

**UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**CENTRO DE EXCELENCIA CAPACITACIÓN, INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN**  
**PARA LA SALUD BASADA EN EVIDENCIAS.**  
**PROGRAMA DE MAGISTER EN EPIDEMIOLOGIA CLINICA**

**UN INSTRUMENTO DE ACREDITACIÓN**  
**PARA PRESTADORES INSTITUCIONALES**  
**DE ATENCIÓN SANITARIA DE URGENCIA**  
**PRE HOSPITALARIA EN CHILE.**

**Tesis presentada en Centro de Investigación en Gestión, Excelencia y Calidad en Salud de la**  
**Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera, para optar a Grado de Magíster en**  
**Epidemiología Clínica.**

**Tutor Guía de Tesis: PROF. DR. WILFRIED DIENER OJEDA**

**Aspirante a Grado de Magister: PABLO CANTÚ DEDES**

Ciudad de Temuco – 2013.



***Pensamiento.***

*"La calidad no es una técnica,*

*es una filosofía,*

*una política,*

*una convicción...*

*...la calidad es el respeto al pueblo"*

*Dr. Ernesto Guevara de la Serna.*

## ***Dedicatoria***

En la memoria y recuerdo de nuestros colaboradores, por sus actos de servicio



**Juan Carlos Fernández Bahamondez**

06/06/1983 - 08/09/2009



**Aníbal Duhalde Fonseca**

09/06/1963 - 08/09/2009

## ***Agradecimientos.***

***Athenas***, madre, lograste hacer de mí, un hombre “humano”, sé que mi padre te ha acompañado todos estos años.

***Paz***, esposa, amiga, confidente, cómplice, amante y compañera, sin tu existencia, apoyo, aliento y constancia, no habría sido posible. Te amo.

***Daniela Alejandra, José Luis, Pablo Andrés, Carla Daniela y Carlos Luciano***, hijos míos, que cotidianamente me impulsan a mostrarles un camino de perseverancia, buena conducta y esfuerzo.

***Angelina y Roberto***, por sus consejos, juicios y colaboración desinteresada. Por la amistad cotidiana y permanente.

***Profesores y Maestros de CIGES***, de ustedes he absorbido la exigencia, constancia y consejos ejemplares.

***Colaboradores del SAMU Araucanía***, me han hecho más grande persona.

***Profesor Wilfried Diener Ojeda***, por su crítica asertiva, conducción magistral, insistencia, exigencia, confianza, enseñanza de vida. Gracias por creer en mí.

## **Resumen.**

**Introducción y Marco Teórico:** realizamos un estudio cualitativo, que recoge historia, orígenes, estructura legal y funcionamiento de la modalidad de atención de urgencias pre hospitalaria en Chile, a través de una revisión crítica de la literatura, generando un Instrumento para la Acreditación de prestadores Institucionales de esta modalidad de atención sanitaria. **Material y Método:** tomamos una herramienta ya existente en Chile para acreditación de instituciones de salud, la adecuamos y modificamos, adaptándola a la realidad de ésta modalidad de atención sanitaria de urgencias. sometimos el instrumento generado a una Validación de Contenido a través de Expertos en Sistemas Pre Hospitalarios de Atención Sanitaria de Urgencias, chilenos y extranjeros. Aplicamos el instrumento generado al Sistema de Atención Médica de Urgencias en la novena región de la Araucanía. **Resultados:** el instrumento generado, fue evaluado y validado satisfactoriamente por parte de los expertos nacionales, respondiendo “De acuerdo” y “Muy de acuerdo” en un 92 %, por su parte la aplicación piloto del Instrumento generado en el SAMU Araucanía, arrojó un 52 % de cumplimiento, con lo que esta organización no está en condiciones de Acreditarse, bajo los parámetros del Instrumento generado. **Conclusiones:** Se generó un Instrumento con un umbral de cumplimiento del 100 %, sin discriminar Componentes, Características y Verificadores, de esta manera expertos, directivos y autoridades, tendrán un insumo para su aplicación adecuada. Se obtuvo su validez de contenido a través de expertos, con un alto porcentaje en forma y

fondo. La aplicación del instrumento en SAMU Araucanía, demostró su viabilidad. Habiendo cumplido con el supuesto, que es posible generar un Instrumento de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud que ejercen esta modalidad de atención, nos abrimos a la posibilidad de que en un futuro cercano, el sistema sanitario chileno cuente con un Sistema de Atención Pre Hospitalaria de Urgencias a la altura de las necesidades del entorno.

