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mecánica corporal. - Aspectos básicos de ergonomía vehicular. - Cinemática de trauma. - Mecanismo de lesión. <p>*Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de movilización. - Trabajo en equipo.

Etapa del Proceso: 5.- Evaluación y Atención

Competencias Específicas	Criterios de Desempeño	Contenido Curricular Básico
<p>*Conceptual: Competente para evaluar y clasificar clínicamente a los usuarios en situaciones de emergencia de manera ordenada, así como para asistirlos sistemáticamente bajo criterios universales de prioridad.</p> <p>*Contextual: Competente para el manejo de la urgencia respetando la idiosincrasia del usuario y el marco jurídico vigente.</p> <p>*Interpersonal: Competente para actuar de manera empática con el usuario y participar en el equipo multidisciplinario asumiendo y respetado las jerarquías y posiciones de liderazgo correspondiente.</p>	<p>1.- Reconoce y asiste de manera prioritaria las situaciones que comprometen la vida, la función y la estética.</p> <p>2.- Evalúa, limita y clasifica el daño, proporcionando atención de acuerdo con el control médico (tutelar, en línea y protocolizado)</p> <p>3.- Evalúa y atiende de manera ordenada, dinámica y en función de prioridades las condiciones que comprometen la vida, la salud o ambos del usuario.</p> <p>4.- Realiza el registro de las acciones e intervenciones efectuadas.</p>	<p>*Conceptual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos generales de anatomía topográfica-estructural. -Conocimientos generales de fisiología por aparatos y sistemas. - Conocimientos generales de fisiopatología por aparatos y sistemas. - Conocimiento del uso de: oxígeno, glucosa oral y nitroglicerina sublingual. - Conocimientos específicos de terapéutica prehospitalaria básica. <p>*Contextual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implicaciones médico legales del ejercicio de la atención médica prehospitalaria. - Norma de violencia intrafamiliar (NOM-190-SSA1-1999)

Etapa del Proceso: 6.- Traslado

Competencias Específicas	Criterios de Desempeño	Contenido Curricular Básico
<p>*Conceptual: Competente para identificar y vincular los elementos generales que integran el sistema médico de urgencias local y regional.</p> <p>*Contextual: Competente para el manejo de la urgencia respetando la idiosincrasia del usuario y el marco jurídico vigente brindando continuidad a los procedimientos previamente establecidos.</p> <p>*Interpersonal: Competente para actuar de manera empática con el usuario y participar en el equipo multidisciplinario asumiendo y respetando las jerarquías y posiciones de liderazgo correspondientes.</p>	<p>1.- Decide y precisa el momento de inicio y forma de transporte para el traslado conforme a criterios de condiciones clínica, recursos materiales y humanos así como tiempos estimados de traslado.</p> <p>2.- Traslada al paciente de manera segura y expedita al establecimiento sanitario indicado por el centro regulador o lineamientos de control correspondiente.</p> <p>3.- Continúa en ruta los esfuerzos de evaluación, reevaluación, tratamiento y control correspondientes.</p> <p>4.- Participa en el sistema de referencia y contra referencia en el traslado de pacientes.</p> <p>5.- Mantiene comunicación en forma continua con los centros de atención final.</p>	<p>*Conceptual: - Conocimientos generales de anatomía topográfica-estructural. - Conocimientos generales de fisiología por aparatos y sistemas. - Conocimientos generales de fisiopatología por aparatos y sistemas. - Conocimientos generales de propedéuticos. - Conocimiento del uso de: tanques de oxígeno, glucosa oral y nitroglicerina sublingual. - Conocimientos específicos de terapéutica prehospitalaria básica.</p> <p>*Contextual: - Implicaciones medicas legales del ejercicio de la atención médica prehospitalaria. - Norma de violencia intrafamiliar (NOM-190-SSA1-1999)</p>

Etapa del Proceso: 7.- Referencia

Competencias Específicas	Criterios de Desempeño	Contenido Curricular Básico
<p>*Conceptual: Competente para reconocer los elementos de la atención médica prehospitalaria para transferir al usuario al personal autorizado y facultado.</p> <p>*Contextual: Competente para la transferencia del usuario acatado el marco jurídico vigente, considerado los aspectos operacionales y requerimientos del usuario de acuerdo a sus condiciones clínicas.</p> <p>*Metodológica: Competente para transferir de manera ordenada y sistematizada la responsabilidad de la continuidad en la atención del usuario.</p> <p>*Interpersonal: Competente para actuar de manera empática y coordinada con el equipo de urgencias de la unidad receptora asumiendo y respetando las jerarquías y posiciones de liderazgo correspondientes.</p>	<p>1.- Se identifica ante el médico receptor y presente de manera protocolizada los datos personales, hechos relacionados con el evento, mecanismo de lesión o naturaleza de la enfermedad, hallazgos relevantes de la evaluación, tratamiento suministrado, evolución y estado actual.</p> <p>2.- Se pone a disposición de las indicaciones médicas complementarias.</p> <p>3.- Hace referencia a la localización de los acompañantes y los orienta para recibir la información que requiera, absteniéndose de emitir juicios clínicos.</p>	<p>*Conceptual: - Procedimiento de registro de atención y traslado. - Procedimientos de transferencia verbal.</p> <p>*Contextual: - Conocimientos operacionales del sistema de urgencias. - Conocimiento del marco jurídico vigente. - Conocimiento de la ruta de traslado por jerarquización de prioridades.</p>

Etapa del Proceso: 8.- Fin de actividades

Competencias Específicas	Criterios de Desempeño	Contenido Curricular Básico
<p>*Conceptual: Dominio de las técnicas de revisión, limpieza y desinfección del equipo y vehículo así como para el reabastecimiento de consumibles. Reconocer el efecto del estrés en el personal que brinda la atención medica prehospitalaria.</p> <p>*Contextual: Competente para efectuar labores de revisión, limpieza, desinfección y reabastecimiento del equipo y vehículo adecuados a las disposiciones generales y locales.</p> <p>*Metodológica: Competente para desarrollar de manera ordenada y sistematizada la revisión, limpieza y desinfección del equipo y vehículos, así como para el reabastecimiento de consumibles. Propiciar y participar en dinámicas grupales.</p> <p>*Interpersonal: Integrarse y fomentar el trabajo en equipo, procurando un ambiente laboral sano.</p>	<p>1.- Entrega del formato de registro de la atención prehospitalaria, debidamente llenado, a las instancias correspondientes.</p> <p>2.- Entrega de prendas y objetos personales que hayan sido retirados del usuario al personal autorizado de la unidad conforme a la normatividad vigente.</p> <p>3.- Reabastece equipos e insumos utilizados.</p> <p>4.- Realiza la limpieza del vehículo, de equipos y de los materiales.</p> <p>5.- Entrega los documentos administrativos correspondientes debidamente llenados.</p> <p>6.- Comunica su estado de disponibilidad a su central de mando.</p>	<p>*Conceptual: - Protocolos básicos de lavado, desinfección y esterilizado. - Necesidades de material y equipo. - Bitácora de mantenimiento del equipo. - Reconocimiento de las manifestaciones y efectos acumulativos del estrés.</p> <p>*Metodología: - Técnicas de lavado, desinfección y esterilización. - Manejo administrativo del material, equipo y vehículo. - Técnicas de grupo de evaluación de desempeño. - Técnica de preparación a un servicio prehospitalario.</p> <p>*Contextual: - Normas y disposiciones generales de derechos de las instituciones. - Disposiciones locales de reabastecimiento de equipo y materiales. - Dinámica de saneamiento laboral de grupo.</p> <p>*Interpersonal: - Trabajo en equipo. - Desarrollo de saneamiento del ambiente laboral. - Calidad en el servicio y en los sistemas de salud.</p>

Estos lineamientos son considerados básicos como currícula de un plan de estudios integral para la formación de un Técnico en Urgencias Médicas, ya que se parte de la idea de que es una disciplina no solamente teórica, sino una disciplina de carácter práctico, en la que todas sus labores se ejercen en el mundo de la vida cotidiana donde existe una actitud dispuesta a ofrecer servicios de atención prehospitalaria y a su vez cuidar todos los aspectos que intervienen con los usuarios que sean atendidos, ya sea en materia legal, psicológica, médica, etcétera.

Después de determinar las variables prácticas básicas que debe contener un plan de estudios integral, es hora de enlistar los temas teórico - médicos que un Técnico en Urgencias Médicas está obligado a conocer; estos temas competen a una ciencia médica formal y no pueden ser comparados con los necesarios para ejercer la profesión de médico puesto que los conocimientos teóricos de un TUM deben estar enfocados en la contención, manejo, correcta interpretación y sobre todo, atención en materia prehospitalaria.

Al recopilar diversos planes de estudios vigentes en las asociaciones encargadas de formar Técnicos en Urgencias Médicas se ordenó un listado de los conocimientos básicos que debe dominar un profesionalista en atención prehospitalaria:

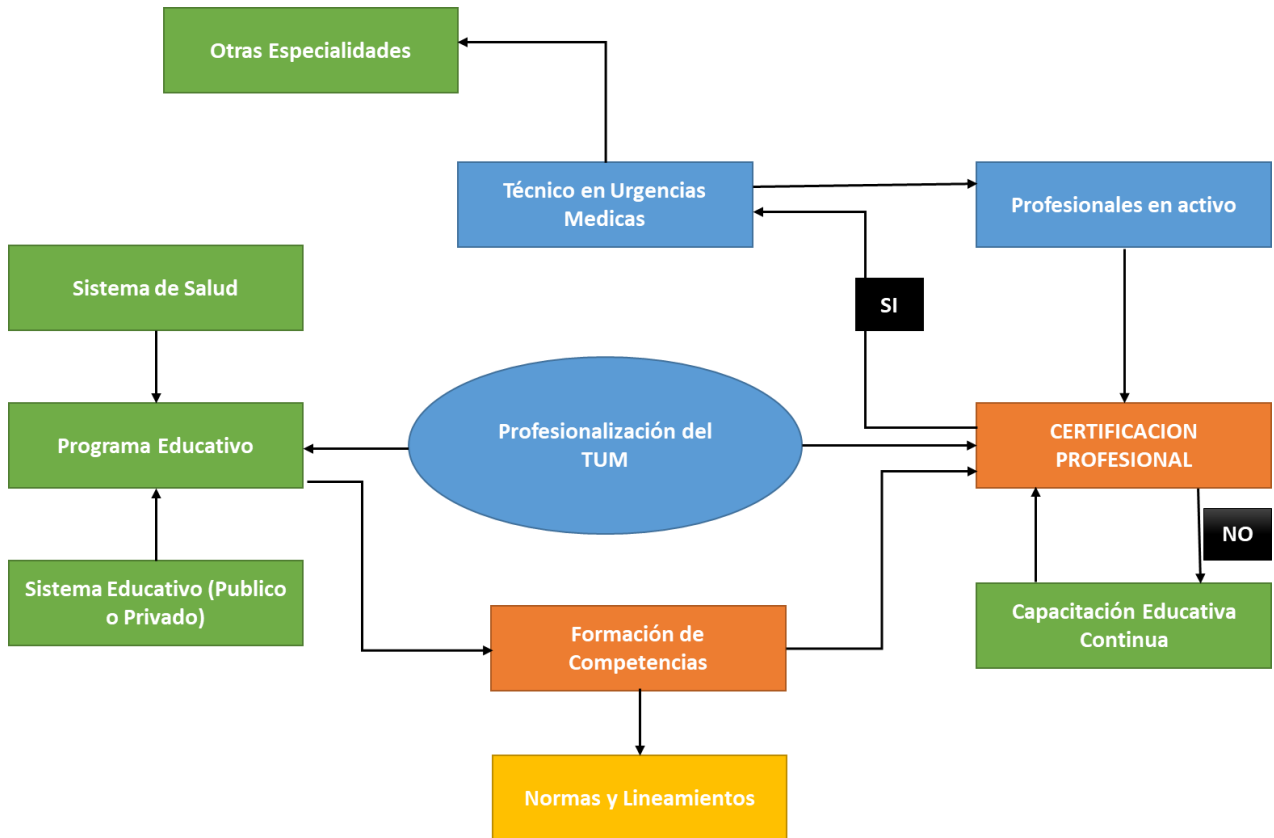
- Conocimiento del funcionamiento del Sistema Médico de Emergencias.
- Anatomía y Fisiología general.
- Signos vitales, evaluación primaria y secundaria.
- Emergencias cardiovasculares.
- Emergencias respiratorias.
- Emergencias metabólicas.
- Envenenamiento y sobredosis.
- Emergencias por alteraciones de órganos diversos.
- Traumas raquímedulares.
- Traumas craneo encefálicos.
- Emergencias Ginecobstétricas.
- Traumas músculo esqueléticas.
- Trauma en Tórax.
- Eventos Vasculares Cerebrales (EVC)
- Emergencias pediátricas.
- Emergencias Geriátricas.
- Soporte Vital Avanzado.
- Quemaduras (por frío o calor)
- Emergencias neuronales.

- Estado de shock.
- Farmacología y farmacodinamia.
- Control de vía aérea avanzado.
- Medicina Legal.

Todos estos temas son los que se consideran básicos y las temáticas correspondientes deben incluirse en los planes de estudios de todas las organizaciones que deseen certificar a los profesionistas en atención prehospitalaria y como ya lo mencionamos antes, es muy importante abordar los temas desde el punto de vista médico para que el profesional sea capaz de comprender la respuesta físico – metabólica del cuerpo ante alguna emergencia. Al mismo tiempo, es importante hacer la división entre la atención médica formal (que se practicará en un hospital) y la atención médica que se puede ofrecer en un ámbito prehospitalario, por lo que el manejo de todos estos conocimientos especializados son un requisito indispensable en el acervo de conocimientos de un TUM.

Como se puede ver en el siguiente mapa conceptual (mapa 2.0), en la profesionalización del TUM intervienen varios factores, mismos que son necesarios para garantizar la atención que se puede ofrecer; esto quiere decir que el trabajo no es propio de una sola institución, sino que se requiere profesionalizar esta labor, a través de una conjunción de instituciones que logren la certificación de los individuos interesados en ejercer esta profesión.

(Mapa 2.0)



Esta figura representa una propuesta hacia la integración de un posible curriculum para la profesionalización de los Técnicos en Urgencias Médicas. En capítulos posteriores abundaremos acerca de la situación que encontramos en la Ciudad de México, ya que aunque actualmente existen datos que refieren el proceso de institucionalización así como el hecho de llevar a buen puerto la profesionalización de esta práctica, de lo cual aún hay mucho que hacer.

3.3 Legislaciones y protocolos que regulan la práctica profesional del TUM.

En lo que respecta a este tema es importante señalar que en nuestro país se encuentran regulados todos estos servicios de salud y atención médica prehospitalaria; tales están citados en la Norma Oficial Mexicana (NOM)⁵⁵ NOM-034-SSA3-2013 publicada en el diario oficial de la federación en septiembre del año 2014. Esta norma regula los aspectos relacionados con la atención prehospitalaria, tanto en los aspectos físicos de las unidades móviles de ambulancias, así como la supervisión del equipo básico para la atención y personal que interviene en todo el proceso.

En seguimiento a esta regulación, se publica el 17 de marzo de 2015, en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el Decreto en el que se reforma el artículo 79 de la Ley General de Salud, sitio donde se puede leer lo siguiente (para) *el ejercicio de actividades técnicas y auxiliares en la materia de la atención médica prehospitalaria se requiere de un diploma legalmente expedido y registrado por autoridades educativas competentes que en el caso mexicano lo avale la Secretaría de Educación Pública*. Actualmente, el Técnico en Urgencias Médicas prehospitalaria por competencia Profesional es formado en universidades de carácter tecnológico local e instituciones educativas regionales. Esta formación basada en competencias profesionales pretende que el profesional cuente con un perfil completo de aptitudes que le permitan un correcto desempeño, relevante frente a la sociedad y estimulante para su propio desarrollo personal.

Como lo mencionamos en el capítulo anterior, actualmente en México existen un gran número de personas que ejercen el oficio de atención prehospitalaria sin contar con una educación formal y certificada, pero con muchos años de experiencia laboral, sin embargo, todos estos sujetos portadores de esta condición, están desprotegidos y fuera de la ley y en consecuencia, carecen de formación

⁵⁵ La NOM es una regulación técnica obligatoria expedida por las dependencias competentes, ya sea de carácter de productos o servicios brindados tanto por empresas privadas como por públicas.

profesional. En otras palabras, se han detectado casos de personal que presta sus servicios laborales o voluntarios a bordo de unidades de ambulancia, quienes carecen de dicha formación educativa formal y certificada, y otros más, quienes por esta situación, se acogen a las competencias citadas del apéndice informativo “A” de la NOM-034- SSA3- 2013. Aquí se menciona que fue a través del Acuerdo 286 de la Secretaría de Educación Pública, que se permite integrar al servicio prehospitalario, al personal con un perfil profesional mínimo requerido, ya que muchos de ellos ya han ofrecido atención con calidad, no obstante, es necesario contar con una evaluación de los procesos, certificar servicios de atención y buscar la homologación. Esto no solo ópera para el profesionista, sino para el usuario, quien otorga su confianza en el trabajo de estos servidores.

En virtud de que hasta hoy en día no existen mecanismos que permitan acceder a dicho proceso de certificación, el *Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes* pone a disposición de los interesados el procedimiento administrativo DG AIR/P:A:/019/2008, que lo designa y avala como la instancia evaluadora para la acreditación y certificación profesional de los Técnicos en Atención Médica Prehospitalaria del país. Esta opción representa una gran oportunidad para la regularización de los trabajadores de la atención prehospitalaria que cuenten con formación empírica y más de 5 años de experiencia laboral en activo, lo cual permite integrarlo al perfil profesional con el mínimo requerido y así otorgarles un reconocimiento institucionalizado, y aunque quizá su trabajo sea competente, se encuentran fuera de todo protocolo regulado, lo cual atenta contra los procedimientos y condiciones necesarias para ser avalados como profesionistas.

El ya mencionado *Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes* ha estado llevando a cabo, en el transcurso del año 2016, una serie de reuniones de trabajo con el *Comité Técnico Asesor Permanente de la Atención Médica Prehospitalaria*, para fomentar su reactivación e integrar subcomités de trabajo que lleven a cabo una campaña de acreditación y evaluación del personal que presta sus servicios en materia de atención prehospitalaria y que carecen de

instrucción educativa formal por parte de alguna institución calificada y para ello como ya se dijo, deberán cubrir las competencias del apéndice informativo “A” de la NOM-034-SSA3-2013 siempre y cuando sean acreditadas las pruebas necesarias; asimismo, es preciso señalar que actualmente se trabaja en el rediseño metodológico y en la implementación de los procesos prácticos para la profesionalización del personal que presta sus servicios prehospitalarios a bordo de ambulancia sin una certificación educativa avalada y aprobada por instituciones educativas reguladas.

Antes de proseguir, es necesario señalar que en la Norma Oficial Mexicana NOM 034-SSA3-2013, la atención médica prehospitalaria se define como el servicio otorgado al paciente cuya condición médica/clínica se considera peligrosa y que pone en riesgo la vida. La importancia médica de su función se remite a limitar el daño, así como la estabilización orgánico/funcional del paciente, abarcando desde los llamados “*primeros auxilios*”⁵⁶ hasta el arribo y cesión a un médico en alguna institución hospitalaria para la atención médica pertinente, así como durante el traslado entre diferentes centros de atención médica a bordo de una ambulancia.

La misma norma refiere que “*la atención médica prehospitalaria deberá ser ejercida por técnicos profesionales de la salud, en conformidad con las competencias, habilidades y destrezas correspondientes a su nivel de académico y de certificación, éstos últimos deberán estar acreditados mediante la documentación legalmente expedida y registrados por las autoridades educativas competentes*”⁵⁷.

Oficialmente se establece que existen dos modalidades de atención en los ámbitos prehospitalarios; y aunque en los dos actúan los mismos profesionales en medicina prehospitalaria, su forma de regulación es distinta. Se dividen en atención médica prehospitalaria ordinaria y atención médica en contingencias y desastres. A

⁵⁶ Se denomina como primeros auxilios a aquellos primeros procedimientos y técnicas básicos que cualquier persona sin necesidad de ser un profesional médico le proporcionan a una persona víctima de un accidente.

⁵⁷ NOM 034-SSA3-2013. Diario Oficial de la Federación. México. 23 de septiembre de 2014.

continuación, se desglosan estas modalidades con el objeto de contextualizar el tema de esta disertación.