***Palabras Clave:***

Acreditación en salud, atención de urgencias, atención pre hospitalaria, calidad en salud, gestión en salud, modalidad de atención sanitaria, sistema de atención médica de urgencia.

**Trabajo para optar a**  
**Grado de Magíster en Epidemiología Clínica.**  
**Centro de Excelencia CIGES**  
**“Capacitación, Investigación y Gestión para la Salud basada en Evidencias”**  
**Facultad de Medicina.**  
**Universidad de la Frontera.**

## CONTENIDO

Pensamiento.....	3
Dedicatoria.....	4
Agradecimientos.....	5
Resumen.....	6
CONTENIDO.....	9
INCICE DE ILUSTRACIONES.....	13
INDICE DE TABLAS.....	15
INDICE DE GRAFICOS.....	17
UNA EXPLICACIÓN NECESARIA.....	21
CAPITULO I – INTRODUCCION.....	23
Cap. I – Parte 1.- Presentación.....	24
Cap. I – Parte 2.- Características de la Búsqueda y Revisión Bibliográfica.....	28
Cap. I – Parte 3.- Mapa de la Búsqueda Bibliográfica.....	32
Cap. I – Parte 4.- Objetivos.....	33
<i>Cap. I – Parte 4.1.- Objetivo General.....</i>	<i>33</i>
<i>Cap. I – Parte 4.2.- Objetivos Específicos.....</i>	<i>33</i>
Cap. I – Parte 5.- Aspectos Éticos.....	34
<i>Cap. I – Parte 5.1.- Declaración de Intereses y Probidad.....</i>	<i>34</i>
<i>Cap. I – Parte 5.2.- Del Comité de Ética Científica.....</i>	<i>35</i>

CAPITULO II – MARCO TEORICO.....	36
Cap. II – Parte 1.- Supuesto de Salud a Intervenir.....	37
Cap. II – Parte 2.- Premisas, Realidad y Entorno. ....	45
<i>Cap. II – Parte 2.1.- Sistema de Acreditación de Salud en Chile. ....</i>	<i>45</i>
<i>Cap. II – Parte 2.2.- Entorno Internacional en la materia. ....</i>	<i>50</i>
<i>Cap. II – Parte 2.3.- Sistemas de Emergencia Pre Hospitalaria en Europa. ....</i>	<i>57</i>
<i>Cap. II – Parte 2.4.- Sistemas de Emergencia Pre Hospitalaria en Latinoamérica. ....</i>	<i>73</i>
<i>Cap. II – Parte 2.5.- Entorno Nacional en la Materia.....</i>	<i>82</i>
<i>Cap. II – Parte 2.6.-Realidad de las Urgencias Hospitalarias en Chile. ....</i>	<i>82</i>
<i>Cap. II – Parte 2.7.- Sistemas de Emergencia Pre Hospitalaria en Chile. ....</i>	<i>90</i>
<i>Cap. II – Parte 2.8.- Sistemas de Emergencia Pre Hospitalaria en la Araucanía. ....</i>	<i>112</i>
CAPÍTULO III – MATERIAL Y METODO.....	130
Cap. III – Parte 1.- Diseño y Universo del Estudio / Intervención.....	131
CAPÍTULO IV – DESARROLLO Y RESULTADOS.....	134
Cap. IV – Parte 1.- Propuesta del Instrumento de Acreditación modificado y adaptado para la Modalidad de Atención de Urgencias Pre Hospitalaria.....	135
<i>Cap. IV – Parte 1.1.- Propuesta de “Manual del Estándar General de Acreditación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios”. ....</i>	<i>135</i>
<i>Cap. IV – Parte 1.2.- Propuesta de “Formato para la Confección del Informe de Autoevaluación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios”. ....</i>	<i>146</i>

<i>Cap. IV – Parte 1.3.- Propuesta de Pauta de Cotejo del Manual del Estándar General de Acreditación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios.....</i>	<i>147</i>
Cap. IV – Parte 2.- Validación del Instrumento Generado: “Manual del Estándar General de Acreditación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios” .....	150
Cap. IV – Parte 2.1.- Validación a través de Modelos Vigentes en Chile. ....	155
Cap. IV – Parte 2.2.- Validación a través de Opinión de Expertos. Método. ....	157
Cap. IV – Parte 2.3.- Validación a través de Opinión de Expertos. Resultados. ...	170
Cap. IV – Parte 3.- Análisis y Resultados del Ejercicio de Aplicación de la Propuesta de Pauta de Cotejo del Manual del Estándar General de Acreditación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios, en el Sistema de Atención Médica de Urgencias en la Región de la Araucanía. ....	206
Cap. IV – Parte 3.1.- Análisis y Resultados por ámbitos, del Ejercicio de Aplicación del Instrumento Generado en el Sistema de Atención Médica de Urgencias en la Región de la Araucanía. ....	208
Cap. IV – Parte 3.2.- Análisis y Resultados globales del Ejercicio de Aplicación del Instrumento Generado en el Sistema de Atención Médica de Urgencias en la Región de la Araucanía.....	223
Cap. IV – Parte 4.- Resultados Finales del Trabajo de Creación de un Instrumento para la Acreditación de Prestadores Institucionales de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias. ....	225