- **Atención Médica Prehospitalaria Ordinaria:** El sistema ordinario se desarrolla bajo un esquema de control de áreas geográficas previamente establecidas, comúnmente estatales, determinadas por el Centro Regulador de Urgencias Médicas (CRUM) local, conforme lo indiquen los criterios de regionalización de traslado (ya sea por extensión territorial o accesibilidad a los servicios médicos), se parte de la base de ambulancias al sitio de la urgencia médica. El CRUM tiene la obligación de dar aviso con oportunidad al centro de atención médica para coordinar su arribo, su ingreso y tratamiento inmediato, dependiendo de la información brindada por los TUMs, o en su defecto, el traslado a otro establecimiento con mayor capacidad resolutive.
- **Atención médica en contingencias y desastres:** Este tipo de atención se encuentra coordinada por *El Secretario técnico del Consejo Estatal para la Prevención de Accidentes*, integrante de la *Comisión Operativa del Consejo de Protección Civil*. Se actuará en coordinación con el *Director de los Servicios Médicos* y con las dependencias adscritas a dicho Comité para brindar atención médica a través de los programas de restablecimiento de los sistemas acción de cada una de las entidades, antes, durante y con posterioridad a un siniestro de magnitudes considerables que rebase las posibilidades de la atención ordinaria. Las Unidades Médicas Públicas, de Seguridad Social y privadas, se deberán mantener en estado de alerta permanente, mientras exista la contingencia o desastre, reportando continuamente su estatus al CRUM local, así como de cambios en sus capacidades físicas y mentales, mientras permanezca el estado de alerta.

- **Capacitación y participación comunitaria.**

“Las lesiones de causa externa o aparición de enfermedad súbita, son un problema de Salud Pública en nuestro país, cada día ante la ocurrencia de cualquiera de estas situaciones se pone de manifiesto la importancia de la intervención oportuna y adecuada por personas capacitadas, ya que sus acciones logran la atenuación del daño al dar inicio a la cadena de supervivencia con la activación del sistema de emergencias, la aplicación de procedimientos básicos de soporte vital y el manejo inicial de las lesiones”⁵⁸.

La norma también incluye otras figuras capaces de intervenir en materia prehospitalaria, estos son los “*primeros respondientes*”⁵⁹ que son ciudadanos comunes que se encuentran presentes al momento de un incidente y aplican los conocimientos, procedimientos, habilidades y destrezas que les permiten salvar la vida, que aunque no cuentan con las mismas capacidades profesionales de un TUM y sobre todo si contempla obligaciones legales al brindar el apoyo médico; por cierto, esto se encuentra actualmente incluido en la NOM-034-SSA3-2013:

“...se le denomina “Primer Respondiente” al personal auxiliar de la salud, capacitado en los temas señalados en el Apéndice B informativo, que ha sido autorizado por la autoridad sanitaria correspondiente (...) para coadyuvar en la prestación de servicios de atención médica prehospitalaria; para proporcionar los primeros auxilios a la persona que presenta una alteración en su estado de salud o en su integridad física, mediante soporte básico de vida...”⁶⁰.

El Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes ha desarrollado una serie de estrategias para la formación de los primeros

⁵⁸ García Cruz, A. (2008). *Manual para la formación de Primeros Respondientes*. México: CONAPRA.

⁵⁹ El Primer respondiente es la primera persona que decide participar en la atención de un lesionado. Es el encargado de evaluar la escena, comenzar la revisión del lesionado y activar el servicio de emergencias médicas. En México se diferencia a los primeros respondientes de los primeros auxilios ya que el personal con cursos de primer respondiente están más capacitados que los quienes practican los primeros auxilios.

⁶⁰ NOM 034-SSA3-2013. Diario Oficial de la Federación. México. 23 de septiembre de 2014.

respondientes, ello ante la necesidad imperante de capacitar y concientizar a la población civil, mediante el desarrollo de protocolos basados en un modelo educativo que garantice que los participantes adquieren las habilidades técnicas y destrezas que les permitan brindar una atención previa al arribo de los profesionales de la atención médica prehospitalaria y así dar respuesta las problemáticas de este tipo.

En conclusión, con base en lo previamente aquí expuesto y para alcanzar el cumplimiento de los objetivos planteados, se requiere conjugar el desarrollo de todo un sistema que soporte que apoye la atención prehospitalaria de acuerdo con las siguientes estrategias de acción:

- Instalación de un Centro Regulador de Urgencias Médicas.
- Asignación del 9-1-1 como teléfono único y gratuito, centralizado de recepción de urgencias.
- Atención médica prehospitalaria, en unidades móviles de tipo ambulancia, equipadas y con insumos completos.
- Atención hospitalaria con niveles óptimos de capacitación que brinden atención certificada y especializada que homologue su actuar dentro de las ambulancias.
- Participación de la sociedad civil como primeros respondientes, que apoyen al mejoramiento estadístico de mortalidad por lesiones traumáticas o enfermedades clínicas.

Todas estas legislaciones están en constante actualización, ya que la profesión del Técnico en Urgencias Médicas aún se encuentra en proceso de consolidación, por una parte, por otra, actualmente se están fortaleciendo los sustentos normativos tendientes hacia la institucionalización de la práctica de este gremio unido, en gran medida, por voluntad y solidaridad.

Capítulo 4: Necesidades actuales de la población de la CDMX respecto del actuar social del TUM.

4.1 Situación actual de los recursos humanos que ofrecen servicios profesionales en el ramo de la atención prehospitalaria.

La disponibilidad del personal de ambulancia es uno de los elementos clave en los sistemas de atención de urgencias prehospitalaria en el mundo. Aunque la supervivencia a lesiones graves, paro cardiaco, traumas cerebrales y otras urgencias depende de múltiples elementos, como los tiempos de respuesta, el equipamiento de las unidades móviles tipo ambulancias o de rescate urbano y el sistema de salud en general, se puede aseverar que la capacidad del personal de atención prehospitalaria para realizar maniobras efectivas con un mayor número de horas de capacitación y dotado de mejor equipo, se relaciona directamente con mejores tasas de supervivencia de los pacientes que requieren del servicio, especialmente en casos de lesiones traumáticas. Según estudios de la “*American Heart Association (AHA)*”⁶¹ el porcentaje de horas/práctica y cantidad de equipo utilizado a la hora de otorgar la atención prehospitalaria, se encuentra íntimamente relacionado con un aumento considerable de las posibilidades de supervivencia de los individuos que demandan atención de urgencias.

En un estudio comparativo entre naciones en estos temas, la mayor parte de los Técnicos en Urgencias Médicas en nuestro país son relativamente más jóvenes y con menos experiencia que sus contrapartes de Estados Unidos, que es el mejor ejemplo para realizar comparaciones, dado que es la nación más cercana y con

⁶¹ La Asociación Estadounidense del Corazón (por su traducción en español) es el máximo referente científico en materia de cardiología en los Estados Unidos y en el resto del mundo debido a su volumen de publicaciones científicas, actualmente determina y define las directrices de los avances médicos en el ámbito de la cardiología.

mejores índices de desarrollo en áreas prehospitalarias. De la misma manera, la mayoría de los TUMs en estos países tienen un nivel de entrenamiento básico (capacitación en primeros auxilios o primer respondiente); cerca de la mitad del personal de servicios de ambulancia tienen un sueldo fijo, por lo menos en la Ciudad de México, lo que podría explicar por qué la experiencia laboral promedio en este medio es menor a cinco años. De lo que se trata entonces es que los Técnicos en Urgencias Médicas perciban un salario congruente por sus servicios profesionales; ello supone mayores oportunidades de poner en práctica sus habilidades, manteniendo así un óptimo nivel de atención. Sobre esta misma línea, como es de esperarse, si solo la mitad de los TUMs perciben un sueldo, la otra mitad de las tripulaciones de ambulancia se encuentran compuestas por personal voluntario que tiene menor posibilidad de realizar y poner en práctica sus habilidades a la par del personal asalariado. El (cuadro 3.0) muestra algunas diferencias de experiencia entre TUMs asalariados y su contraparte de voluntarios; se pretende con ello establecer una línea comparativa entre la experiencia acumulada de dos tipos de profesionistas en la Ciudad de México (CDMX).

Por otra parte, en estudios realizados previamente, se encuentra que la experiencia en la toma de decisiones de los TUMs no modifica en gran medida la supervivencia en eventos de urgencia, aunque por cada año de experiencia del TUM realizando procedimientos como los enlistados en el cuadro 3.0, revela que existe un aumento en la posibilidad de supervivencia del 2%. En este sentido, los profesionales con mayor experiencia acumulada, por ejemplo, en el caso de entubaciones endotraqueales, muestran que en México existe una tasa baja de personal capacitado ya que una maniobra de este nivel requiere una preparación mucho más especializada, caracterizadas por un nivel de TUM intermedio y/o avanzado.

(cuadro 3.0)

Diferencias promedio entre TUM's voluntarios y asalariados en la CDMX.

Variables	Voluntarios	Asalariados
Edad	22.44	28.8
Años de experiencia	4.38	7.6
Tubos ET (el último año)	0.69	0.87
RCP (el último año)	1.9	3.47
Líneas IV (el último año)	23.18	75.33
Desfibrilaciones/año	0.92	0.47
TUM básico	58%	55%
TUM Intermedio	39%	44%
TUM avanzado	3%	1%

ET: Endotraqueales

IV: intravenosa

RCP: Reanimación Cardio-Pulmonar

TUM: Técnico en Urgencias Medicas

*Secretaría de salud. Estudio y análisis sobre los servicios prehospitalarios 2020

Con el acopio de estos datos, queda claro que el proceso de educación de los TUM debe acoplarse a las necesidades y capacidades existentes en el país y analizarse desde el punto de vista de que la mayor parte de los técnicos en México tienen niveles de entrenamiento equivalentes a nivel básico o menor (y como se ha visto en el cuadro 3.0), esto va de la mano con el tema de que en la CDMX solo existe una institución que forma profesionistas certificados ante la Secretaría de Educación Pública.

Actualmente, solo cinco universidades tienen programas de educación para Técnicos en Urgencias Médicas aprobados por la Secretaría de Educación Pública (SEP). Los programas son distintos, pero todos tienen el nivel de Técnico Superior Universitario (TSU). La Universidad de Guadalajara, por ejemplo, otorga el título de TSU en Emergencias, Seguridad Ocupacional y Rescate; las universidades tecnológicas de Aguascalientes y Hermosillo otorgan el título de TSU Paramédico; el Colegio Latinoamericano de Educación Avanzada titula profesionales como TSU Paramédico por medio de un programa de educación a distancia. En la Ciudad de México, a partir de 2018, solo la Cruz Roja Sede Polanco es la única institución que

imparte la carrera de Técnico Profesional en Urgencias Médicas con duración de 3 años y avalada por la SEP.

Hay otras instituciones educativas que proporcionan cursos en los que se ofrecen diplomas de entrenamiento como Técnicos en Urgencias Médicas, pero no se encuentran certificados por la SEP, solamente están avalados por controles propios, que, aunque sigan protocolos estandarizados de educación, aún no son capaces de certificar a su matrícula.

Tal como lo hemos mencionado, en México aún es complicado encontrar estudios relacionados con la labor de estos semi-profesionales o en su defecto, contar con estadísticas relacionadas a la atención prehospitalaria. Por ejemplo, en la más reciente encuesta, realizada en 2006⁶² por la Secretaría de Salud, se estimó que existen entre 10,000 y 15,000 mil tripulantes de ambulancias en México. Este personal recibe su formación de cursos proporcionados mayoritariamente por instituciones privadas de voluntarios como las que acabamos de mencionar. De acuerdo con la misma encuesta, existen entre 140 y 300 organizaciones que ofrecen cursos de TUM nivel básico; entre 50 y 105 cursos de TUM nivel intermedio y entre 25 y 56 cursos de TUM avanzado a nivel nacional. Más de la mitad de las instituciones, 58.2%, tienen programas de educación continua para su personal. En este sentido, la misma Secretaría de Salud publicó una proyección de las organizaciones y del personal capacitado que instruyen en estas profesiones con el fin de calcular a corto y mediano plazo la capacidad profesional con la que se contaría en los próximos años (Cuadro 3.1), y como se puede notar, para 2025 estaríamos cerca de duplicar el personal reportado en 2006 por estas organizaciones. El problema que se deriva de esto repercute en el hecho de que, al no ser una profesión certificada por la SEP, resulta casi imposible detectar el número exacto de personas que se encuentran instruidas intelectualmente para realizar adecuadamente labores de atención prehospitalaria en este ámbito.

⁶² Los estudios en este tema son escasos, por lo que los datos más cercanos que ayudan a este trabajo son los comentados por la Secretaría de Salud en el año 2006, hasta el momento no se cuenta con datos actualizados.

Cuadro 3.1

Proyección de las organizaciones, personal y programas de educación en CDMX 2025.

Organización	Grupos	Minimo	Maximo	Promedio
	Ambulancias	233	492	362
		1,496	3,161	2,329
Personal	Personal	13838	29238	21538
	Poblacion/miembros de tripulacion	3420	7227	5323
	Medicos	2876	6077	4476
	Enfermeras	1139	2407	1773
	TUM Basico	3945	8335	995
	TUM Intermedio	1931	4081	3006
	TUM Avanzado	639	1351	6140
	Primer respondiente o menos	3492	7379	5436
	Personal contratado	7838	16560	12199
	Personal voluntario	6000	12677	9339
	Cursos de trauma	5334	11270	8302
	Reanimacion cardio-pulmonar (RCP)	5097	10770	7934
	ACLS o equivalente	3059	6464	4761
	PALS o equivalente	576	1218	897
	AMLS o equivalente	426	899	662
	ATLS o equivalente	3042	6427	4735
	ABLS o equivalente	620	1310	965
	Desastres o equivalente	2330	4923	3627

*Secretaría de salud. Estudio y análisis sobre los servicios prehospitalarios 2017

Este análisis arroja que existirán en promedio aproximadamente 21,000 personas trabajando en 362 organizaciones de servicios prehospitalarios en México. Cabe mencionar que la formación de este personal es producto de múltiples programas de entrenamiento, que en mayor o menor medida se basan en recomendaciones internacionales o nacionales, y muy pocos son dirigidos, supervisados o proporcionados por una institución debidamente regulada que avale tanto a sus profesores, sus planes de estudio y alumnos de forma académica. Es menester insistir que una mínima parte de los cursos que estas organizaciones privadas ofrecen, han sido supervisados por alguna agencia gubernamental o privada que avala la calidad o contenidos de éste.

No fue hasta el año 2007 que la Ley General de Salud promovió las modificaciones necesarias para reconocer que el personal que presta sus servicios a bordo de las ambulancias requiere de un entrenamiento formal y reconocido por instituciones educativas oficiales y como ya vimos, no fue hasta el 2014 que se estipularon las condiciones técnicas que se necesitaban. Por otro lado, las competencias profesionales de los TUM las cuales tendrían que ser incluidas en el currículo de

los cursos, fueron revisadas en 2013 y publicadas en el 2014 en una Norma Oficial Mexicana dichas *Normas Técnicas de Competencia Laboral para la atención médica prehospitalaria básica, intermedia y avanzada* del Consejo de Normalización y Certificación (CONOCER) han sido revisadas e incorporadas a diferentes organismos de certificación nacional, con la finalidad de oficializar la formación de los Técnicos en Urgencias Médicas que fueron entrenados en el medio informal.

Lo anterior nos refleja la situación de recursos humanos en la que nos encontramos a nivel nacional y de la CDMX, pero como lo vimos en capítulos anteriores, esta no es la única variable que se necesita para tener un servicio de emergencias prehospitalarias de primer nivel, también debemos evaluar las capacidades materiales con las que cuenta la Ciudad. En el caso particular de la CDMX, según el último censo nacional, hay registradas 1,515 ambulancias que representan el 24% total nacional, seguido del Estado de México con 751 ambulancias y el estado de Jalisco con 478. No se tiene actualmente la cifra exacta de unidades registradas, pero a nivel nacional se estima que existen alrededor de 6 mil 403 vehículos entre públicos y privados.

También se debe tomar en cuenta que en la CDMX continúan operando gran cantidad de unidades sin registro público, mismas que no se puede asegurar que cumplan con la normatividad mexicana vigente, por lo tanto, es imposible contabilizar estas unidades y personal en activo.

Según los porcentajes de atención en la CDMX, el Escuadrón de rescate y urgencias médicas (ERUM) atiende 60% de los servicios de urgencias médicas; la SSA capitalina atiende a cerca de 20% de los casos; la Cruz Roja 10%; las delegaciones y unidades de protección civil y servicios particulares atienden a otro 10%, producto de las llamadas de emergencia.

A continuación, desglosaremos el funcionamiento actual del Sistema Médico de Emergencias en la Ciudad de México, que es el encargado de regular y administrar los recursos humanos y materiales que proporcionan un servicio de atención prehospitalaria.

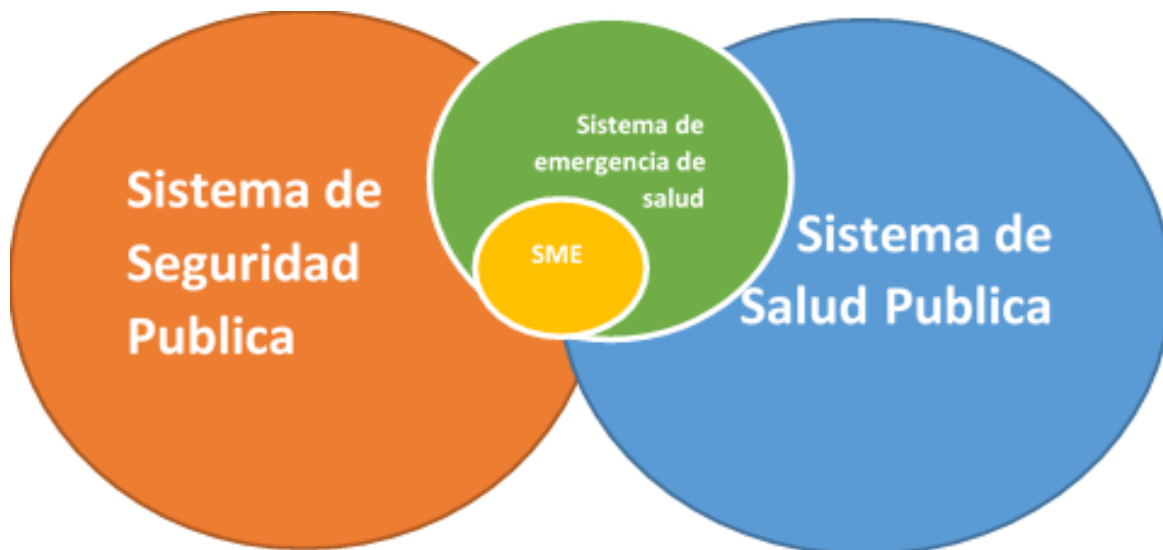
4.2 Sistema Médico de Emergencias en la Ciudad de México.

La idea de Sistema de Servicios de Emergencias Médicas (SSEM) o Sistema Médico de Emergencias (SME), hace referencia a un modelo generalizado e integrado de un sistema de seguridad pública y de atención de seguridad social y de salud pública que consta de:

- Un mecanismo (virtual y mecánico) para acceder al sistema y notificar una emergencia.
- Prestación de servicios prehospitalarios y formas de transporte.
- Establecimientos de atención de especialidad, rehabilitadora y definitiva.
- Educación pública, participación y procesos de prevención.
- Programación educacional e instituciones en materia de prevención y de atención de emergencias.
- Dirección médica y administrativa integrada, organizaciones y procesos de vigilancia.
- Asignación de recursos y estructuras financieras.
- Coordinación de la función de las organizaciones colaboradoras.

El sistema de SME forma parte de un sistema más amplio, el Sistema de Emergencias Sanitarias (SES). El sistema de SES abarca un dominio aun mayor que engloba el manejo de las consecuencias de los desastres, la vivienda, alimentos y agua insegura, los efectos en la salud mental, los disturbios civiles, los brotes

infecciosos epidemiológicos en la comunidad y otros temas del cuidado de la salud que requieren solución inmediata para mantener la salud pública. El sistema de SES es un subconjunto del Sistema de Salud Pública, como se muestra a continuación:



El principal objetivo de la creación de un SME consiste en prestar atención a la sociedad 24 horas / 7 días a la semana por todo el año, en cantidad y calidad necesaria para satisfacer las demandas de la población civil en cualquier momento que se requiera. Es imperativo definir la misión y metas del servicio y comunicarlo a los usuarios de manera expresa para que se comprenda su alcance; así pues, el enfoque principal de un SME debe ser responder a las víctimas de un traumatismo repentino o enfermedad que requieren atención médica de urgencia, así como a los usuarios que sufren de dolor o malestar intensos, fuera de lo manejable por ellos.

De la experiencia reciente de los SME surge claramente que quienes padecen cuadros críticos como, por ejemplo, paros cardio - respiratorios, crisis por diabetes, traumatismos o politraumatismos graves, eventos vasculares cerebrales, insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencias respiratorias, intoxicaciones, emergencias gineco-obstetricias, entre otras, pueden beneficiarse clínicamente de los servicios prehospitalarios; por otro lado y dependiendo de los recursos

disponibles en cada localidad, la misión del SME puede ampliarse para que su área de cobertura sea mayor a las condiciones mencionadas. Para ello se debe instruir a la población atendida por el SME en los pasos para acceder al sistema, cuando hacerlo y que servicios puede recibir, para evitar una saturación en la prestación de servicios que no son posibles de catalogarse como verdaderas emergencias médicas.

Para esto en México se comenzó a implementar el sistema “9-1-1”⁶³ que funge como regulador del SME, ya que desde este número telefónico podemos acceder, a nivel nacional, a los servicios que otorga, en específico en la CDMX, puesto que desde el 9-1-1 se pueden acceder a servicios de ayuda policiaca, médica o de bomberos, todos homologando la coordinación entre instituciones capitalinas para prestar un servicio más eficaz y con mejor respuesta ante las necesidades de la población.

Así pues, el gobierno federal ha promovido 8 acciones para consolidar el sistema regulador 9-1-1:

1. Programa de formación continua de instructores: El Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (SESNSP) y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) han capacitado a 240 instructores – replicadores del 9-1-1 por un total de 96 horas en:

- 1.1. Homologación Nacional de Atención de Emergencias.
- 1.2. Consolidación del modelo de atención homologado.
- 1.3. Herramientas de sostenibilidad.

2. Servicio de carrera para operadores: El 2 de agosto de 2017 se autorizó, por el Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias

⁶³ 911 (fonéticamente expresado como «nine-one-one») es el número de teléfono de emergencia para el Plan de Numeración Norteamericano (*North American Numbering Plan* en inglés; NANP). Es uno de ocho códigos N11. Este número fue creado en 1963 y su uso está exclusivamente reservado para verdaderas emergencias. Este número clave ha sido adoptado en muchos países del mundo para los mismos fines.

Laborales de la SEP, el Primer estándar de competencias de operadores 9-1-1 con el propósito de evaluar y certificar a los operadores, esto sentó las bases para establecer el Servicio profesional de Carrera del Personal Operativo del 9-1-1 para ofrecer mayor seguridad y estabilidad laboral. En 2018 se comenzó con las primeras generaciones de operadores certificados.

3. **Certificación de los Centros de Atención de Llamadas de Emergencia (CALLE):** Con la publicación de la Norma Oficial Mexicana de CALLEs por parte de la Secretaría de Economía se inicia el desarrollo del proceso de certificación con la Entidad Mexicana de Acreditación.
4. **Celebración de convenios interestatales de colaboración:** El 19 de junio del 2017 se firmó el primer convenio en la Comarca Lagunera entre los gobiernos de Durango y Coahuila.
5. **Creación de los Centros Reguladores de Urgencias Médicas (CRUM):** Se continúan abriendo nuevos CRUMs, para dotar a cada estado y región de un centro regulador eficiente y a la altura de sus necesidades regionales.
6. **Fomento a la cultura del buen uso del 9-1-1:** El SESNSP en coordinación con la SEP están elaborando materiales gráficos que serían difundidos en el ciclo escolar del 2018, mismos que fueron distribuidos a jóvenes en escuelas públicas de nivel primaria, secundaria y preparatoria.
7. **Eliminación de otros números de emergencia:** Se han realizado solicitudes a las autoridades responsables para eliminar otros números de emergencia a través de las Conferencias del Sistema Nacional de Seguridad Pública y por medio de oficios a los propios Gobernadores, reduciéndose así otros números distintos al 9-1-1.

8. **Elaboración del estándar técnico para establecer criterios y métricas para determinar el número de CALLEs y operadores:** El estándar está en construcción en el Centro Nacional de Información. Se está procesando la información de 30 entidades federativas que respondieron a la solicitud de información para la elaboración del modelo.

Como con tantos otros servicios comprados, consumidos, vendidos o comerciados en una economía moderna, el cumplimiento de los objetivos centrales del Sistema Médico de Emergencias dependerá de los recursos disponibles para respaldarlo, puesto que el SME solo ha resultado eficaz para dar respuesta clínicamente en un conjunto delimitado de enfermedades y debe estar diseñado para ser lo más eficaz posible ante cualquier situación que se pueda presentar. La manera de controlar esta situación es mediante una eficaz y eficiente selección de llamadas a nivel del 9-1-1, porque cuando una llamada ingresa al SME deben emplearse los principios de *Despacho de Emergencias Médicas* (DEM) y enviar el recurso apropiado al paciente adecuado, en el periodo de tiempo correcto. Al recibir una llamada al 9-1-1 por ayuda médica, el DEM debe ejercer un interrogatorio de rutina para aclarar la ubicación, el problema principal y su gravedad, e instruir a quien activó el SME respecto de acciones que debe hacer hasta la llegada de la ayuda necesaria. Por esta razón, el operador debe estar capacitado para aprender a discriminar servicios de carácter ordinario o urgente; estos conocimientos deben estar al alcance del despachador de emergencias médicas como producto de un diseño adecuado del SME.

Según las estadísticas generadas a partir de la implementación del sistema 9-1-1 en distintas localidades del país, éstas indican claramente que en el mejor de los casos más de 70% de todas las llamadas por ayuda médica recibidas en las centrales 9-1-1 en México no representan problemas críticos o potencialmente mortales, lo que provoca que el sistema se vea obligado a realizar servicios de despacho de unidades médicas más prolongados, ya que estos servicios en realidad no necesitaban atención médica prehospitalaria y los usuarios podían

acudir a su hospital por sus propios medios causando un retraso en los tiempos de atención para situaciones de verdadera crisis.

En el caso del modelo del sistema 9-1-1 de los Estados Unidos se diferencia de muchos modelos europeos y latinoamericanos al no disponer de la posibilidad de ofrecer automáticamente la alternativa de cuidados no intensivos a quien efectúa la llamada. Esto ha hecho que el SME de los Estados Unidos sea uno de los más costosos en mantenimiento y, paradójicamente, uno que intrínsecamente proporciona menor cantidad de servicios prehospitales.

Cabe señalar que el sistema de los Estados Unidos ha logrado reducir el índice de asignaciones a emergencias de casos que no representan una verdadera urgencia médica; en este sentido, ha generado un sistema en el que asegura el tipo de servicio necesario en coordinación con los sistemas de seguridad pública, dando servicio personalizado a la emergencia a atender, para así determinar el tipo de recursos a utilizar, (aunque parezca un proceso más prolongado en tiempo, en realidad se logra acortar el tiempo de respuesta al no despachar recursos a servicios innecesarios).

El componente esencial y por lo que más es utilizado el servicio del SME de México es lo referente a un servicio de transportación del paciente del lugar del hecho a un centro de atención médica. El servicio de ambulancia tiene generalmente dos niveles atención, divididos por el grado de capacitación del personal y del material del que dispone la unidad médica tipo ambulancia: el Soporte Vital Básico (SVB)⁶⁴

⁶⁴ Se puede definir como el conjunto de actuaciones que incluyen el conocimiento del sistema de respuesta ante una emergencia médica y la forma de acceder a él, así como el conocimiento de las acciones iniciales a realizar ante situaciones tales como:

Estado de inconsciencia persistente o recuperada

Traumatismo grave.

Paro respiratorio.

Paro cardiorrespiratorio.

Es característico que el SVB que se realice sin equipamiento alguno, aceptándose únicamente el uso de accesorios para evitar el contacto boca-boca o boca-nariz entre el reanimador y la víctima (dispositivos de barrera) o la utilización del DESA (Desfibrilador semiautomático).

y el servicio de Soporte Vital Avanzado (SVA)⁶⁵ que deben ser empleadas de acuerdo con la necesidad real del hecho que se presente. Otras funciones de un SME generalmente también incluyen el envío de grupos de socorristas iniciales, transporte interinstitucional, servicios médicos por aire (Grupo Cóndor SSP) y servicios de rescate urbano. El SME termina en cuanto el paciente es ingresado a un hospital ya que estos cuidados y rehabilitaciones dependen del sistema de salud pública.

En México se han realizado trabajos dispuestos a atender las necesidades de los servicios requeridos vía el sistema 9-1-1, los cuales operan de la siguiente forma: se envía en primera instancia una unidad policiaca que confirma el lugar donde se activó el SME, basándose en el hecho de que existen más unidades policiacas que unidades tipo ambulancia operando en la CDMX en el día con día; una vez confirmado el servicio, el personal de policía corrobora al sistema 9-1-1 y amplía la información del evento para que el sistema 9-1-1 atienda con los recursos que tiene en ese momento.

Como se puede ver, hay un salto enorme en la atención proporcionada con la creación del 9-1-1 y a nivel nacional para no depender de un sistema desconcentrado que contaba con nula comunicación institucional. El hecho de ordenar esta centralización, puede hacer más eficiente el uso de los recursos con los que se cuenta, además, como ya se ha mencionado, una segunda fase del proceso para hacer más efectivos los servicios, es la concientización de la población, ya que existe un alto número de llamadas improcedentes o falsas que escatiman el tiempo y recursos al SME.

Esto, aunque parece algo básico, es un grave problema que deben afrontar los SME, por ello es preciso efectuar acciones de concientización hacia la población y

⁶⁵ El soporte vital avanzado (SVA) es la atención médica proporcionada por profesionales de la salud previamente capacitados para evaluar la situación del paciente, administrar la medicación necesaria en cada caso y proporcionar desfibrilación, brindando además un manejo avanzado de la vía aérea, tratando de garantizar estabilidad hemodinámica antes y durante el transporte al hospital o igualmente dentro de un centro hospitalario.

dar a conocer que los únicos momentos en que se debe llamar al 911 es cuando una persona está seriamente herida o en peligro en ese momento; para tal efecto, se propone responder afirmativamente a las siguientes preguntas:

- ¿Puedes llamar al 911 si se ha producido un accidente de tráfico?
- ¿Deberías llamar al 911 si presencias un acto de delincuencia, como alguien haciendo daño a otra persona o intentando entrar en la casa de otra persona?
- ¿Si alguien parece muy enfermo y le cuesta mucho hablar o respirar?
- ¿Si alguien se desmaya o pierde la conciencia?
- ¿Si se inicia un incendio en la casa de alguien?

Esto es relevante porque algunas veces las personas no tienen claro cuándo se debe llamar a un número de emergencias como el 9-1-1. Lo más importante es siempre mantener la calma, puesto que es normal que los individuos, al enfrentarse a una emergencia, entren en pánico, pero si son capaces de mantener la calma, ayudarán a que los SME operen de mejor manera en su auxilio. En estos casos, los individuos deben responder a cosas muy sencillas y el operador tiene el deber de guiar la llamada para obtener la información que requiere como, por ejemplo:

- ¿Cuál es tu emergencia?
- ¿Dónde se encuentra ubicado?
- Tus datos personales son...
- ¿Cuántas personas necesitan de la atención?
- ¿Cuál es la situación actual?

Es preciso insistir en que no se debe llamar nunca al 9-1-1 a modo de broma o solo para saber qué podría ocurrir. Si el operador de la central de emergencias tiene que perder tiempo hablando con personas que no tienen verdaderas emergencias, otras personas que llamen y que necesiten ayuda inmediata se verán obligadas a esperar. Por ello es imperante saber identificar una verdadera emergencia para así activar

de manera correcta los SME. Quizá sea conveniente convencer a las familias de la importancia que tiene el hecho de otorgar seriedad en el uso de estos servicios.

4.3 Estadísticas del Sistema Médico de Emergencias en México.

El servicio del sistema 9-1-1 en México comenzó a operar de forma oficial a nivel nacional a partir del 09 de enero del 2017 y desde 2016 existen ya estadísticas gracias a las pruebas del servicio a nivel local; antes de eso es prácticamente imposible obtener una estadística centralizada de los servicios de emergencias solicitados a nivel estatal o nacional, ya que si la población requería del servicio de emergencias contaba con varias opciones a dónde solicitarlo, como por ejemplo, desde la CDMX: para al número 0-6-6 (Número de emergencias de la Secretaría de Seguridad Pública); al 0-6-5 (Número de emergencias de la Cruz Roja Mexicana); el 0-6-8 (Número del Escuadrón de Bomberos); otro número era el 56-83-22-22 (Protección Civil del Distrito Federal); el 56-58-11-11 (Número del servicio de Locatel, que actualmente aún existe pero ya se está comenzando la integración al C5 y 9-1-1) y por último el 0-7-2 (Número de Atención Ciudadana). Como se puede apreciar, existía dispersión en la atención, además de la elección de servicios de ambulancias privadas. (A continuación, se presenta un cuadro estadístico – comparativo que permite distinguir estas diferencias en la atención). Esta situación hacía prácticamente imposible una eficiente coordinación entre dependencias y agentes externos que prestaban servicios de emergencias en la CDMX.

A propósito de ello, con la centralización de todos estos recursos, fue posible la generación de estadísticas oficiales que muestran el nivel de atención que tienen los pobladores, tanto a nivel nacional como a nivel estatal.

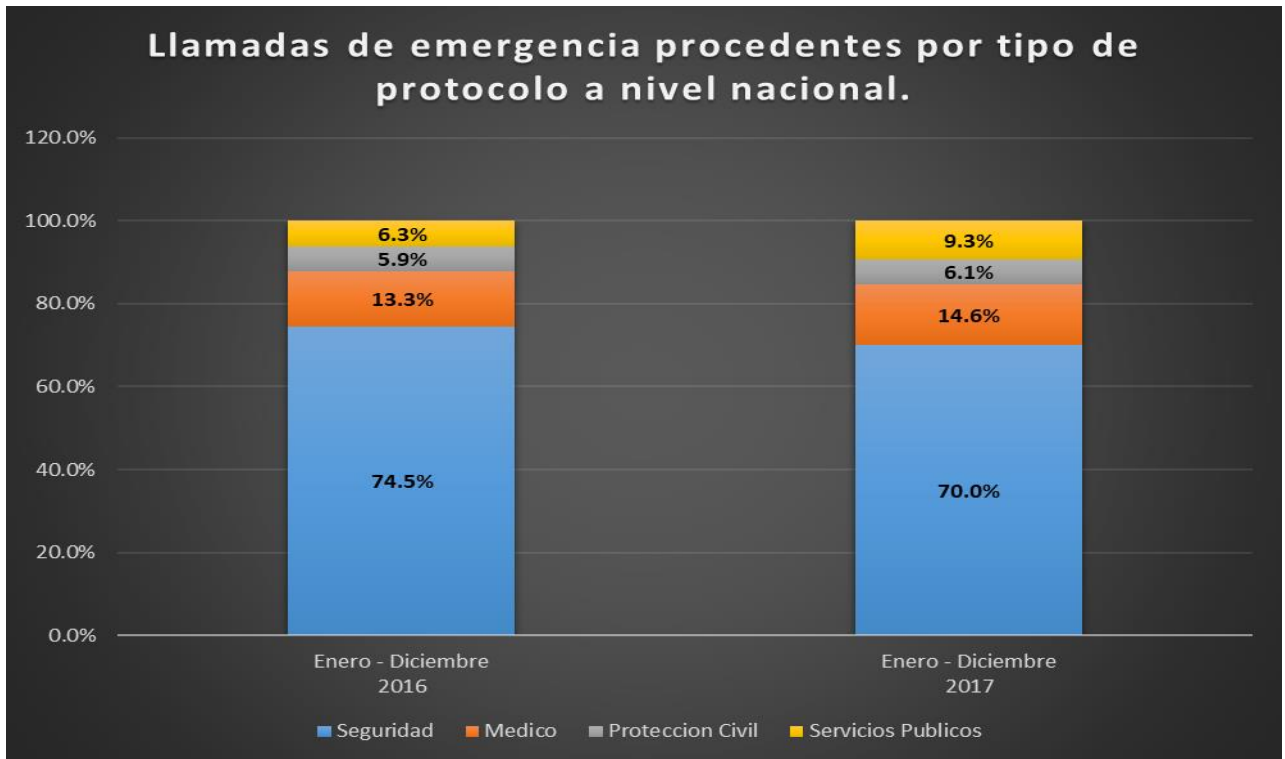
Cuadro 3.2

Comparativo Anual		
Enero - Diciembre 2016 / Enero - Diciembre 2017		
Tipo de llamada	Enero - Diciembre 2016	Enero - Diciembre 2017
Total de llamadas	122,181,509	112,460,767
Procedentes reales	12,66,827	13,937,674
Seguridad Pública	9,437,766	9,760,990
Médicos	1,1811,462	2,090.217
Servicios Públicos	798.584	1,292,623
Protección Civil	746.015	853.844
Broma	33,645,167	37,166,004
No emergencia	13,515,189	16,737,743
No contestada	15,148,151	16,790,954
Llamada falsa	2,871,302	3,443,123
Otros	44,334,873	24,385,269
Incompleta	37,866,991	19,379,852
Perdida	4,666,208	3,585,607
Transferencia de llamada	1,501,401	1,261,339
De prueba	300.273	158.471

*Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública / Estadísticas nacionales de llamadas de emergencia al número único 9-1-1 / Cifras con corte al 31 de diciembre de 2017/ Centro Nacional de

Como se puede observar en el cuadro, las cifras anuales son muy parecidas, ambas sobrepasan los cien mil millones de llamadas de emergencia a nivel nacional; de este total de llamadas, para este estudio, nos compete el rubro de emergencias médicas, y éstas representan poco más de tres mil setecientos millones de llamadas contando estos dos años (2016 y 2017). Ello da cuenta que el rubro de emergencias médicas son el segundo lugar de necesidades sociales, como lo vemos en el (Cuadro 3.3) por lo tanto, los datos permiten contar con una idea de la magnitud de emergencias que es necesario atender a lo largo de un año. Por ejemplo, si dividiéramos la cantidad de emergencias médicas del año 2017 entre los 365 días del año, esto representaría un promedio de 5,562 emergencias al día, cifras que sobrepasan con mucho la capacidad material del SME.

(Cuadro 3.3)

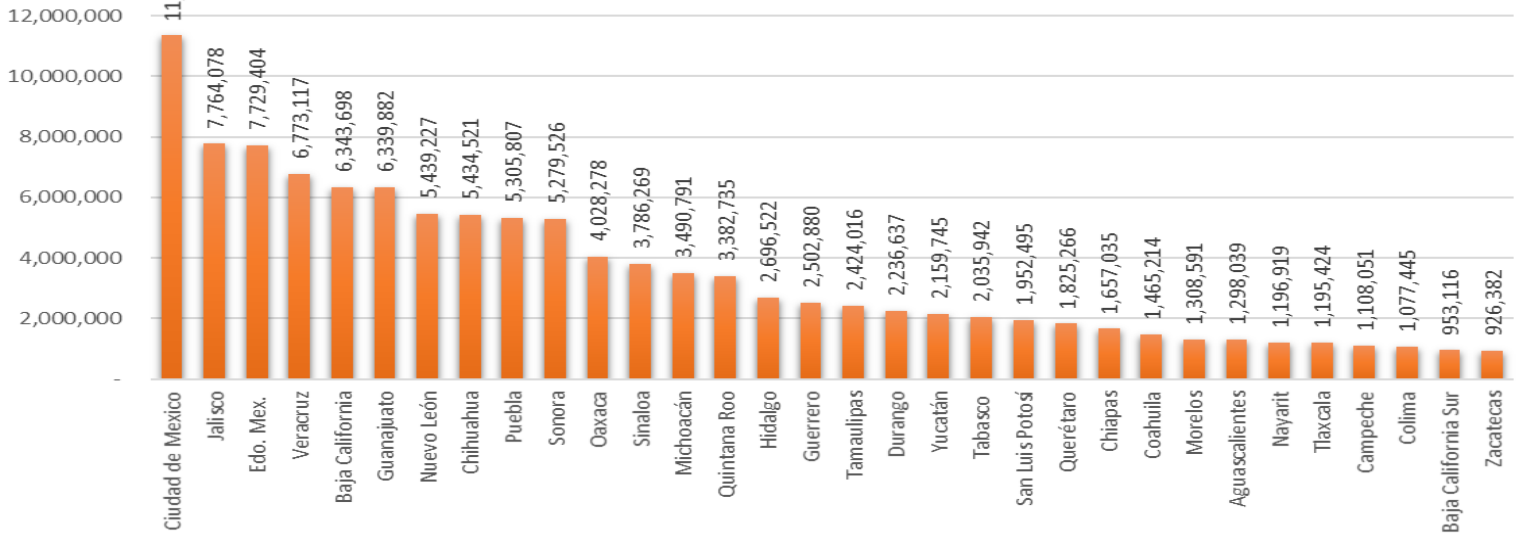


*Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Publica / Estadísticas nacionales de llamadas de emergencia al número único 9-1-1 / Cifras con corte al 31 de diciembre de 2017/ Centro Nacional de Información

Para dar cuenta de las necesidades del SME de forma más específica y ampliando la estadística a nivel estatal, como se ve en el (Cuadro 3.4), la Ciudad de México encabeza las gráficas, por ser la segunda entidad más poblada de la República Mexicana. Esta ciudad, junto con su área metropolitana, es la más grande de la Nación, es un sitio donde estadísticamente es más probable que sucedan emergencias, por ejemplo, en CDMX se cuentan más de 11 millones de servicios solicitados al SME.