CAPITULO V – CONCLUSIONES .....	226
Primera Conclusión .....	227
Segunda Conclusión .....	228
Tercera Conclusión .....	230
Cuarta Conclusión .....	231
Quinta Conclusión .....	232
Conclusión Final y Proyección del Presente Estudio .....	234
Algunos Temas Pendientes.....	235
CAPITULO VI – GLOSARIO .....	237
CAPITULO VII – REFERENCIAS.....	247

## INCICE DE ILUSTRACIONES

<i>Ilustración 1.- Mapa de Búsqueda Bibliográfica. ....</i>	<i>32</i>
<i>Ilustración 2.- Fotografía de Portadas de Manuales del Estándar de Acreditación de Atención Abierta y Cerrada. ....</i>	<i>37</i>
<i>Ilustración 3.- Fotografía de Portadas de Manuales del Estándar de Acreditación para Servicios y Unidades específicos. ....</i>	<i>39</i>
<i>Ilustración 4.- Fotografía de Pauta de Cotejo. Manual de Atención Abierta. Ámbito Servicios de Apoyo. Componente APT. Característica 1.1 ....</i>	<i>40</i>
<i>Ilustración 5.- Fotografía de Pauta de Cotejo. Manual de Atención Abierta. Ámbito Servicios de Apoyo. Componente APT. Característica 1.2 ....</i>	<i>41</i>
<i>Ilustración 6.- Fotografía de Pauta de Cotejo. Manual de Atención Cerrada. Ámbito Servicios de Apoyo. Componente APT. Característica 1.2 ....</i>	<i>42</i>
<i>Ilustración 7.- Mapa Europeo. Centros Coordinadores de Emergencias Sanitarias. ....</i>	<i>63</i>
<i>Ilustración 8.- Mapa Geopolítico de Chile. Habitantes con Centros Reguladores Medicalizados. ....</i>	<i>108</i>
<i>Ilustración 9.- Mapa de la Red SAMU Araucanía. 2013. ....</i>	<i>117</i>
<i>Ilustración 10.- Organigrama Actual. SAMU Araucanía. 2013. ....</i>	<i>119</i>
<i>Ilustración 11.- Imagen de la Pauta de Cotejo. Manual del Estándar General de Acreditación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios. ...</i>	<i>149</i>

*Ilustración 12.- Fotografía de Pantalla del correo enviado a Profesionales Expertos en Atención Pre Hospitalaria..... 160*

***Ilustración 13.- Imagen de Pantalla. Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a través de Expertos en la Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalaria..... 161***

## INDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1.- Distribución total consultas médicas y de urgencia. 2001 – 2009. Chile. ....</i>	83
<i>Tabla 2.- Egresos Hospitalarios. 2001 – 2009. Chile. ....</i>	86
<i>Tabla 3.- Egresos Hospitalarios. Enfermedades del Sistema Circulatorio. 2001 - 2009. Chile. ....</i>	87
<i>Tabla 4.- Egresos Hospitalarios. Enfermedades del Sistema Nervioso. 2001 - 2009. Chile. ....</i>	88
<i>Tabla 5.- Accidentes de Tránsito. 2001 – 2009. Chile. ....</i>	89
<i>Tabla 6.- Existencia de Centro Regulador, Medico Regulador, Medico Interventor, población regional y Tasas x 100.000 habitantes. Chile 2012. ....</i>	109
<i>Tabla 7.- Distribución por Regiones de Ambulancias Básicas y Avanzadas. Tasas x 100.000 habitantes. Chile 2012. ....</i>	111
<i>Tabla 8.- Accidentes de Tránsito. 2001 – 2009. Región de la Araucanía. ....</i>	127
<i>Tabla 9.- Llamadas ingresadas. Centro Regulador Regional. SAMU Araucanía. Años 2011 - 2013. ....</i>	128
<i>Tabla 10.- Procedimientos de Intervención Regulados y Ejecutados. SAMU Araucanía. 2010 - 2013. ....</i>	129
<i>Tabla 11.- Enlista Ámbitos y Componente Obligatorios. ....</i>	138
<i>Tabla 12.- Enlista Ámbitos y Componente Obligatorios. Continuación. ....</i>	139
<b><i>Tabla 13.- Enlista Ámbitos y Componente Obligatorios. Continuación. ....</i></b>	140