(Cuadro 3.4)

Total de llamadas de emergencia por entidad federativa y tipo de procedencia Enero - Diciembre 2017

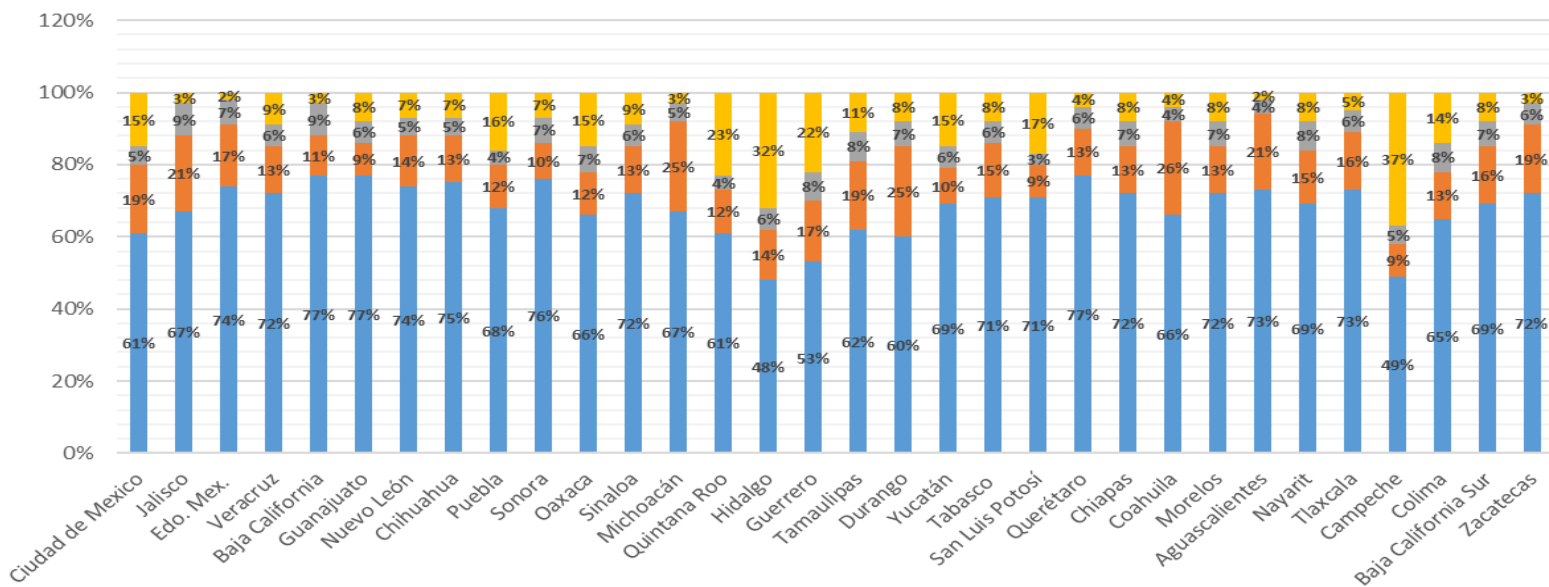


*Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Publica / Estadísticas nacionales de llamadas de emergencia al número único 9-1-1 / Cifras con corte al 31 de diciembre de 2017/ Centro Nacional de Información

(Cuadro 3.5)

Distribucion de llamadas de emergencia por tipo de protocolo por entidad federativa Enero - Diciembre 2017

■ Seguridad ■ Medico ■ Proteccion Civil ■ Servicios Publicos



*Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Publica / Estadísticas nacionales de llamadas de emergencia al número único 9-1-1 / Cifras con corte al 31 de diciembre de 2017/ Centro Nacional de Información.

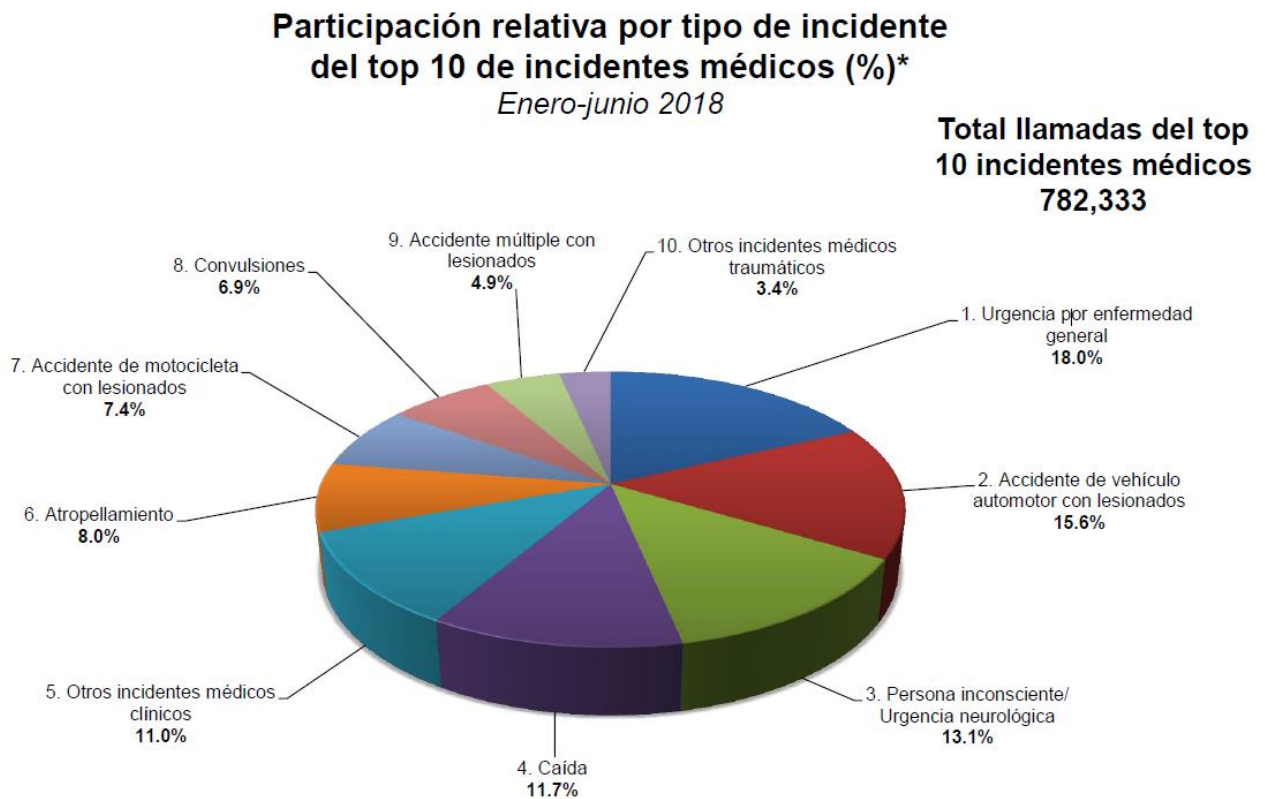
Como se puede ver en la tabla, en la Ciudad de México el porcentaje de servicios de atención médica es 5% superior a la media nacional, aunque hay estados en los que el porcentaje de llamadas de emergencia de tipo médico es mayor, resulta algo engañoso en el (véase Cuadro 3.5) ya que se debe considerar la cantidad de llamadas realizadas (en el Cuadro 3.4 que es mayor), por lo que el porcentaje de llamadas se traduce en un número más alto de emergencias atendidas por el SME. Por ejemplo, en el estado de Coahuila, el porcentaje de llamadas de emergencia médica es de 26%, el más alto del país, pero su cantidad de llamadas generales fue 1,465,214 millones de solicitudes de servicio, lo que se traduce en 380,955.6 llamadas de emergencias médicas. Esto comparado con la CDMX, en la que el número total de servicios reportados fue de 11,343,715 millones con 19% de

servicios médicos, resulta un total de 2,155,305.8 millones de reportes médicos de emergencias que se debieron atender a la capital.

En el ámbito de emergencias médicas se complica la atención ya que las unidades deben contar con el equipo necesario para atender la diversidad de situaciones en las que se pueden ver inmersos, a diferencia de los casos traumáticos, los casos clínicos son mucho más difíciles de atender ya que se necesita mayor preparación del personal de medicina prehospitalaria para poder diagnosticar al paciente; al no ser evidentes las causas del malestar, el personal de ambulancia debe hacer valer su preparación profesional para dar un tratamiento adecuado a la persona atendida, ya que puede ser causa de muerte la falta de preparación del personal, al no ser diagnosticados y atendidos a tiempo.

Sobre este aspecto, toma relevancia el suceso ocurrido este febrero del año 2019 en el que un mal diagnóstico por parte de personal del Sistema de Transporte Colectivo Metro (estación Tacubaya) costó la vida de una persona que sufrió un Evento Vascular Cerebral (EVC). Véase el cuadro siguiente:

(Cuadro 3.7)



*Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública / Estadísticas nacionales de llamadas de emergencia al número único 9-1-1 / Cifras con corte al 30 de junio del 2018/ Centro Nacional de Información.

A pesar de ser activados los protocolos del SME, un equivocado diagnóstico por parte de TUMs mal calificados propició el abandono de una mujer afectada fuera de las instalaciones del Metro, argumentando por parte de las autoridades de estación que se encontraba en estado alcohólico.⁶⁶ 24 horas más tarde, vecinos y comerciantes ubicados en los alrededores de la estación volvieron a activar el SME donde se asigna una nueva unidad médica que, al valorar a la paciente, se percataron del síndrome que la afectaba, por lo que procedieron a realizar las maniobras correspondientes de inmovilización, traslado y estabilización para ingresar a la paciente al centro hospitalario más cercano. Lamentablemente el

⁶⁶ Nota periodística: Excelsior, 25 de Abril de 2019, www.excelsior.com.mx, <https://www.excelsior.com.mx/comunidad/estaba-ebria-la-mujer-que-murio-en-metro-tacubaya-aseguran/1309377>

tiempo transcurrido desde que sucedió el EVC y la llegada al hospital resultó fatal para la paciente.⁶⁷

Estadísticamente los pacientes que sufren EVCs deben ser atendidos en hospitales a más tardar 3 horas después del evento, por lo que un buen diagnóstico en las primeras horas es clave para la completa recuperación de los pacientes. En el caso citado, una combinación errónea entre el deficiente proceder institucional y escasa capacitación del personal, costó la vida de una persona.

Por otro lado, podemos ver que en todos los incidentes listados en el cuadro 3.8, se requiere contar con equipo especial así como con preparación adecuada para ofrecer un buen diagnóstico, manejo y atención del paciente que garantice el nivel de rehabilitación; esto se complica y degrada si la atención del Técnico en Urgencias Médicas no está capacitado para afrontar estas situaciones y del mismo modo, aunque esté preparado, pero no cuente con el material indicado, reduce las posibilidades de ofrecer el servicio necesario en esa situación.

En el Cuadro 3.8 se puede apreciar, asimismo, la cantidad de situaciones en las que un Técnico en Urgencias Médicas debe estar preparado para afrontar, por lo que como ya hemos mencionado en capítulos anteriores, es de suma importancia la profesionalización de la educación del personal prehospitalario; una vez que se logre educar al personal, de acuerdo a las necesidades reales del país donde vivimos, seremos capaces a dar respuesta a todos estas urgencias de manera correcta sabiendo que cada profesional dará el mismo nivel de atención sin importar si es una urgencia por enfermedad general o un accidente con riesgo biológico infecto – contagioso.

⁶⁷ Nota periodística: Guadalupe Martínez , Jueves 25 de Abril de 2019, www.SDPnoticias.com, <https://www.sdpnoticias.com/local/ciudad-de-mexico/2019/04/25/paramedicos-dijeron-que-mujer-abandonada-en-metro-tacubaya-estaba-ebria>

Total de llamadas procedentes de incidentes médicos

(Cuadro 3.8)

Enero - Junio 2018

N°	Tipo de Incidente	# de casos
1	Urgencias por enfermedad general	140,776
2	Accidente de vehículo automotor con lesionados	122,078
3	Persona inconsciente / Emergencia neurológica	102,735
4	Caída	91,691
5	Otros incidentes médicos clínicos	86,251
6	Atropellamiento	62,522
7	Accidente en motocicleta con lesionado	57,800
8	Convulsiones	53,666
9	Accidente múltiple con lesionados	38,401
10	Otros incidentes médicos traumáticos	26,413
11	Dificultad respiratoria / Urgencia respiratoria	23,076
12	Lesionado por proyectil de arma de fuego	18,510
13	Otros accidentes con lesionados	17,476
14	Lesionado por arma blanca	16,950
15	Fallecido por causas naturales	16,014
16	Fracturado / Trauma en extremidades	15,660
17	Persona en crisis por trastorno mental	13,173
18	Emergencias por diabetes / deshidratación	12,551
19	Dolor abdominal / Urgencia abdominal	12,380
20	Infarto / Urgencias cardiológicas	9,543
21	Mordedura de animal	9,358
22	Hemorragia	8,921
23	Asfixia	8,260
24	Intoxicación / Sobredosis / envenenamiento por sustancias	7,608
25	Trabajo de parto	6,910
26	Traumatismos múltiples	4,803
27	Accidentes en vehículo de pasajeros con lesionados	4,671
28	Urgencias en pacientes embarazadas	4,237
29	Fallecido por causas traumáticas	3,411
30	Intoxicación etílica	3,362
31	Amenaza de aborto	3,324
32	Traumatismo de cráneo	3,143
33	Envenenamiento por animal de ponzoña	2,269
34	Accidentes con materiales peligrosos	1,963
35	Quemaduras	1,732
36	Electrocutado/Lesiones por corriente eléctrica	1,533
37	Ahogamiento	1,343
38	Paro cardiorrespiratorio	1,130
39	Accidente ferroviario con fallecido	691
40	Accidente ferroviario con lesionados	651
41	Accidente de vehículo automotor con fallecidos	606
42	Infarto cerebral	606
43	Traumatismo de tórax	365
44	Accidente de motocicleta con fallecido	354
45	Amputación	353
46	Accidente múltiple con fallecido	267
47	Traumatismo abdominal	226
48	Accidente acuático con lesionados	198
49	Epidemias	101
50	Accidente de vehículo de pasajeros con fallecidos	98
51	Accidente de aeronave con lesionados	90
52	Traumatismo genital y/o urinario	78
53	Hipotermia	44
54	Congelamiento	30
55	Accidentes en embarcaciones con lesionados	23
56	Accidentes acuáticos con fallecidos	21
57	Accidentes con materiales radioactivos	9
58	Accidentes en embarcaciones con fallecidos	7
59	Accidentes en aeronaves con fallecidos	6
60	Accidentes con riesgo biológico infecto - contagioso	5
Total		1,020,473

Las estadísticas el SME de México nos muestran la necesidad imperante del Estado mexicano de enfocar mayores esfuerzos en fortalecer los sistemas de atención de emergencias, ya que, con base en datos estadísticos, es obvio que estos profesionales son superados para atender en condiciones óptimas a la población que los demanda, dejando a la sociedad en un umbral de desprotección ante algún acontecimiento inesperado.

Detección de fallas en el actuar del SME en la CDMX.

El tema para desarrollar en este apartado trata de la disposición del Sistema Médico de Emergencias y su suficiencia para atender las necesidades de la Ciudad de México. Antes debemos considerar la densidad poblacional de la Ciudad (sin contar su área metropolitana). Según el censo del 2010, la Ciudad de México cuenta con 8,851 millones de habitantes según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información (INEGI) hasta esa fecha. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó recomendaciones para los países que la integran, recomendando dotar por cada 25,000 mil habitantes una ambulancia completamente funcional y en servicio.

Aunque, como hicimos referencia en capítulos anteriores, en la Ciudad de México se encuentran registradas un promedio de 1,500 ambulancias, esto no significa que este número de unidades estén en activo las 24 horas del día. En la actualidad, según datos del *Centro Regulador de Urgencias Médicas* (CRUM) diariamente en la Ciudad de México el Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas (ERUM) pone en circulación, para servicio, un promedio de 25 ambulancias; el CRUM 20 ambulancias, la Cruz Roja Mexicana 10 ambulancias en promedio, entre todas las delegaciones/alcaldías, (Protección Civil) de la CDMX dispone de otras 10 ambulancias y las agrupaciones de voluntarios 5 ambulancias, ello da un total de 70 ambulancias en el mejor escenario. Si siguiéramos la lógica de la OMS, una ciudad como la CDMX necesitaría por lo menos 354 ambulancias operando todos los días, para así dar atención oportuna a la cantidad de incidentes presentados.

Por otra parte, las lesiones causadas por el tránsito vehicular siguen encontrándose entre las diez principales causas de muerte. En 2017, fallecieron 37 mil 190 personas por lesiones accidentales, de estas, 16 mil 39 (el 43.1 %) se debieron a accidentes de tránsito; con estas cifras, se calcula una tasa de 13.3 muertos por cada 100 mil habitantes, cifra solo un 0.1% menor a la registrada en 2015. De acuerdo con el Informe sobre la *Situación de la Seguridad Vial en la Región de las Américas* (OMS/OPS, 2018), México ocupa la posición número 19 en términos de mortalidad, de 32 países que conforman esta región.

A nivel nacional, las entidades federativas que presentaron el mayor aumento de la tasa de mortalidad con respecto al 2022 (actualizar) fueron: Baja California (+33.3 %), Tlaxcala (+23.3 %), Colima (+21.2 %), Guerrero (+20.1 %) y Chiapas (+14.1 %). En contraste, las entidades que más disminuyeron su tasa fueron: Coahuila (-31 %), Campeche (-17.8 %), Veracruz (-17.2 %), Sonora (-16.1 %) y San Luis Potosí (-12.6 %). Todo esto según datos publicados por el *Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes* (STCONAPRA, 2022)

Este índice de tasas es muy relevante, ya que nos permite observar cómo el manejo de los pacientes lesionados no es homogéneo en todo el país; estos números ejemplifican además la inequitativa y desigual calidad en la atención que se otorga a los habitantes vía el SME y el Sistema de Salud en general. Por ello, es indispensable considerar que, para otorgar una atención oportuna y eficiente, se debe contar con un efectivo sistema de atención de urgencias médicas que incluya todas las fases del tratamiento del lesionado y/o enfermo grave. Esto es:

- **La atención médica prehospitalaria:** incluyendo la profesionalización activa y generalizada de todo el personal que proporciona atención prehospitalaria de emergencias médicas, así como la certificación de

protocolos y de materiales para garantizar que la atención será de la misma calidad a nivel nacional cumpliendo con estándares internacionales.

- **La atención médica hospitalaria especializada:** supone garantizar la disponibilidad de atención hospitalaria (hospitales de primero, segundo y tercer nivel) para todas las clases de padecimiento a los que puede recurrir cualquier miembro de la sociedad, así como mantener un constante número de personal capacitado (médicos especialistas en las distintas ramas de la medicina) en servicio para recibir y dar atención de calidad a los pacientes ingresados en cada unidad médica.
- **La rehabilitación:** es preciso contar con centros capacitados de rehabilitación que permitan una adecuada recuperación de las funciones perdidas por un incidente clínico o traumático, garantizando la mejor reincorporación a las actividades cotidianas de la persona.

Estos puntos son deudas pendientes con la sociedad mexicana dado que el Sistema de Salud en México se encuentra sobrecargado y la cantidad de hospitales de servicio público de alta especialidad, así como los hospitales de tratamiento de urgencias, terminan siendo insuficientes para la cantidad de incidentes presentados en la CDMX.

En los últimos años, el presupuesto de egresos programable para el sector salud ha ido en decremento llegando a niveles que teníamos en 2013 (Cuadro 3.9) siendo que las necesidades sociales claramente han incrementado año tras año; como se puede ver, las perspectivas para el año 2023 advierten que la situación tenderá a empeorar por los recortes en el sector salud; el cambio de funcionarios y la inequidad en la asignación del presupuesto, que no solo implica una escasez de recursos sino también una falta de nueva inversión para la mejora del SME, esto no solo en cuestión de infraestructura, sino también de personal calificado.

Presupuesto programable Ramo 12: Salud				
Datos en Millones de Pesos				
2019	2020	2021	2022	2023
117875.9	128,826.40	145,414.57	193,948.30	209,616.46

La seguridad social es uno de los sectores que no pueden dejarse a la deriva; la infraestructura médica es uno de los pilares fundamentales que mantienen a una sociedad en activo, garantizando la salud de sus integrantes. Una sociedad sin seguridad médica es una sociedad que no puede desarrollar su máximo potencial, es decir, al asegurar una adecuada atención médica, se disminuye la pérdida de capital humano necesario para el libre desarrollo social.

“...Para dar atención a esta problemática social y dar una respuesta a la demanda de la población, se cuenta con una variada diversidad de servicios de atención médica, entre estos se encuentra el sector público, seguridad social, organizaciones de beneficencia social, organizaciones no gubernamentales y el sector privado. Estos servicios se han estructurado sin planeación, sin coordinación, con una falta de distribución y planeación estratégica de acuerdo con las necesidades de la sociedad mexicana, ubicados en sitios de mayor concentración y ocasionando desprotección a los grupos sociales que más los necesitan”⁶⁸.

Cada institución interviniente en el sector salud realiza sus actividades sin considerar los esfuerzos y recursos humanos y materiales de las demás; no son capaces de funcionar en conjunto, como un sistema articulado, mejor dicho, funciona como un conglomerado disperso. Esta forma de operar ha propiciado casos de duplicidad en la atención, desperdicio de recursos humanos y materiales, pérdidas graves en su operación, altos costos de manutención, falta de cobertura plena y sobre todo un deficiente servicio a la población.

⁶⁸ López Kneeland, M., *Análisis de los Sistemas de Urgencias en México. Análisis Cualitativo*. México, STCONAPRA-SS, 2008.

“Cuando se presenta un accidente, en ocasiones es prácticamente imposible prever quién será encargado de brindar la atención en el sitio del percance, en que vehículo será transportado el paciente, quién se responsabilizará del tratamiento durante el traslado y en que unidad será atendido, ya que una vez realizado el levantamiento, trasladan al lesionado sin comunicación previa a los hospitales de la Secretaría de Salud, de Seguridad Social o Iniciativa Privada, con el consiguiente retraso en la atención médica, o bien que el paciente sea trasladado a otros hospitales, siendo diferida la atención médica de urgencias”⁶⁹.

En este sentido se han detectado en el Sistema de Urgencias Médicas en México 8 fallas a considerar:

1. **Carencia de Coordinación Interinstitucional para la atención de urgencias:** Este aspecto se intenta solventar con los CRUM´s y el sistema 9-1-1 pero por la cantidad de incidencias reportadas resulta sumamente complicado mantener un seguimiento de las unidades; el desconocimiento del tratamiento y el centro médico al cual se arribará en tiempo real en el que suceden las acciones médicas.
2. **Deficiente red de radiocomunicación:** A pesar de la centralización de los servicios de emergencia aún se continúa operando con los viejos servicios de radiocomunicación que siguen siendo independientes por cada institución, cosa que provoca triangulación de las unidades en servicio y los centros hospitalarios.
3. **Deficiente infraestructura:** La red de infraestructura tanto en hospitales, centros de comunicación, bases de control, unidades móviles e instrumental se encuentran deteriorados, hace falta una renovación de lo existente, así

⁶⁹ García Cruz, A., *Manual para la formación de Primeros Respondientes*. México: CONAPRA, 2008.

como la adquisición y creación de nueva infraestructura que confiera respuesta a la magnitud del problema que necesita enfrentar.

4. **Unidades móviles y fijas con equipamiento deficiente:** Las unidades que actualmente prestan servicios activos de atención prehospitalaria no son suficientes, y la mayoría de ellas solo llevan consigo el equipamiento mínimo requerido para cumplir la Norma Oficial Mexicana, situación que deja en desventaja a los prestadores del servicio y sobre todo a los que lo reciben.
5. **Falta de apego a la normatividad establecida:** Actualmente en la CDMX operan muchas ambulancias que no se encuentran debidamente reguladas por ninguna instancia de gobierno, por lo que no se puede aseverar que cuenten con el equipo ni con el personal capacitado para proporcionar el servicio necesario.
6. **Ausencia de un programa de acreditación y certificación de prestadores de servicios de atención médica en unidades móviles:** Prácticamente la gran mayoría de los Técnicos en Urgencias Médicas que operan en la Ciudad de México, no se encuentran certificados por parte de la Secretaría de Educación Pública, ni cursaron una carrera profesional debidamente avalada por instancias gubernamentales. Todas estas personas cuentan con estudios cursados en organizaciones de carácter privado que no garantizan su debido adiestramiento.
7. **Deficiente coordinación de la prestación del servicio de ambulancias, la mayor de las veces con criterios unilaterales:** Es necesario un mayor control por parte del Sistema Médico de Emergencias, que establezca protocolos de arribo a la escena, tratamiento, regulación, traslado, y llegada a centros de atención médica. Esto evitaría la toma unilateral de decisiones que provoquen el retraso en la atención hospitalaria por una desafortunada

toma de decisiones o una inadecuada canalización hacia el hospital elegido para atender la emergencia.

8. **Carencia de recursos humanos, materiales y equipo biomédico adecuado para atender al accidentado:** La situación en la que se encuentra la Ciudad de México y en general el país es la falta de reconocimiento a la profesión de Técnico en Urgencias Médicas, situación que provoca escasez del recurso humano necesario para esta labor, además, la mayoría del equipo especializado indispensable para atender incidentes de mayor consideración son muy escasos, por lo que es necesaria la reposición de algunos de estos instrumentales y que ello no represente tiempos de espera prolongados para su utilización.

Capítulo 5: Seguimiento de casos (Historias de vida).

La historia transmitida de forma oral, siendo esta como proceso narrativo y descriptivo de las diversas vivencias de los sujetos que componen a la sociedad es tan antigua como la sociedad misma, desde finales de los años 70's, los historiadores empezaron a concentrar su interés cada vez más en el individuo (como sujeto de estudio) y su subjetividad, por lo que el sufrimiento de técnicas que engloban la palabra pura de los sujetos que intervienen en las realidades y fenómenos sociales cobra una gran relevancia para el estudio de la sociología y su interpretación, pasando de ser una ciencia enfocada en observar los fenómenos desde fuera de ellos a adentrarse en su investigación a extractos más interpersonales.

“La causalidad, la regularidad y las leyes que suponen previsible el orden natural se reconoce insuficiente e inadecuado para explicar el mundo de lo humano, siempre cambiante y complejo”⁷⁰ de modo que, para darle una explicación a lo social, nuevas corrientes de pensamiento han optado por retomar la transmisión oral como forma de perpetuar los acontecimientos, conocimientos y saberes para poder plasmarlos de manera escrita después.

En este ámbito, las historias de vida ensalzan el proceso de comunicación y desarrollo del lenguaje para producir y reproducir una de las esferas importantes de la cultura coetánea y sus aspectos simbólicos e interpretativo, donde se reproduce la visión y versión de los fenómenos por los propios actores sociales que se encuentran interviniendo.

Desde esta perspectiva, la historia oral admite como una práctica importante dentro de su quehacer, la construcción de historias de vida, entendidas como narraciones autobiográficas orales generadas en el diálogo interactivo de la entrevista esto con

⁷⁰ de Garay Graciela, Cuéntame tu vida, Historia oral: historias de vida, Instituto Mora, Conacyt, México, 1997, pp. 28

el objetivo de obtener de primera mano datos característicos de una problemática social que se esté investigando.

Por ello, tanto a historia oral como la historia de vida son espacios de contacto e influencia interdisciplinaria que aportan información valiosa, a través de la oralidad, aportar interpretaciones cualitativas de procesos y fenómenos históricos-sociales. De manera que la historia de vida no se presenta como una técnica exclusiva de disciplinas como la historia o antropología, es muy válida asimismo para otras áreas de las ciencias sociales, como la sociología o la psicología social.

En el caso que compete a esta investigación, utilizaremos esta herramienta para dar sustento a lo expuesto a lo largo de este análisis, se realizaran una serie de entrevistas enfocadas a situaciones específicas de la atención prehospitalaria vista desde diversas perspectivas tanto desde la vivencia de pacientes y de personal prehospitalario en funciones activas.

5.1 Entrevistas a pacientes que utilizaron el SME.

La persona por entrevistar es informada de que, con fines académicos, se le desea hacer una entrevista personal, la cual será grabada para luego ser reportada en un informe.

Entrevista Uno:

1.- Datos personales

¿Me puedes decir cuál es tu nombre, tu edad, donde naciste y donde vives actualmente?

Hola soy Astrid Eilin Vite Godínez y tengo 39 años, yo nací en el estado de Puebla, pero vivo aquí en la Ciudad de México

¿Eres Casada?

Sí, tengo 15 años de casada

¿Tienes hijos?

Sí, tengo un hijo de 14 años

¿Actualmente vives con tu esposo e hijo?

Así es, vivimos juntos en un departamento propio.

¿A qué te dedicas actualmente?

Después de mi accidente ya solo me dedico al hogar.

¿A qué te dedicabas anteriormente?

Era secretaria en un despacho de arquitectos.

2.- Expediente Clínico en general

¿cuentas con algún tipo de seguro médico? ¿Cuál es?

Tengo IMSS por parte de mi esposo.

¿Padeces de alguna enfermedad prescrita?

Tengo diabetes tipo 2 desde los 15 años

¿Tomas medicamentos con regularidad? ¿Cuáles y para qué?

Tomo mis medicamentos para controlar la diabetes, tomo “Metformina”⁷¹ antes de cada comida para mantener mis niveles de azúcar bajos, antes me inyectaba insulina, pero como me he cuidado bien a lo largo de los años el médico me eliminó este medicamento y ya solo me controlo con las pastillas.

¿Siempre que sientes malestar acudes al médico o sueles automedicarte?

Pues la verdad si es una fiebre, gripe, tos, dolores o esas cosas leves sin nos automedicamos, pero en situaciones que consideramos graves si acudimos al hospital.

¿Has sufrido un accidente que ameritara solicitar un servicio de ambulancia?

⁷¹ La Metformina se utiliza sola o con otros medicamentos, incluyendo insulina, para tratar diabetes tipo 2 (condición en la que el cuerpo no usa la insulina normalmente y, por lo tanto, no puede controlar la cantidad de azúcar en la sangre). La Metformina es una clase de medicamentos llamados biguanidas.

Si, hace 5 años sufrí un accidente cuando viajaba en el transporte público.

¿Me puedes hablar más a detalle todo lo que sucedió?

Claro, me estaba transportando en una de las llamadas “combis” de la Ciudad de México, iba con dirección a mi trabajo como todos los días. El chofer iba a exceso de velocidad y con mucha carga, lo que provocó que perdiera el control al dar una curva y se impactó con un poste.

Con la fuerza del impacto salí disparada afuera del transporte por una de las ventanillas junto con varios de los pasajeros; yo recuerdo que perdí el conocimiento por unos instantes y cuando recobré la conciencia estaba tirada en la calle con algunas personas alrededor, escuchaba muchos gritos, pero sobre todo sentía un fuerte dolor en la espalda y mis piernas.

Al parecer, los vecinos que se percataron del accidente fueron los que llamaron a los servicios de emergencia y no tardaron mucho en escucharse sirenas por todos lados. Yo no podía moverme por el dolor que sentía en toda mi espalda y mis piernas, pero al poco tiempo se acercaron unas personas que se identificaron como paramédicos solamente, nunca me dijeron de que institución eran o algo más, comenzaron a revisarme de una forma bastante agresiva a mi parecer, cosa que se los hice saber ya que cada que me movían yo sentía un fuerte dolor en la espalda.

A continuación, me ayudaron a sentarme para que hicieran una revisión y me di cuenta que no era una ambulancia que se me hiciera conocida (Cruz Roja, Policía o Protección Civil) se llamaban StarMedic. Cuando hicieron el movimiento para sentarme yo sentí un dolor mucho más fuerte en la espalda lo que los obligó a recostarme de nuevo, después de eso fue cuando dejé de sentir mis piernas. Hasta el momento yo recuerdo perfectamente como sentía dolor y podía mover mis piernas, pero una vez que me volvieron a recostar no volví a sentir nada, sinceramente no me percaté de esto de manera inmediata, ya que el dolor que sentía en la espalda por los movimientos era muy intenso.

A continuación, me dicen que estoy delicada y me deben trasladar a un hospital por lo que me subieron a una tabla y a su camilla, al momento de ir en el traslado fue cuando me percate que ya no sentía mis piernas, el dolor se había ido de esa zona y también la movilidad, eso me asusto muchísimo y se los dije a los paramédicos a lo que me dijeron que estaba asustada y seguramente es una reacción del golpe pero que estaría bien.

Llegamos al hospital Magdalena de las Salinas en el que entré al área de urgencias, cuando el doctor me vio me revisó de nuevo y me dijo que sentía una deformidad en mi columna vertebral y que debían tomarme radiografías, yo le hice saber que no sentía mis piernas y me comenzó a hacer pruebas, mismas que no puede hacer

porque no pude mover mis extremidades, también le dije que antes de que llegaran los paramédicos yo sí tenía movimiento y sensibilidad en las dos piernas.

Cuando me llevaron a radiografía detectaron que tenía múltiples fracturas y una luxación en las vértebras por lo que debían operarme de inmediato. Esto ocurrió muy rápido: yo no sabía si iba a poder caminar y los doctores no me daban buenas esperanzas.

La operación duró aproximadamente 5 horas, al despertar encontré a mi esposo y al doctor que me informaron que sufrí una destrucción de médula a causa de las fracturas y la luxación, del mismo modo me dijeron que pude haber tenido una oportunidad de recuperar la movilidad de mis piernas si los paramédicos hubieran realizado un buen tratamiento; al parecer los movimientos bruscos que me realizaron sin saber que tenía fracturas en la columna provocó que la destrucción medular fuera completa y por esa razón ahora no puedo caminar.

¿Realizaste alguna denuncia en contra de los paramédicos que te atendieron?

Si, levantamos la denuncia, pero jamás pudimos encontrar a los responsables, solo teníamos el nombre de la ambulancia, pero jamás pudimos dar con la empresa que responsable por lo que mi denuncia quedó ahí perdida.

¿Crees que la forma en que los paramédicos actuaron fue por falta de capacitación?

Yo creo que sí, al parecer solo sabían levantar y llevar pacientes al hospital, ya que fue lo único que hicieron, creo que si hubieran estado mejor capacitados serían capaces de trasladarme de una forma segura que me permitiera tener la posibilidad de recuperarme.

¿Después de esta experiencia, has vuelto a pedir el apoyo del servicio de emergencias?

No, nunca he vuelto a pedirlo y no creo que lo vuelva a hacer.

¿Por qué?

Ya no confío en ellos, entiendo que no todos son iguales, pero prefiero no arriesgarme y buscar otras alternativas.

¿Mientras los paramédicos te atendían, se te explicó lo que estaban haciendo?

No, solo hablaban entre ellos y lo único que me dijeron era que debían trasladarme

¿Te preguntaron a qué hospital querías que te trasladaran?

No, de hecho, ellos querían llevarme a un hospital particular, pero yo les dije que no ya que no tenía dinero para pagar un hospital, creo que no me hubieran hecho caso, pero ellos mismos se dieron cuenta de la gravedad de lo ocurrido por lo que decidieron no discutir y llevarme al hospital del IMSS

¿Te hicieron firmar algún documento?

No, en ningún momento

¿Sabes si el hospital firmó algún documento cuando te recibió?

Tiempo después cuando estábamos en las investigaciones de la denuncia me enteré que no, cuando les asignaron una cama a la cual dejarme, me movieron y desaparecieron.

¿Qué te dijeron las autoridades sobre este caso?

Me dijeron que es común esta práctica, ellos las llaman ambulancias “patito”⁷² y que operan fuera de la ley; lo que hacen es “piratear” la señal de radio de los servicios públicos de emergencias y cuando ocurre un accidente ellos intentan llegar primero para trasladar pacientes a hospitales privados y cobrar comisiones por paciente ingresado.

¿Qué piensas tú sobre esta práctica?

Es pésimo, destruyen vidas, son personas que no tienen capacitación alguna y juegan con la salud y la desesperación de las personas en momentos de crisis.

¿Qué secuelas tuviste después del evento?

Pues físicamente solamente la parálisis y emocionalmente quede muy destruida, el saber que ya no vas a volver a caminar es algo muy duro de asimilar.

¿Has tomado terapia para ayudarte con eso?

Si, estuve muchos años en terapia psicológica, me ayudó mucho a entender lo que pasa y entender que la vida no termina aquí.

Mi estilo de vida cambió radicalmente pero poco a poco fui sobrellevando la situación y ahora intento hacer una vida normal

¿Desde tu perspectiva, que importancia crees que tenga la profesionalización de un paramédico?

⁷² Son instituciones que no cuentan con un registro ante ninguna autoridad para operar y dar el servicio en medicina prehospitalaria.

Es sumamente importante, ya que tienen una gran responsabilidad en sus manos. Son personas que deberían estar sumamente capacitadas para reaccionar ante emergencias de la mejor manera, sin poner en riesgo a sus pacientes.

Yo tuve la mala fortuna de toparme con delincuentes que lucran con las vidas de las personas, pero por experiencias cercanas he sabido de buenas experiencias con paramédicos de Cruz Roja o la SSP que están capacitados y se preocupan por hacer su trabajo.

¿En qué aspectos crees que las autoridades deberían poner atención?

Se deberían combatir las prácticas que hacen esas ambulancias “patito”; realizar operativos para detenerlos y que dejen de funcionar, también se deberían mejorar los servicios de emergencia ya que son muy tardados y en ocasiones nunca llega una de sus ambulancias.

Pienso que se debería prestar mucha atención en la capacitación de los paramédicos y asegurarse que no puedan trabajar personas que no estén calificadas ya que eso pone en riesgo a la población.

Entrevista Dos:

1.- Datos personales

¿Me puedes decir cuál es tu nombre, tu edad, donde naciste y donde vives actualmente?

Hola soy José Roberto Hernández Belmont y tengo 40 años, yo nací en la Ciudad de México

¿Cuál es tu estado Civil?

Soy soltero, vivo con mis padres

¿Tienes hijos?

no, aún no he tenido la oportunidad

me comentas que vives con tus padres, ¿solo vives con ellos dos?

No, también vivo con mi hermana, los 4 vivimos en un departamento rentado en la colonia Doctores.

¿A qué te dedicas actualmente?

Soy ingeniero químico, trabajo para una farmacéutica.

2.- Expediente Clínico en general

¿cuentas con algún tipo de seguro médico? ¿Cuál es?

Tengo IMSS y seguro de gastos médicos mayores en un hospital privado.

¿Padeces de alguna enfermedad prescrita?

Si, sufro de hipertensión, colesterol elevado y ahora problemas cardiacos

¿Tomas medicamentos con regularidad? ¿Cuáles y para qué?

Así es, tomo los medicamentos para mantener en niveles estables mi tensión arterial "Losartan"⁷³, también tomo medicamentos para mi problema cardiaco "antiagregantes plaquetarios"⁷⁴, Beta-bloqueadores⁷⁵ y "Estatinas"⁷⁶

¿Siempre que sientes malestar acudes al médico o sueles automedicarte?

Antes de lo ocurrido la verdad nunca iba al médico, solo iba por mis medicamentos para la hipertensión y listo, solía administrarme remedios caseros.

¿Has sufrido un accidente o enfermedad que ameritara solicitar un servicio de ambulancia?

Si, hace 6 meses, sufrí un infarto agudo al miocardio.

¿Me puedes hablar más a detalle todo lo que sucedió?

⁷³ Losartan es un antagonista del receptor de angiotensina II (a veces llamado bloqueador ARB). Losartan se usa en el tratamiento de la presión arterial elevada (hipertensión) en los adultos y los niños que tienen por lo menos 6 años de edad. Es también usado para bajar el riesgo de un accidente cerebrovascular en ciertas personas con enfermedad del corazón

⁷⁴ Los antiagregantes plaquetarios se utilizan para prevenir la formación de trombos o coágulos. Estos medicamentos actúan sobre las plaquetas que son las células sanguíneas que facilitan la coagulación. Uno de los fármacos más utilizados con esta finalidad es la aspirina a dosis muy bajas.

⁷⁵ Los betabloqueantes protegen el corazón después de un infarto. Su efecto es la relajación de la musculatura cardiaca y la reducción de la tensión arterial En muchas ocasiones se administran de manera indefinida.

⁷⁶ Las estatinas se utilizan para reducir los niveles de colesterol circulante en la sangre. Con ello se pretende reducir los riesgos de un nuevo infarto, al evitar que se depositen placas de aterosclerosis en las arterias coronarias.

Claro, yo llevo muchos años sufriendo de sobrepeso, actualmente peso 135 kilogramos. Un sábado por la mañana me desperté con un fuerte dolor en la boca del estómago y pensé que era gastritis como cotidianamente tenía por mi mala alimentación, así que tomé un antiácido y dejé pasar un tiempo, el dolor no cedía, por el contrario, se iba intensificando por lo que mi madre decidió llamar al 911 y solicitar ayuda médica.