<b>Tabla 14.- Enlista Ámbitos y Componente Obligatorios. Continuación.</b> .....	141
<b>Tabla 15.- Enlista Ámbitos y Componente Obligatorios. Continuación.</b> .....	142
<b>Tabla 16.- Enlista Ámbitos y Componente Obligatorios. Continuación.</b> .....	143
<b>Tabla 17.- Enlista Ámbitos y Componente Obligatorios. Continuación.</b> .....	144
<b>Tabla 18.- Enlista Ámbitos y Componente Obligatorios. Continuación.</b> .....	145
<i>Tabla 19.- Ámbito N° 1. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía.</i> .....	209
<i>Tabla 20.- Ámbito N° 2. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía.</i> .....	210
<i>Tabla 21.- Ámbito N° 3. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía.</i> .....	212
<i>Tabla 22.- Ámbito N° 4. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía.</i> .....	214
<i>Tabla 23.- Ámbito N° 5. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía.</i> .....	216
<i>Tabla 24.- Ámbito N° 6. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía.</i> .....	218
<i>Tabla 25.- Ámbito N° 7. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía.</i> .....	219
<i>Tabla 26.- Ámbito N° 8. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía.</i> .....	221

## INDICE DE GRAFICOS

<i>Gráfico N° 1.- Distribución Total. Consultas Médicas y de Urgencia. Chile. 2001 – 2009.</i> .....	84
<i>Gráfico N° 2.- Distribución Porcentual. Consultas de Urgencia. Chile. 2001 – 2009...</i>	85
<i>Gráfico N° 3.- Egresos Hospitalarios. 2001 - 2009. Chile.</i> .....	86
<i>Gráfico N° 4.- Egresos Hospitalarios. Enfermedades del Sistema Circulatorio. Chile. 2001 – 2009.</i> .....	87
<i>Gráfico N° 5.- Egresos Hospitalarios. Enfermedades del Sistema Nervioso Central. ...</i>	88
<i>Gráfico N° 6.- Accidentes de Tránsito. Chile. 2001 - 2009</i> .....	89
<i>Gráfico N° 7.- Accidentes de Tránsito. Región de la Araucanía. 2001 – 2009</i> .....	126
<i>Gráfico N° 8.- Total de llamadas ingresadas, por mes, Centro Regulador Regional. SAMU Araucanía. Años 2011 – 2013.</i> .....	127
<i>Gráfico N° 9.- Consolidado comparativo entre expertos. % de verificadores que adicionan respuestas “De Acuerdo” y “Muy de acuerdo”.</i> .....	171
<i>Gráfico N° 10.- Consolidado Total por tipo de respuestas a Encuesta. Experto: Dr. Alan Bazán.</i> .....	173
<i>Gráfico N° 11.- Porcentaje sumado de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo”. Experto: Dr. Alan Bazán.</i> .....	173
<i>Gráfico N° 12.- Consolidado Total por tipo de respuestas a Encuesta. Experto: Srta.</i>	175

<i>Gráfico N° 13.- Porcentaje sumado de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo”.</i>	
<i>Experto: Srta. Enfermera – Reanimadora, Susana Curihual. ....</i>	176
<i>Gráfico N° 14.- Consolidado Total por tipo de respuestas a Encuesta. Experto: Dra.</i>	
<i>Ximena Grove. ....</i>	178
<i>Gráfico N° 15.- Porcentaje sumado de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo”.</i>	
<i>Experto: Dra. Ximena Grove. ....</i>	179
<i>Gráfico N° 16.- Consolidado Total por tipo de respuestas a Encuesta. Experto: Dr.</i>	
<i>Claudio Mac-Lean. ....</i>	182
<i>Gráfico N° 17.- Porcentaje sumado de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo”.</i>	
<i>Experto: Dr. Claudio Mac-Lean. ....</i>	182
<i>Gráfico N° 18.- Consolidado Total por tipo de respuestas a Encuesta. Experto:</i>	
<i>Ingeniero Civil y Contador Auditor, Sra. Yanine Painen. ....</i>	186
<i>Gráfico N° 19.- Porcentaje sumado de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo”.</i>	
<i>Experto: Ingeniero Civil y Contador Auditor, Sra. Yanine Painen. ....</i>	187
<i>Gráfico N° 20.- Consolidado Total por tipo de respuestas a Encuesta. Experto: Dr.</i>	
<i>Heriberto Pérez. ....</i>	190
<i>Gráfico N° 21.- Porcentaje sumado de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo”.</i>	
<i>Experto: Dr. Heriberto Pérez. ....</i>	190
<i>Gráfico N° 22.- Consolidado Total por tipo de respuestas a Encuesta. Experto:</i>	
<i>Enfermero – Reanimador, Sr. Roberto Poblete. ....</i>	192
<i>Gráfico N° 23.- Porcentaje sumado de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo”.</i>	
<i>Experto: Enfermero – Reanimador, Sr. Roberto Poblete. ....</i>	193