Al poco tiempo llego una patrulla con dos oficiales y nos auxilió agilizando el llamado a una ambulancia a nuestra ubicación correcta, (como) 15 minutos después llego una ambulancia de la Cruz Roja y de inmediato comenzaron a evaluarme, al principio, al igual que yo sospechaban de una gastritis aguda, pero a la hora de tomarme signos vitales algo les resultó raro por lo que decidieron esperar un poco y conectarme su electrocardiógrafo⁷⁷, eso me sacó de onda (sic) pero ellos me comentaron que presentaba signos de un posible problema cardíaco y preferían descartar las posibilidades antes de retirarse.

Me conectaron a su electro y después de unos momentos determinaron que en efecto algo no estaba bien y sospechaban de un posible infarto por lo que me explicaron lo que sucedía y que me recomendaban ser trasladado de inmediato a un hospital de urgencias, les dije que sí, por lo que procedieron a inmovilizarme y subirme a su ambulancia para trasladarme a mi hospital, en el trayecto uno de los paramédicos me comentó que ya había pedido autorización a los médicos de la Cruz Roja para suministrarme tratamiento en lo que arribábamos al hospital, por lo que me dieron aspirina y al poco tiempo una perla de nitroglicerina que ayudaría a liberar la carga que estaba sufriendo el corazón.

Una vez en el hospital los doctores ya me estaban esperando (dado) que la ambulancia comunicó que me llevaban y entré directo a la sala de choque. Ahí los doctores volvieron a conectar un electrocardiograma y en efecto estaba sufriendo un infarto por lo que de inmediato entré a quirófano para tratar de solucionarlo.

Afortunadamente salí sano y salvo de esta situación y por comentarios de los doctores en el hospital, si no hubiera sido por la pronta respuesta y diagnóstico del personal de Cruz Roja, no la hubiera contado. (sic)

Al parecer los infartos no siempre se presentan como los vemos en las películas con dolores en el brazo izquierdo y esas cosas típicas, en verdad nunca me lo imaginé, pero estoy muy agradecido por la ayuda de aquellas personas.

Según tu percepción, ¿Cómo fue el actuar del personal paramédico?

Muy bueno, me evaluaron completamente y no se fueron hasta descartar todas las posibilidades, la verdad es que actuaron de forma muy profesional.

⁷⁷ El electrocardiógrafo es un dispositivo electrónico que capta y amplía la actividad eléctrica del corazón a través de electrodos. El registro se denomina electrocardiograma y se define como el registro continuo de impulsos eléctricos del corazón.

¿según tu experiencia crees que los paramédicos se encontraban bien capacitados?

Yo creo que sí, su actuar fue muy bueno (y) cuando usaban su instrumentación, nunca los vi dudar y en todo momento se demostró su profesionalismo.

¿Después de esta experiencia, has vuelto a pedir el apoyo del servicio de emergencias?

No, afortunadamente no he necesitado solicitar ayuda.

¿En caso de requerirlo, volverías a solicitar el apoyo de una ambulancia?

Sin lugar a duda, ahora me he estado informado y he aprendido la mejor forma de solicitar el apoyo médico porque volvería a solicitar el apoyo si es necesario.

¿Cuántos paramédicos llegaron a atenderte?

Llegaron 4 paramédicos.

¿Mientras los paramédicos te atendían, se te explicó lo que estaban haciendo?

Sí, en todo momento los paramédicos me explicaron lo que hacían y que es lo que encontraban, no solo a mí, también se lo explicaban a mi madre que era la que nos acompañaba en la ambulancia, de hecho, también revisaron a mi madre ya que se sintió mal por lo que estaba sucediendo.

¿Te preguntaron a qué hospital querías que te trasladaran?

Sí, me preguntaron si tenía seguridad social y les comenté que sí y también un seguro privado entonces ellos me preguntaron a donde quería ir, yo decidí ir al hospital Ángeles Mocol y a ese hospital me trasladaron.

¿Te hicieron firmar algún documento?

A mí no porque yo pasé directo a sala de choque, pero sí a mi madre, firmó una parte de servicio en la que venían mis datos y todo lo que se me hizo

¿Sabes si el hospital firmó algún documento cuando te recibió?

Por lo que me comenta mi madre los paramédicos no se fueron hasta que el doctor firmó mi entrada al hospital.

¿Este servicio tuvo algún costo para ti?

La ambulancia no, yo lo único que pague fueron los gastos del hospital, los paramédicos no nos cobraron absolutamente nada.

¿Cómo viste el estado físico tanto de la ambulancia como del equipo con el que te atendieron?

Se veía en buen estado y dentro de la ambulancia todo se veía limpio y en orden, sinceramente la apariencia del instrumental se veía bien.

¿Qué piensas tú sobre prácticas de personal no capacitado profesionalmente?

Es pésimo, destruyen vidas, son personas que no tienen capacitación alguna y juegan con la salud y la desesperación de las personas en momentos de crisis.

¿Cuál es tu percepción sobre la labor del personal que te atendió en tu emergencia?

Me parece algo increíble y estoy sumamente agradecido por la atención, es claro que se necesitan muchas más ambulancias en la ciudad y una cultura ciudadana para apoyar en caso de emergencias, pero lo que hacen estas personas en su día a día es magnífico, la verdad es que fueron muy profesionales.

¿Desde tu perspectiva, qué importancia crees que tenga la profesionalización de un paramédico?

Sin lugar a duda es muy importante, estas personas atienden a sus pacientes en lugares precarios, en las calles y deben diagnosticar prácticamente en segundos, no me quiero imaginar que pasaría si me hubiera atendido una persona poco capacitada, lo más seguro es que me hubiera dejado en mi casa y hubiera muerto. Espero que todas las instituciones tengan programas de capacitación para su personal y que todos se encuentren al nivel de las personas que llegaron a salvarme a mí.

¿En qué aspectos coincidirás que las autoridades deberían poner atención?

Creo que, a pesar de la buena atención de los paramédicos, se debe trabajar mucho más en el sistema de emergencias ya que el arribo de una ambulancia desde que se hace la llamada para solicitarla es muy largo, entiendo que no es culpa de las ambulancias, es un problema de recursos tanto materiales como humanos, así como de la cultura ciudadana. Por curiosidad me di a la tarea de investigar un poco y sé que muchas llamadas resultan ser falsas por lo que las ambulancias pierden demasiado tiempo, creo que es trabajo de todos.

5.2 Entrevistas a TUM con participación activa.

La persona por entrevistar es informada de que, con fines académicos, se le desea hacer una entrevista personal, la cual será grabada para luego ser reportada en un informe de tipo académico para titulación.

Entrevista Tres:

1.- Datos personales

Entrevistado: Técnico en Urgencias Médicas Omar Ulloa Rodríguez.

¿Me puedes decir cuál es tu nombre, tu edad, donde naciste y donde vives actualmente?

Mi nombre es Omar Ulloa Rodriguez y tengo 27 años, nací aquí en la Ciudad de México e igual vivo aquí en la ciudad.

¿Eres casado?

No, actualmente soy divorciado.

¿Tienes hijos?

Sí, tengo una niña de 5 años.

¿Me puedes platicar a que te dedicas?

Claro, estoy trabajando en el CRUM soy empleado del gobierno de la Ciudad de México.

2.- Escolaridad y profesión

¿Hasta qué grado escolar alcanzaste?

Terminé de estudiar hasta la preparatoria en el Colegio de Bachilleres 1 pero actualmente estoy estudiando la licenciatura en Técnico Superior Universitario en la Universidad Tecnológica del Valle de Toluca UTVT

Pláticame a que haces en tu trabajo

Pues realizo varias funciones dependiendo que tarea me sea asignada para la guardia de ese día, puedo estar en atención telefónica o de guardia en las calles.

Explícame por favor cada una de esas actividades

Cuando me toca estar en el centro regulador atendiendo llamadas, se me pueden asignar dos trabajos, uno sería el estar en contacto con el centro de atención de emergencias del sistema 911 y el C5, ellos nos solicitan el apoyo para atender alguna emergencia que esté en el rango de nuestro perímetro de acción y nosotros somos los encargados de administrar los recursos que tenemos en ese momento.

Digamos que dependiendo de las ambulancias que tengamos disponibles se van asignando rutas para atender emergencias según su prioridad, yo me encargaría de esa parte, toda esta comunicación es vía radio o celular, esto solo es para las ambulancias a nuestro cargo.

Del mismo modo me pueden asignar la atención telefónica para la “regulación de pacientes”⁷⁸, con esto se trata de ayudar a las unidades médicas de cualquier institución pública o privada en la Ciudad de México, digamos que aquí lo que pasa es que si una ambulancia tiene a un paciente de prioridad que amerite un traslado al hospital de urgencia, los paramédicos que están atendiendo al paciente pueden llamarnos para que nosotros le asignemos un hospital al que puedan arribar y un doctor que los va a recibir, así ya no se pierde tiempo en el traslado y con la incertidumbre de que en el hospital al que se trasladó al paciente no cuente con equipo o personal para la atención.

Otra de las cosas que se me pueden asignar hacer es el salir a cubrir en una de nuestras unidades médicas (ambulancia), dependiendo del personal son la cantidad de compañeros que salimos por unidad, se nos asigna una zona de cobertura y es nuestra responsabilidad el atender las emergencias que nos asignen.

¿En promedio cuantas ambulancias y personal se asigna diariamente a salir a cubrir?

⁷⁸ Regular a un paciente es el proceso que realiza el Sistema Médico de Emergencias para establecer una coordinación entre hospitales y unidades médicas en la escena del accidente. Esto con el fin de lograr canalizar lo mejor posible un hospital de la red de la Secretaría de Salud a pacientes en estado de inconsciencia o que no cuenten con ningún tipo de seguro médico, por lo que el Centro Regulador de Urgencias Médicas establece la logística recabando datos proporcionados por las unidades en escena y las disponibilidades en la red de hospitales en la ciudad para trasladar a los pacientes.

Eso es muy variado tuvimos temporadas en las que no podíamos sacar ni una sola ambulancia ya que no teníamos unidades o estaban descompuestas, pero actualmente salen en promedio 3 o 4 ambulancias por turno y salen de 2 a 3 compañeros por ambulancia.

¿Qué datos requisitos piden para que ustedes apoyen a los paramédicos a regular algún paciente?

Solamente deben llamarnos y proporcionar una serie de datos:

- 1- Que se identifiquen: nombre, institución, rango.*
- 2- Ubicación: debe informar su ubicación exacta.*
- 3- Situación previa y actual: informar que fue lo que aconteció y cuál es la situación actual del paciente.*
- 4- Valoración del paciente: se le pide al paramédico informar el diagnóstico preliminar de su paciente, la prioridad de atención y datos sobre si está inscrito en alguna institución médica pública.*
- 5- Datos médicos: el paramédico debe proporcionar los signos vitales del paciente, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, escala de coma de Glasgow desglosado y tratamiento que se le ha dado hasta el momento.*

Ya con esa información nosotros verificamos a qué hospital pueden trasladar a su paciente, se toma la decisión y hablamos con el hospital, una vez confirmada la disponibilidad de recursos se les informa la asignación de la ambulancia a su hospital.

Posteriormente se le comunica al paramédico en la escena a qué hospital puede realizar el traslado, así como el nombre del médico y su número de folio, mismo que debe presentar en el hospital junto con el paciente.

¿Cuánto tiempo te tardas en poder regular a un paciente?

Es muy rápido ya que previamente los hospitales nos informan los recursos con los que cuentan y sus doctores responsables, por lo que las asignaciones, dependiendo de los diagnósticos de los paramédicos en escena nos proporcionan son muy ágiles, puedo decir que en promedio el regular a un paciente nos lleva menos de 5 minutos, en ese tiempo ya está informado tanto el hospital como la ambulancia.

¿Qué consideras que es el punto más importante al momento de regular un paciente?

Pienso que es muy importante que los paramédicos que están atendiendo sean capaces de dar de manera rápida un buen diagnóstico, así como la habilidad de

obtener tanto información del paciente como los datos médicos necesarios, en varias ocasiones me ha tocado paramédicos que desean regular y aún no tienen un diagnóstico o no cuentan con los datos médicos necesarios, cosa que entorpece el tiempo de atención.

¿Cuál de las tres tareas propias de tu trabajo es la que más te gusta realizar?

La verdad es que prefiero salir a cubrir arriba de la ambulancia, o sea, todo es importante pero siempre es un poco más gratificante para mí el poder estar atendiendo emergencias.

¿Qué opinas acerca de tu profesión?

Pues soy servidor público, pero me considero como paramédico.

¿Estudiaste alguna carrera para ejercer como paramédico o TUM y en dónde?

Sí, pues saliendo de la preparatoria entre a estudiar a Iberomed, es una Asociación Civil de la Universidad Iberoamericana donde se da el curso de Técnico en Urgencias Médicas, pero actualmente estoy estudiando la licenciatura para profesionalizarme.

¿A qué edad la decisión de ser Técnico en Urgencias Médicas?

Desde que estudiaba la preparatoria me llamó la atención la labor de los paramédicos así que investigué como serlo, y encontré esa opción, me llamó mucho la atención y decidí entrar a estudiar para dedicarme a eso.

¿La institución en la que estudiaste y en la que estudias actualmente otorga alguna certificación que avale que eres TUM?

En Iberomed me dieron un certificado que me avala como TUM y en la Universidad Tecnológica del Valle de Toluca (UTVT) obtendría el título de Técnico Superior Universitario expedido por la SEP.

¿Conocías la labor de un TUM antes de entrar a estudiar?

Como te decía, me llamaba la atención e investigué un poco sobre que hacían y así, pero en realidad al 100% no tenía idea exacta de que se hacía.

¿Tienes algún familiar que se dedique a lo mismo que tú?

No, soy el único que se dedica a esto

¿Dedicarte a esto fue tu primera opción de carrera profesional o tenías pensado ejercer otra profesión?

Si, esta fue una carrera que me llamaba mucho la atención y la verdad es que si busqué la forma de ejercerla.

¿Cuál fue el tiempo que tardaste en estudiar la profesión de TUM?

En Iberomed estúdié 2 años y actualmente en la universidad dura 3 años la carrera.

3.- Trabajo

¿En qué lugares has trabajado como TUM?

He sido voluntario en la escuela en Iberomed, he trabajado para Protección Civil de la Alcaldía Miguel Hidalgo y actualmente soy voluntario en el Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas (ERUM) y trabajo para el Centro Regulador de Urgencias Médicas.

¿Tú eres TUM voluntario o recibes alguna remuneración económica por tu labor?

Soy de los dos, en mi trabajo en el CRUM me pagan por realizar esta labor y en el ERUM como en Iberomed soy completamente voluntario.

¿Cuánto tiempo llevas dedicándote a ser TUM?

Llevo 6 años ya subiéndome a una ambulancia.

¿Que opinión tienes sobre la profesión de TUM en Mexico?

Es un trabajo muy bonito, es pesado y algo extraño pero la verdad me hace sentir muy satisfecho, en México es un trabajo poco reconocido, tanto así que en muy pocas universidades puedes estudiar esto, también creo que no está pagado lo suficientemente bien y sobre todo vemos que la mayoría de nosotros somos voluntarios; yo diría que en la Ciudad de México estamos divididos entre un 50% de paramédicos pagados y otro 50% de voluntarios. Aunque esta labor la hacemos muchas veces por gusto, creo que también debería ser reconocido y remunerado ya que al final del día es un trabajo.

¿Actualmente consideras que es justa la remuneración económica que percibes?

Obviamente me encantaría ganar más y por esta razón es por la que entré a estudiar la licenciatura y así lograr prepararme aún más y lograr tener una remuneración mejor, creo que por lo menos aquí en el gobierno no está tan mal pagado, pero en ámbitos privados es muy variado.

Según tus años de experiencia dentro de la profesión, ¿qué cambios has podido apreciar, tanto en la educación, como en la práctica laboral?

He notado que antes era más empírico y muchos de los paramédicos si no eran de la Cruz Roja aprendían a base de experiencia, entonces muchos se subían a las ambulancias sin ningún conocimiento académico previo, actualmente ya se está abriendo más la oferta educativa y ya hay varias instituciones en las que se puede aprender pero no cuentan con la validez oficial como cualquier otra carrera, nos hace falta un reconocimiento por parte de la SEP por nuestra labor y cada vez más instituciones lo tienen; creo que en algunos años es probable que esta carrera sea reconocida como alguna otra, me refiero a como un abogado, un contador, un arquitecto etcétera.

Y en materia laboral sería de la misma forma, anteriormente las fuentes de trabajo eran muy escasas ya que esta atención se brindaba principalmente por voluntarios, pero cada vez más el gobierno se está dando cuenta de la importancia y está diseñando programas que generan fuentes de trabajo para los paramédicos, así como en el sector privado, cada vez más instituciones ven necesaria la contratación de personal con conocimientos en atención prehospitalaria y el campo laboral se comienza a abrir lo que nos obliga a seguir preparándonos, espero esto continúe así.

¿Consideras que los TUM en la CDMX se encuentran bien preparados?

Es difícil de decirlo, me he encontrado un poco de todo, pero sí puedo decir (sic) que cada vez más se pueden encontrar personas muy bien preparadas, pero obviamente no todos se toman la importancia que esta profesión amerita.

Aunque esto comienza a verse ya que cada vez más en las instituciones te piden estar más preparado y tener como demostrarlo, entonces ya los paramédicos que están en la calle por lo menos se les pide estar certificados con algún curso de TUM.

Nos sigue faltando mucho para lograr que todos los paramédicos tengan un nivel adecuado, pero creo que vamos por buen camino, algo lento, pero ahí vamos.

4.- SME

¿Sabes cómo funciona el sistema prehospitalario en México?

Si, pues trabajo en una parte importante de éste.

¿Qué opinión tienes sobre el sistema prehospitalaria de la CDMX?

Está sobrecargado en la mayoría de los aspectos, no hay suficientes unidades médicas, no hay suficiente personal y en ocasiones ni suficiente material, esto solo en el caso de las ambulancias, pero si hablamos de todo el sistema de salud se encuentra casi en la misma situación, los hospitales están sobrecargados, lo que

retrasa la atención, y no creo que sea problema del personal, ellos hacen su trabajo en muchas ocasiones sin recursos materiales o equipo y aun así logran hacer maravillas.

Considero que es necesaria mucha inversión en el sector salud ya que este aspecto es muy importante, todos podemos llegar a enfermar y deberíamos estar seguros de que podremos recibir una buena atención, tanto en una ambulancia como en el hospital, este tipo de deficiencias no solo provocan molestias, pueden llegar a costar vidas humanas, no es un sector en el que se deberían escatimar recursos.

5.- Percepción del entorno social

¿Qué respuesta has obtenido de las personas a las que atiendes?, me refiero a como percibes que la sociedad ve tu labor?

Es muy variado, la mayoría te lo agradece, pero otros te tratan mal y es entendible por los tiempos tan tardados de atención que se llegan a dar, en muchas ocasiones la llegada de una ambulancia a una emergencia es de más de 45 minutos, lo que causa molestias, pero no es culpa de nosotros ya que somos pocas las unidades para la cantidad de emergencias en una ciudad como esta.

Pero en general los familiares o el mismo paciente nos tratan bien y si ven que la atención que se les brinda es buena son muy cálidos y agradecidos, se debe entender que están en una situación delicada ya que ellos o algún familiar está pasando por algo grave, por eso nos llamaron entonces parte de nuestro trabajo es saber lidiar con todas esas situaciones.

¿Cuál ha sido el caso que más te ha marcado de buena o de mala manera?

Sin duda alguna siempre son los casos en los que me toca atender a niños pequeños, las situaciones siempre son más delicadas y requieren de un esfuerzo extra por lo que esos casos siempre te marcan.

¿Consideras que desde el momento de subirte a la ambulancia te encontrabas preparado para atender los casos que se te presentaran?

No, creo que aún me faltaba mucho que aprender, digamos que en términos generales si me sentía seguro de los conocimientos teóricos que tenía, pero en materia práctica aun me faltaba, y ahora que estoy en la carrera me doy cuenta que aún me faltaban (sic) aprender muchas cosas más teóricamente que me están ayudando en mi labor diaria, veo esto como a la medicina y a los médicos, los cuales deben estar estudiando todo el tiempo ya que cada día aparecen nuevas técnicas y desaparecen otras por la que los paramédicos debemos tener la convicción de actualizarnos todo el tiempo.

¿Actualmente te sientes preparado para brindar atención a cualquier situación prehospitalaria que se te presente?

Sí, creo que soy capaz de ofrecer una buena atención prehospitalaria a mis pacientes, pero no quiero decir que no pueda mejorar, creo que cada experiencia te va enseñando algo nuevo y los errores te enseñan lo que no debes hacer en la próxima, aunque el cometer errores aquí puede costarle la vida a una persona por eso debemos aprender muy rápido y ser muy precavidos.

¿Desde tu perspectiva ¿cuáles crees que sean las cosas para mejorar en el sistema médico de emergencias?

La falta de recursos es el mayor problema, no se cuenta con la infraestructura ni el personal necesario para brindar una atención eficiente en la ciudad; esta ciudad es demasiado grande y compleja.

¿En tu experiencia laboral, como calificarías el estado de las unidades y material que se utiliza en las ambulancias?

Actualmente, el gobierno de la CDMX ha dotado de nuevas unidades médicas a varias instituciones públicas y la verdad vienen muy bien equipadas, la problemática sería el mantenerlas en ese estado ya que eso requiere dinero, tanto para sus mantenimientos como para el equipamiento del que se requiere abastecer⁷⁹... entonces esperemos que se asignen los recursos suficientes para darles un adecuado mantenimiento a las unidades y así se conserven en un excelente estado el mayor tiempo posible⁸⁰

¿Desde tu experiencia laboral, como calificarías el nivel de atención prestado por los TUM en la CDMX?

Considero que es buena, por lo menos por lo que he podido ver es de las mejores del país, contando que los paramédicos de la CDMX se enfrentan a situaciones mucho más variadas y en mayor cantidad que en los demás estados de la república eso ha hecho que los paramédicos de la ciudad cuenten con más horas de experiencia.

¿Qué crees que se deba mejorar en la profesionalización de los TUM?

Se debería de establecer en las universidades la carrera, para poder educar a los nuevos paramédicos en las áreas que se necesitan aprender, ya que actualmente la educación que se imparte depende la institución y no todas son homogéneas, así

⁷⁹ Vázquez Cortes, Javier 25 de septiembre de 2018, Entrega equipo nuevo a SSP y ERUM, Ciudad de México, Excélsior, <https://www.excelsior.com.mx/comunidad/entregan-equipo-nuevo-a-ssp-y-erum/1267491>

⁸⁰ Escalona, Hilda 14 de julio de 2019, Arrancan operación de 40 moto-ambulancias en la CDMX, Ciudad de México, El Sol de México, <https://www.elsoldemexico.com.mx/metropoli/cdmx/arrancan-operacion-de-40-moto-ambulancias-en-la-cdmx-3899994.html>.

darías oportunidad a que cada vez más personas se interesen por la profesión, (..) debería existir alguna certificación nacional que garantice los conocimientos de los paramédicos, actualmente se está haciendo con la aplicación del examen CONOCER pero debería ser obligatorio para poder subir a una ambulancia.

¿Te sientes satisfecho con tu labor?

Sí, me parece una profesión muy bonita y me encanta realizarla.

¿Qué es lo que te hace sentir satisfecho?

Creo que el ayudar a las personas y la adrenalina que se siente, es un trabajo muy movido y con un grado de riesgo, pero a pasar de ver demasiadas desgracias el saber que pudiste ayudar a alguien a seguir vivo hace que todo valga la pena.

¿Cuál consideras que debe ser el ideal ético del servicio del TUM?

Creo que todo TUM debe tener en mente que está tratando con personas igual que él y que debería prepararse académicamente lo necesario para poder brindarle la atención que a él le gustaría que le dieran o a alguno de sus familiares; creo que nuestra profesión tiene una carga social ya que debemos comprender el compromiso que tenemos con las demás personas y que no es solo un trabajo, podemos cambiar vidas con una buena o mala atención y si logramos estar lo mejor preparados, disminuirémos las malas experiencias al momento de la atención aumentando las posibilidades de los pacientes a reponerse de las emergencias que llegaran a sufrir.

5.3 Ideal de servicio del TUM.

El tener un ideal de servicio es un atributo que todas las profesiones contemplan, este atributo es un rasgo distintivo del profesionalismo, es asimismo, un rasgo característico en función de la autonomía de las carreras profesionales frente al Estado y la sociedad civil. En el caso mexicano, la elección de profesionalización aún se encuentra ligado al ideal de satisfacción individual y no de carácter social, del mismo modo, aún se tiene en alta estima el ideal de profesión familiar; con esto nos referimos a la profesión por tradición, y quizá sea esa motivación la que no permite alcanzar los mejores ideales de servicio, como lo vimos en el capítulo 1.3 de este análisis.

Sociológicamente, Weber señala que el “tener un ideal de acción le permite al individuo establecer metas que le ayuden a mejorar los aspectos propios de su profesión.”⁸¹ Si solo se ejerce una profesión, como medio de satisfacción económica, sin que ésta satisfaga necesidades morales, éticas, sociales, espirituales, etcétera, es posible que sólo se ejerza esta acción de forma cotidiana y sin empeño. En cambio, al mantener un ideal de servicio que aspire a satisfacer necesidades más allá de las cotidianas, es probable que su labor sea digna de alta estima y valoración en el desempeño de la profesión ejercida.

Aunque en México no abunda información al respecto, cabe señalar que quien tradicionalmente ejerce servicios a la comunidad se encuentra reconocido en el aparato estatal heredado de las prácticas políticas que vimos en el capítulo 1. El mayor ejemplo que tenemos en México es el referido a la medicina, la cual se ha transformado en una profesión idealizada a la que demasiados individuos desean integrarse a sus filas de agremiados.

“Las profesiones liberales, como cualquier otro grupo de estatus reconocido y establecido, promueven su visión disciplinaria para proteger los privilegios obtenidos y ganados a lo largo de su historia. Estas profesiones han encontrado en el “ideal de servicio” las bases de su legitimación, sin embargo, con el creciente establecimiento de la ideología empresarial moderna como forma de explotación racional, la ideología del profesionalismo se ha tenido que transformar y hoy ésta se alinea en función de intereses y necesidades de las empresas privadas, es decir, en función de la obtención de la mayor ganancia capitalista.”⁸²

Por otro lado, la racionalidad de la sociedad industrial es la producción y con esta lógica se aprecian todos los aspectos de la vida como una mercancía

⁸¹ Weber Max, *El Político y El Científico*, Fondo de cultura económica, México, 2012. Pp. 88

⁸² Fernández Jorge, Elementos que consolidan el concepto de profesión, *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, vol. 3, no. 1, 2001, Facultad de Filosofía, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

intercambiable, dejando a los profesionistas como moneda de cambio en el mercado, donde solo gana el que mejor situado se encuentre; ello propicia una lucha inconsciente entre los mismos integrantes de los gremios profesionales, dejando de lado el ideal de servicio por las necesidades del mercado.

Hoy en día, con las condiciones actuales y con la política de privatización de las empresas públicas, el Estado mexicano comparte el servicio a la comunidad con la iniciativa privada, transformando el punto de vista de estos servicios, al pasar de ser derechos sociales a mercancías. Del mismo modo, hoy la ideología de servicio profesional cambia de sujeto más no de función, es decir, hoy el interés central está puesto en la empresa pública y privada; el espíritu gremial se ha subordinado al libre mercado, formando profesionistas de acuerdo con las necesidades del capital y no de las necesidades sociales.

La profesión de TUM, para alcanzar un ideal de servicio, debe contar con una autonomía profesional, y que sea éste un rasgo distintivo de la ética profesional que hoy en día está desapareciendo, no sólo en esta profesión, sino en muchas otras. No obstante, hay que decir que su desaparición es relativa; si bien la autonomía profesional, en cuanto a la fijación de honorarios ha desaparecido y éstos se han transformado en salario, también es cierto que la autonomía, en cuanto a su nicho de trabajo, todavía subsiste en la mayoría de las profesiones. Habría que decir que la tendencia es la extinción de algunas profesiones y la aparición de otras, en particular es preciso dar cuenta del crecimiento de la llamada empresa de consultoría, o ciertas sociedades anónimas, o trabajos profesionales independientes que no se encuentran sujetos a la normativa del ejercicio de una profesión en una empresa pública o privada y ni qué decir de servicios contratados vía *outsourcing* que han sustituido formas tradicionales de contratación por instituciones públicas y privadas. Aunque actualmente en 2023 esta figura ha sufrido cambios en los cuales se prohibió lo que es el outsourcing para la realización de tareas derivadas del giro principal del centro laboral. La subcontratación únicamente

quedó permitida para la tercerización de servicios especializados, es decir, ajenos al objeto social de la empresa que los contrata.

Por otro lado, la característica tradicional respecto del ejercicio libre de una profesión tiene una gran importancia y peso en países como los Estados Unidos y el Reino Unido. La razón es sencilla, en estos países la promoción del empleo, el reclutamiento y el licenciamiento profesional, todo está manejado por asociaciones de profesionales, a diferencia de lo que sucede en México donde los mecanismos de movilidad profesional no se dan a través del gremio, sino se concretan a través de organizaciones informales como pueden ser los grupos basados en la lealtad histórica o por tradición, o bien en la lealtad por escuela de origen o en el peor de los casos, por compadrazgo.

“En México, las organizaciones que podrían proteger los intereses de los médicos, los abogados, los ingenieros, etcétera, tienen que diferenciarse necesariamente de las de sus colegas de otros países. Las asociaciones profesionales formales de estos campos son ineficaces para regular el mercado de trabajo, certificar el nivel de competencia profesional, establecer los límites de los conocimientos del campo o ampliar las oportunidades de trabajo”⁸³.

El TUM profesionista deberá valerse de las características inherentes al ideal profesional que se han discutido aquí para otorgar a su ejercicio profesional ese reconocimiento de servicio social que tienen actualmente otras profesiones similares, fundamentando su labor en un código de ética acorde a su actuar y con actitud plena.

⁸³ Cleaves S. Peter; *Las profesiones y el Estado: el caso de México*; (Col. Jornadas), 107, Ed. El Colegio de México, México, 1985.

Para el logro de estos ideales de atención médica, sería más sencillo evaluar las carencias y fortalezas que ya poseen los profesionales en servicio, así como tener disponibles una serie de metas de atención, servicio y actuar profesional.

Por otra parte, las necesidades propias en materia de atención prehospitalaria obligan a los TUMs a contar con un estándar de competencia que certifique las habilidades con las que se cuentan para así ofrecer la atención.

Con base en la propuesta de tipos de acción, a continuación, desarrollaremos el listado de acciones ideales propuestas para esta profesión en proceso de consolidación. Los tipos versan sobre los siguientes factores: *Desempeños, Productos, Conocimientos, Actitudes* y las variables se presentan enumeradas.

1- Preparar el material y equipo prehospitalario:

1.1- “Desempeños”: Verificar antes de atender alguna emergencia que la ambulancia y el botiquín de atención contenga el equipo médico, suministros, medicamentos y soluciones que mínimo establece el apéndice normativo “A”⁸⁴:

- Verificar el funcionamiento del equipo.
- Revisar la fecha de caducidad de los suministros, medicamentos y soluciones que se encuentren vigentes.
- Cuidar que los suministros desechables se encuentren en paquetes sellados.
- Abastecer material y equipo faltante.
- Desechar el material que se encuentre caduco.

⁸⁴ Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004, Diario Oficial de la Federación, 15/06/2006, Mexico.

1.2- “Productos”: el TUM debe contar con un formato de registro de equipo y materiales:

- El formato debe contener los suministros, medicamentos y soluciones dispuestos en el botiquín de atención.
- Debe indicar la ausencia de suministros, medicamentos y soluciones en el botiquín y cabina de atención de la ambulancia conforme a lo establecido en el apéndice normativo “A”⁸⁵.

1.3- “Conocimientos”: Niveles de conocimiento teórico para el óptimo desempeño en la atención:

- Debe ser capaz de conocer la fórmula universal para calcular la duración del flujo de un cilindro de oxígeno.
- Estar capacitado para atender las indicaciones y contraindicaciones de medicamentos con que deben contar las ambulancias terrestres de urgencias básicas de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana # 237.

1.4- “Actitudes”: La manera en que se presenta el TUM, de forma aseada, con uniforme completo siguiendo los lineamientos establecidos por la institución de origen:

- El personal siempre debe de estar bien identificado, con las credenciales pertinentes.
- Siempre se debe presentar a sus pacientes, familiares, policía o demás terceros que intervengan directamente en la atención.

⁸⁵ *Ibíd.*

- El uniforme debe identificar a la institución a que pertenece.

2- Cuidar la seguridad de la escena y la del personal:

2.1- “Desempeños”: El TUM debe ser capaz de verificar la seguridad del sitio de la urgencia y de los terceros involucrados.

- Determinar la ausencia de peligros que pongan en riesgo la integridad de las personas involucradas en la urgencia.
- Determinar el número de pacientes encontrados en la escena.
- Saber cómo solicitar ayuda adicional para la seguridad del personal de atención prehospitalaria y de terceros.
- Saber determinar si es necesaria ayuda para la atención del paciente.
- Utilizar equipo de protección personal de acuerdo con lo referido en la tabla A1 “*Determinación del equipo de protección personal*”⁸⁶
- Reiterar al personal de atención prehospitalaria que le acompaña, que porte el equipo de seguridad antes mencionado.

2.2- “Conocimientos”: Niveles de conocimiento teórico para el óptimo desempeño de la atención:

⁸⁶ Secretaría del trabajo y previsión social, Norma Oficial Mexicana NOM-017-STPS-2008, Diario Oficial de la Federación, 09/12/2008. México.

- Dominio del “*Sistema de Comando de Incidentes*”⁸⁷.
- Conocimiento de las lesiones comunes de las categorías de selección de “*Triage*”⁸⁸.

2.3- “Actitudes”: la capacidad de ser empático, así como perceptivo, al ambiente que le rodea a él tanto a su equipo, ser capaz de prever posibles acciones de riesgo, así como tener el valor de la cooperación por el bien del paciente y de su integridad misma, fomentando el trabajo en equipo.

3- Evaluar al paciente de acuerdo con la naturaleza de la urgencia:

3.1- “Desempeño”: El personal debe ser capaz de determinar la naturaleza de la “*Urgencia*”⁸⁹, y evaluar el estado general del paciente mediante la “*Evaluación Rápida de Trauma*”⁹⁰

- Obtener datos de la urgencia a través del radio operador.
- Obtener información con terceras personas sobre el mecanismo de la lesión.
- Saber determinar la molestia principal.
- Obtener consentimiento del paciente y/o familiares.
- Evaluar el nivel de consciencia aplicando la mnemotecnia “*AVDI*”⁹¹

⁸⁷ El Sistema de Comando de Incidentes (SCI) como sistema de gestión permite el manejo efectivo y eficiente de incidentes integrando una combinación de instalaciones, equipo, personal, procedimientos y comunicaciones que operan dentro de una estructura organizacional común, diseñada para habilitar este tipo de manejo de los incidentes. Una premisa básica del SCI es su aplicación amplia.

⁸⁸ Proceso de clasificación y valoración clínica preliminar que ordena a los pacientes según su grado de urgencia.

⁸⁹ Se trata de aquella condición médica de instalación súbita que pone en riesgo la vida, un órgano o la función y que requiere de una atención inmediata. Art. 37 de la Ley General de Salud.

⁹⁰ Protocolo de atención primaria estándar de la Cruz Roja Mexicana.

⁹¹ A= Alerta. V= Verbal. D= Dolor. I= Inconsciencia.

- Debe ser capaz de obtener el puntaje obtenido en la “Escala de Coma de Glasgow”⁹²
- El TUM está obligado a informar al personal de atención prehospitalaria que le acompaña, el nivel de prioridad que tiene el paciente.
- Realizar la apertura de la vía aérea con un método manual de acuerdo con los protocolos establecidos por la AHA.
- Realizar la ventilación, aplicando la mnemotecnica “VOS”⁹³ siguiendo protocolos de la AHA.
- Evaluar la circulación de acuerdo con estándares establecidos por la AHA.
- Examinar de cabeza a pies para encontrar amenazas a la vida del paciente.

3.2- “Conocimientos”: Niveles de conocimiento teórico para el óptimo desempeño de la atención:

- Concepto de cinemática de trauma.
- Características de evaluación enfocada.
- Preguntas utilizables para la obtención del “OPQRST”⁹⁴
- Conceptos básicos de anatomía humana.
- Principios de fisiología.

⁹² Fue creada en 1974 por Bryan Jennett y Graham Teasdale, miembros del Instituto de Ciencias Neurológicas de la Universidad de Glasgow, como una herramienta de valoración objetiva del estado de conciencia para las víctimas de craneoencefálico. Su precisión y relativa sencillez extendieron posteriormente su aplicación a otras patologías traumáticas y no traumáticas. La escala está compuesta por la exploración y cuantificación de tres parámetros: la apertura ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora, dando un puntaje dado a la mejor respuesta obtenida en cada categoría. El puntaje obtenido para cada uno de los tres se suma, con lo que se obtiene el puntaje total. El valor más bajo que puede obtenerse es de 3 (1 + 1 + 1), y el más alto de 15(4 + 5 + 6).

⁹³ V = Ver, O = Oír, S = Sentir

⁹⁴ O= Comienzo, P= Provocado por, Q= Calidad, R= Irradiado, S= Severidad, T= Tiempo

- Términos utilizados en anatomía topográfica.
- Tipos de posiciones anatómicas.
- Límites normales de los signos vitales como lo establece la AHA.

4- Proporcionar los cuidados prehospitalarios al paciente:

4.1- “Desempeño”: seguimiento del protocolo básico de atención a pacientes de urgencia.

A. Asegurar la vía aérea del paciente.

- Colocar un método mecánico (cánulas oro faríngeas o nasofaríngeas).
- Seguir con el protocolo establecido para la inserción del método mecánico.

B. Eliminar secreciones que puedan comprometer la permeabilidad de la vía aérea.

- Utilizar una sonda de aspiración.
- Realizar aspirado como lo indica el protocolo establecido por la AHA.

C. Proporcionar oxígeno suplementario.

- Colocación de dispositivo de oxigenoterapia.
- Ajustado de flujo del cilindro de oxígeno para el dispositivo colocado.

D. Controla hemorragias.

- Contención de la hemorragia con presión-terapia.
- Colocación de apósitos o agentes hemostáticos.

- Realizado de vendajes o torniquetes.

E. Coloca dispositivos de restricción de movimiento.

- Colocar collarín cervical.
- Colocar al paciente sobre una férula espinal larga.
- Colocar aditamentos para la limitación de movimientos de las zonas lesionadas.
- Colocación de straps/araña inmovilizadora para sujetar al paciente a la férula espinal larga.
- Ajustado de inmovilizadores de cráneo a la férula espinal larga.

F. Proporciona control térmico.

- Cubrir al paciente con sábana térmica o cobertor térmico.
- Colocado de compresas calientes en pliegues anatómicos para elevar temperatura corporal.

G. Obtiene el historial médico rápido del paciente.

- Preguntar al paciente o familiar el “*SAMPLE*”⁹⁵
- Buscar alertas médicas que porte el paciente.
- Buscar medicamentos o recetas que porte el paciente.

H. Obtiene signos vitales basales.

- Conteo las respiraciones por minuto.
- Conteo de los latidos cardiacos por minuto.

⁹⁵ S= Signos y Síntomas, A= Alergias, M= Medicamentos, P= Padecimientos, L= Ultima comida, E= Eventos previos.

- Obtener el valor de la tensión arterial con ayuda de un esfigmomanómetro y estetoscopio.
- Obtener valor de la oximetría de pulso con ayuda de un oxímetro de pulso.
- Obtener el valor de temperatura corporal con un termómetro.

4.2- “Conocimientos”: Niveles de conocimiento teórico para el óptimo desempeño de la atención:

- Protocolo de “RCP”⁹⁶ establecido por la AHA.
- Signos y síntomas de la víctima de “EVC”⁹⁷
- Cuidados prehospitalarios de la víctima con problemas cardiacos.

5- Monitorear al paciente durante el trayecto al hospital receptor:

5.1- “Desempeño”: seguimiento del protocolo y revaloración del paciente para así mantenerlo estable durante el arribo a un centro hospitalario donde recibirá la atención que necesita.

- I. Inicia el trayecto al hospital receptor.
 - Verificación que se suba al paciente a la ambulancia.
 - Establecer contacto con el Centro Regulador de Urgencias Médicas para que indique al hospital que hará la recepción del paciente.

- II. Monitoreo del paciente durante el trayecto al hospital.

⁹⁶ Reanimación Cardio-Pulmonar.

⁹⁷ Evento Vascular Cerebral.

- Reevaluar nivel de conciencia.
 - Reevaluar el protocolo de atención primaria.
 - Reevaluar signos vitales.
 - Reevaluar el funcionamiento de los tratamientos realizados hasta el momento.
 - Anotar en la bitácora los signos vitales del paciente, así como la hora en que se tomaron.
- III. Entrega del paciente al médico en el hospital receptor.
- Proporcionar información concisa sobre el estado inicial y actual del paciente.
- IV. Obtención de formatos establecidos que avalan el servicio en materia legal.
- El formato de registro de atención prehospitalaria llenado conforme a lo establecido en las Disposiciones Generales de la Norma Oficial Mexicana 237 que debe incluir.
 - Los datos del servicio.
 - Estado del paciente.
 - Tratamiento realizado al paciente.
 - La firma del médico en el hospital receptor.
 - La firma del prestador del servicio.
 - La firma del paciente o su familiar.

Con esta propuesta abordamos algunos de los más relevantes estándares de competencia que necesita un Técnico en Urgencias Médicas para poder proporcionar atención óptima y ser un referente para la evaluación y certificación de las personas dedicadas a la Atención Prehospitalaria Básica.

Este recurso-guía, describe el desempeño deseado de una persona que ofrece atención prehospitalaria básica desde que es enviado a atender una emergencia, su llegada al sitio, la evaluación y prevención de riesgos, identificar la naturaleza de la emergencia y proporcionar los cuidados al paciente en el sitio de la urgencia, tomar decisión de traslado, continuar con los cuidados a bordo de la ambulancia, contactar al Centro Regulador/Dirección Médica y al final la entrega del paciente al Hospital Receptor para después, registrar los datos requeridos en la documentación y la preparación del vehículo de emergencia en caso de un nuevo servicio. Cabe mencionar que este recurso es un estándar de competencia profesional, fundamentado en criterios rectores de legalidad, competitividad, libre acceso, respeto, trabajo digno y responsabilidad social y se basa en los estándares del *Consejo Nacional de la Cruz Roja Mexicana*.

5.4 Conclusiones.

I

En el transcurso de esta investigación podemos darnos cuenta de que la profesión de Técnico en Urgencias Médicas o Técnico Superior Universitario en Urgencias Médicas es una profesión con las características que atienden a la formación académica. El recorrido histórico previo de esta profesión nos ha permitido reunir datos que dieron cuenta de la importancia de la unificación y universalización de protocolos de certificación que debe tener un profesional en atención prehospitalaria.

Tal como se ha manifestado en este escrito, se están realizando esfuerzos por parte de las estructuras educativas gubernamentales para regular la labor de todos estos profesionistas que hasta el momento se encuentran dispersos y sin contar con conocimientos totalmente certificados. Con esto no queremos decir que los Técnicos en Urgencias Médicas que operan en este momento no estén calificados, al contrario, es imperante que las autoridades educativas tomen la experiencia de las asociaciones que llevan más tiempo proporcionando este servicio para lograr esa certificación y su posterior homologación de currículum educativo tendiente a

formalizar una profesión que, aunque existe en la práctica diaria, no lo es en totalmente en términos oficiales en nuestro país.

II

En México se reconoce la existencia de la Cruz Roja Mexicana como institución impulsora de la gestión de certificación en materia de atención prehospitalaria. En este sentido, el comité de la Cruz Roja ha estado presentando iniciativas en conjunto con la Secretaría de Educación Pública para lograr un protocolo de certificación a todos los Técnicos en Urgencias Médicas que así lo deseen, no solo con el afán de estandarizar conocimientos, sino de otorgar valor extra a la profesión, ya que los individuos que se encuentran certificados ante instancias gubernamentales, se logran ubicar de mejor manera en el campo laboral y gracias a este estatus, es posible obtener garantías de seguridad profesional, mejores salarios y reconocimiento de su labor en beneficio del contexto social al cual pertenecen estos servidores.

III

Por otro lado, la atención médica en ámbitos prehospitalarios ha sido un elemento fundamental para el adecuado tratamiento de los pacientes lesionados o enfermos en los últimos 30 años. En naciones como los Estados Unidos de Norteamérica, Australia y ciertos países europeos como Alemania, Francia o Inglaterra, la provisión de atención prehospitalaria por Técnicos en Urgencias Médicas ha probado ser muy útil en el incremento de las probabilidades de supervivencia por trauma o paro cardiorrespiratorio. Hay estudios realizados de manera comparativa entre países denominados “*desarrollados*”⁹⁸ y países en “*vías desarrollo*”⁹⁹ los cuales han demostrado que la supervivencia asociada a eventos de trauma, lo es por el suministro de cuidados prehospitalarios; por otra parte, en países en vías de

⁹⁸ En general, es un país que posee un alto nivel de vida (un alto desarrollo humano). Uno de los indicadores más usados para considerar a un país como «desarrollado» es el índice de desarrollo humano (IDH).

⁹⁹ Son aquellos países cuyas economías se encuentran en pleno desarrollo económico partiendo de un estado de subdesarrollo o de una economía de transición. Si bien aún no alcanzan el estatus de los países desarrollados, han avanzado más que otros que aún son considerados países subdesarrollados.

desarrollo como México, son recursos profesionales que cada vez con mayor frecuencia están siendo reconocidos, aunque no de la misma manera como en países del primer mundo, con el referente que tenemos desde Estados Unidos de Norteamérica. Por ejemplo, en un estudio comparativo de los servicios prestados por los TUM's entre ambos países, se pudieron encontrar las siguientes diferencias que son determinantes respecto al grado de sobrevivencia durante el manejo prehospitalario, acotándose éste a las siguientes acciones: tiempo de respuesta del evento, manejos de vía aérea, controles de hemorragias, colocación de líneas intravenosas y tratamientos a nivel prehospitalario. Por otra parte, al efectuar una comparativa entre los planes de estudio de algunas universidades de Estados Unidos, en el caso de la Universidad de Florida, esta institución sí certifica a los Técnicos en Urgencias Médicas, y de lo que podemos presentar aquí, comparativamente hablando, es que en ambos países se incluyen cursos de nivel básico, intermedio y avanzado, por otro lado, hay notables diferencias en el tiempo y el contenido de cada programa de estudios, la principal en ambos programas, es acerca del entrenamiento, esto es, el tiempo de práctica en campo y el nivel de carga teórica. Los planes de estudio estadounidenses se encuentran basados en evidencias estadísticas de primera mano, gracias al trabajo estadístico que llevan a cabo las instancias de salud en dicho país, logrando desarrollar programas que de forma seria son adecuados a la realidad que están viviendo. En México se intenta el apego a programas de Estados Unidos combinados con experiencias propias de cada institución en nuestro país, lo cual demuestra que el nivel educativo tenga un desfase entre instituciones y realidades que se viven.

IV

Cuando se logran comparar algunos aspectos clave a nivel operativo y educativos entre Estados Unidos y nuestro país, encontramos que tan solo 6% de los médicos internos de una universidad mexicana tenía entrenamiento en RCP¹⁰⁰ y desfibrilación, a pesar de que estas habilidades son obligatorias para los residentes

¹⁰⁰ Datos obtenidos del informe anual (2010) de la American Heart Association Mexico.

e internos en casi todas las facultades de medicina en los Estados Unidos. Pueden existir muchas otras diferencias entre los Técnicos en Urgencias Médicas estadounidenses y mexicanos que modifiquen el resultado de la atención médica prehospitalaria, como el nivel de entrenamiento, los años de experiencia educativa y laboral, edad, y el estado laboral actual.

Esto se ve reflejado como producto de los análisis estadísticos provenientes de las tasas de mortalidad de los pacientes en ambos países, según un análisis realizado y publicado por la “Asociación Mexicana de Medicina y Cirugía de Trauma AC”¹⁰¹: la mortalidad por trauma en pacientes atendidos es mucho mayor en nuestro país que en Estados Unidos (Cuadro 4.1)

Cuadro 4.1

Mortalidad por trauma en pacientes atendidos en el ámbito prehospitalario		
Rubro	Estado	
	Monterrey (MX)	Seattle (EUA)
Mortalidad	55%	34%
En campo	40%	21%
En sala de emergencias	11%	6%
Tiempos de respuesta		
<30 Minutos	47%	75%
Intubaciones ET*	5%	79%
Líneas IV*	70%	99%

¹⁰¹ Fraga Sastrias Juan Manuel, *Trauma, la urgencia médica de hoy Vol. 7, Estatutos de los técnicos en urgencias médicas en México en comparación con Estados Unidos: se debe hacer énfasis en el entrenamiento y estado laboral. Asociación Mexicana de Medicina y Cirugía de Trauma. México. 2004.*

*Asociación Mexicana de Medicina y Cirugía de Trauma

*ET = Endotraqueales

*IV = Intravenosa

Como podemos ver, la tasa de mortalidad en la segunda ciudad más desarrollada de nuestro país es 21% menor que en Seattle; una cifra alarmante que pone en contexto la importancia de contar con educación continua y profesionalización del personal de urgencias que presta servicios de atención prehospitalaria. Este rubro no es el único que refleja las necesidades educativas y de práctica del personal mexicano, podemos ver el rubro más extremo que es el de las intubaciones endotraqueales, maniobras avanzadas que los Técnicos en Urgencias Médicas en los Estados Unidos son capaces de realizar en 79% de los pacientes que así lo requieran; en nuestro país solamente 5% de los pacientes han obtenido una maniobra de ese nivel lo que refleja el bajo nivel de entrenamiento de los Técnicos en Urgencias Médicas nacionales. El siguiente rubro significativo producto de este cuadro comparativo, es el de las líneas intravenosas, como ya se dijo antes, es una maniobra esencial para el tratamiento de un paciente y posteriormente alojarlo en un centro hospitalario para que reciba su tratamiento de manera óptima. Esta maniobra es una de las que puede hacer cualquier Técnico en Urgencias Médicas que cuente con el nivel básico y a pesar de eso, sólo 70% de los pacientes reciben este tratamiento. En Estados Unidos se encuentra prácticamente homologado como un requisito esencial de atención (99%) de los pacientes que reciben esta maniobra.

Penosamente, no existen estadísticas fiables en México acerca de la supervivencia de algún individuo aquejado por sufrir un paro cardiorrespiratorio fuera de un hospital (que es donde con más frecuencia sucede este evento), sin embargo, es factible afirmar que los números estimados, recopilados por instituciones públicas y privadas son muy bajos. Lo que se pretende mencionar con esto, es que los pacientes que logran contar con un tratamiento que permita el retorno de la circulación espontánea, son un número muy pequeño comparado con el número total de pacientes que llegan a sufrir este percance en nuestro país.

Por otra parte, además de las intervenciones mencionadas previamente (líneas intravenosas, intubaciones endotraqueales, tiempos de respuesta más cortos), otras intervenciones han probado ser útiles en el campo de la medicina prehospitalaria, tales como la RCP y desfibrilación temprana, ya sea con dispositivos automáticos o con desfibriladores tradicionales.

V

Estos aspectos no hacen más que demostrar la agobiante necesidad de establecer certificaciones que contribuyan al mejoramiento integral de la profesionalización del personal de emergencias médicas en México; no se trata de copiar un protocolo de educación proveniente del país vecino, aunque sí se trata de evaluar acciones que han mostrado tener un eficiente proceso de atención al paciente y lograr adecuarlo a las necesidades de nuestro país: en la medida que esto se logre habrá un mejoramiento de la profesión prehospitalaria, ello podría verse reflejado en la baja en los índices de mortalidad, índices que impactan directamente al bienestar de la sociedad mexicana.

En último término debemos comprender que el grado de profesionalización que logre alcanzar una persona dedicada a prestar estos servicios, afecta directamente en la forma de intervenir en su entorno social; la profesionalización es ese factor que la humanidad logra alcanzar en uno de los tantos ámbitos de la vida; es ese elemento que revela a una persona como un actor capaz de desarrollar alguna actividad que la sociedad necesita y él está dispuesto a ofrecer.

Por otro lado, gracias a la información obtenida vía las entrevistas realizadas, podemos concluir que sí ha existido un avance significativo en términos de

profesionalización para los técnicos en urgencias médicas y una mejora sustancial en el aspecto de la organización del sistema médico de emergencias, aunque aún nos falta mucho por hacer para alcanzar niveles de efectividad y profesionalismo como los encontrados en países desarrollados, no obstante, los esfuerzos que se han consignado en este escrito, demuestran un avance significativo que ha impactado en la apreciación de los habitantes de la Ciudad de México.

VI

Por otro lado, en esta disertación se ha insistido en la imperante necesidad de contar con un control por parte de las autoridades para garantizar el nivel de conocimientos teóricos y prácticos de los profesionales en atención prehospitalaria. Con la implementación de certificaciones como las del CONOCER, que ya mencionamos, se aprecia un esfuerzo para universalizar las características y necesidades que todo técnico en urgencias médicas requiere para otorgar un servicio de calidad. Como todo, y en una posición autocrítica, haría falta un programa de regularización de unidades médicas en la CDMX, ello permitiría contar con un registro de instituciones que brindan el servicio, asimismo, facilitaría la continua evaluación del personal, ello para garantizar que toda persona que otorgue el servicio de atención prehospitalaria se encuentre debidamente registrada y certificada. En lo que respecta a la difusión indebida de campañas de atención prehospitalaria por personas y/o empresas irregulares, resulta inaceptable que persistan instituciones que fomenten estos servicios sin el debido cuidado del cumplimiento, tanto de las normas oficiales de atención, como de formación profesional así como desconocimiento de los reglamentos para proporcionar una adecuada atención, como lo fue el caso relatado donde una mujer, usuaria del sistema metro en la CDMX, pierde la vida por un diagnóstico erróneo de personal sin conocimientos certificados o como el caso de otra mujer que tuvo una deficiente atención en el siniestro del que fue parte y que mermó considerablemente su capacidad física y motora.

Finalmente, nos encontramos en un punto decisivo que contribuirá al fortalecimiento de una profesión de alto impacto para la sociedad; en la medida que este servicio a la comunidad obtenga el reconocimiento debido, tanto laboral como socialmente, podremos exigir una nueva etapa de institucionalidad en la labor de profesionales capaces de atender todo tipo de urgencias médicas y a su vez, garantizar un servicio competitivo del cual cada uno de los involucrados serán beneficiados; se recomienda impedir, en la medida de lo posible, que estos profesionales continúen en las sombras; ello provocaría un deterioro social en materia de salud lo cual no nos merecemos ni tampoco debemos permitirnos.

Bibliografía.

- **Arce, Gurza F. y otros, *Historia de las profesiones en México*, Ed. El Colegio de México, México, 1985.**
- **Argüelles A., *Competencia laboral y educación basada en normas de competencia*. Limusa, México, 1996.**
- **Cleaves S. Peter, *Las profesiones y el Estado: el caso de México*, (Col. Jornadas), 107, Ed. El Colegio de México, México, 1985.**
- **Cockerham, W.C. *Sociología de la Medicina*, Prentice, Madrid España, 2008.**
- **Eguzki Urteaga Olano, Lan harremanak: *Revista de relaciones laborales, Sociología de las profesiones: Una teoría de la complejidad*, Págs. 169-198, España, 2008.**
- **Elliot Philip. *Sociología de las profesiones*, Tecnos, Madrid España, 1975.**
- **EMT paramedic national standard curriculum, US Department of Transportation National Highway Traffic Safety Administration, Washington DC, 1998.**

- Fraga Sastrias JM, Asensio E, Illesgas JG, *Resultados de una encuesta sobre los servicios médicos de urgencias prehospitalarias realizada en México*, Gac Med Mex, 2007.
- Fraga Sastrias JM, Straton S, Asensio E, Castillo M, Vega F, Mock C., *Estatus de los Técnicos en Urgencias Médicas en México en comparación con Estados Unidos: se debe hacer énfasis en el entrenamiento y estado laboral de los TUM's*, Trauma: La Urgencia Médica de Hoy, 2004.
- Freidson, E. *The theory of professions: State of the art*. En R. Dinwall y P. Lewis (Eds.), *The sociology of the professions: Lawyers, doctors and others*, London: Macmillan Press, 1985.
- Fuentes M. Olac *Las épocas de la universidad mexicana*. Cuadernos Políticos. p. 48. No. 36. Edit. ERA. México, D. F. 1983.
- García Cruz, A. *Manual para la formación de Primeros Respondientes*. México: CONAPRA, 2008.
- de Garay Graciela, *Cuéntame tu vida, Historia oral: historias de vida*, Instituto Mora, Conacyt, México, 1997.
- Gómez, V. M. y Tenti Fanfani, E. *Universidad y profesiones*, Buenos Aires Argentina, Miño y Dávila Editores, 1989.
- Hager P, Becket D., *Bases filosóficas del concepto integrado de competencia*, En: Argüelles A. *Competencia laboral y educación basada en normas de competencia*, México, Limusa, 1996.
- Iturriaga B. María, *Sociología de las relaciones humanas, La relación médico paciente*, Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, 2012, Tema 6.7. Disponible en: http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500640/n6.7_Sociolog__a_d_e_las_relaciones_humanas.pdf
- López Kneeland, M., *Análisis de los Sistemas de Urgencias en México. Análisis Cualitativo*. México: STCONAPRA-SS, 2008.
- Machado María Helena, *Educación Médica y Salud, Vol. 25 No. 1 Sociología de las Profesiones: Un nuevo enfoque*, Organización Panamericana de la Salud, Brasil, 1991.

- **Martin-Moreno Jaime, Armando de Miguel, *La sociología de las profesiones en España*, CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas), España, 1982.**
- ***Marx K. y Engels F., La ideología alemana, Grijalbo, Barcelona 1970.***
- **National Association of Emergency Medical Technicians, PHTLS soporte vital de trauma pre hospitalario, Octava Edición, Editorial Jones & Bartlett Publishers, México, 2015.**
- **Parsons, Talcott, *Sistema Social*, Fondo de Cultura Económica, México, 1989.**
- **Pinet LM., *Atención Prehospitalaria de Urgencias en el Distrito Federal: las oportunidades del Sistema de Salud*, Salud Pública de México, 2005.**
- **Pinet LM., *El reporte de cuidados prehospitalarios y el estándar de atención: Estudio retrospectivo de un servicio de ambulancias privado de la ciudad de México, Trauma: La Urgencia Médica de Hoy*, México 2005.**
- **Pinet LM., *The Prehospital Emergency Care System in Mexico City: A system's performance evaluation*, Prehosp Disast Med, 2006.**
- **Real Villarreal Mariano Ángel, Tesis de doctorado, *Sociología de la profesión de graduado social, Facultad de ciencias económicas y empresariales*, España, 2002.**
- **Reyes Chargoy Doraldina, Tesis: *La atención Medica Pre hospitalaria desde la óptica de los derechos humanos*, UNAM, FCPyS, México 2001.**
- **Rodríguez Josep A. *Salud y poder, Centro de investigaciones sociológicas*, Barcelona España, 1990.**
- **Rojas Soriano Raúl, *Crisis, saludo, enfermedad y práctica médica*, Plaza y Valdés editoriales, México, 1990.**
- **Rojas Soriano Raúl, *Metodología de la calle, Salud-Enfermedad, Política, Cárcel y Escuela ...*, Plaza y Valdés editoriales, México, 2010.**
- **Rojas Soriano Raúl, *Sociología Medica*, Plaza y Valdés editoriales, México, 1988.**

- Ross González, Capítulo 3 *Una Perspectiva Sociológica Sobre el Desarrollo del SEM en los Estados Unidos, en Desarrollo de Sistemas de Servicios de Emergencias Médicas: Experiencia de los Estados Unidos de América para Países en Desarrollo*, Editorial Organización Panamericana Para la Salud, Washington, 2003.
- Schütz Alfred, Luckmann Thomas, *Las Estructuras del Mundo de la Vida Cotidiana*, Amorrortu editores, Buenos Aires, Argentina, 2002.
- Soledad Loaeza, *Clases medias y política en México (La querrela escolar)*, El Colegio de México, México, D. F. 1988.
- Simmel Georg, *Cultura Líquida y Dinero*, Anthropos, Mexico, 2010.
- de Tocqueville A., *La democracia en América*, Trad. Dolores Sánchez. Madrid, Alianza, 2002.
- Vázquez Bonilla José de Jesús, *Proyección Social del Contador Público, un Enfoque Humanista*, Instituto Mexicano de Contadores Públicos. 1985.
- Vázquez Josefina Zoraida, Dorothy Tanck de Estrada Anne Staples, Francisco Arce Gurza, *Ensayos sobre historia de la educación en Mexico*, El Colegio de Mexico, Mexico, 2014.
- Weber Max, *Economía y Sociedad*, Fondo de cultura económica, Mexico, 2015.
- Weber Max, *El Político y El Científico*, Fondo de cultura económica, Mexico, 2012.
- Weber Max, *La Ética Protestante y el Espíritu del Capitalismo*, Fondo de cultura económica, Mexico, 2013.
- World Health Organization, *Guidelines for Essential Trauma Care*, IATSIC, Suiza, 2004.
- Yuri Nishijima Azeredo, Lilia Blima chraider, *El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea*, *Revista Salud Colectiva*, Vol. 12, Núm. 1, pp. 9-21, Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina, 2016.