<i>Gráfico N° 24.- Consolidado Total por tipo de respuestas a Encuesta. Experto: Dr. Juan Carlos Ponce. ....</i>	<i>196</i>
<i>Gráfico N° 25.- Porcentaje sumado de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo”. Experto: Dr. Juan Carlos Ponce. ....</i>	<i>196</i>
<i>Gráfico N° 26.- Consolidado Total por tipo de respuestas a Encuesta. Experto: Dr. Leonardo Ristori. ....</i>	<i>198</i>
<i>Gráfico N° 27.- Porcentaje sumado de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo”. Experto: Dr. Leonardo Ristori. ....</i>	<i>199</i>
<i>Gráfico N° 28.- Consolidado Total por tipo de respuestas a Encuesta. Experto: Enfermera – Matrona y Reanimadora, Sra. Angelina Santibáñez. ....</i>	<i>202</i>
<i>Gráfico N° 29.- Porcentaje sumado de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo”. Enfermera – Matrona y Reanimadora, Sra. Angelina Santibáñez. ....</i>	<i>202</i>
<i>Gráfico N° 30.- Consolidado Total por tipo de respuestas a Encuesta. Experta Extranjera: Dra. María Carmen Limiñana A. ....</i>	<i>205</i>
<i>Gráfico N° 31.- Porcentaje sumado de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo”. Experta Extranjera: Dra. María Carmen Limiñana A. ....</i>	<i>205</i>
<i>Gráfico N° 32.- Ámbito N° 1. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía. ....</i>	<i>209</i>
<i>Gráfico N° 33.- Ámbito N° 2. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía. ....</i>	<i>211</i>
<i>Gráfico N° 34.- Ámbito N° 3. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía. ....</i>	<i>213</i>

<i>Gráfico N° 35.- Ámbito N° 4. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía. ....</i>	<i>215</i>
<i>Gráfico N° 36.- Ámbito N° 5. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía. ....</i>	<i>217</i>
<i>Gráfico N° 37.- Ámbito N° 6. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía. ....</i>	<i>218</i>
<i>Gráfico N° 38.- Ámbito N° 7. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía. ....</i>	<i>220</i>
<i>Gráfico N° 39.- Ámbito N° 8. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía. ....</i>	<i>222</i>
<i>Gráfico N° 40.- Consolidado. Porcentaje de Cumplimiento por Ámbitos. Aplicación del Instrumento en SAMU Araucanía. ....</i>	<i>223</i>
<i>Gráfico N° 41.- Consolidado. Porcentajes de Cumplimiento por Puntos de Verificación. Aplicación del Instrumento en SAMU Araucanía. ....</i>	<i>224</i>
<i>Gráfico N° 42.- Combinación e Interrelación Ámbitos, Teorías Epidemiológicas y Medicina Basada en Evidencias. ....</i>	<i>233</i>

**UNA EXPLICACIÓN NECESARIA.**

El presente trabajo consta de cuatro grandes cuerpos: Un primer cuerpo que contiene los **Capítulos del I al VII**, donde se exponen los pasos seguidos para la consecución del documento; un segundo cuerpo contiene el **Instrumento Generado** con sus Tres Documentos; un tercer cuerpo conteniendo los **Apéndices**, imposibles de separar, ya que cada uno es complementario y evidencia de los primero dos cuerpos; y un cuarto cuerpo que contiene los **Anexos**, documentos que configuran el sustento teórico, técnico y metodológico, que podrían ser de interés al lector.

Los dos primeros constituyen el **Trabajo de Tesis** en si mismo y el **Instrumento Generado** como resultado del presente trabajo, que para efectos de mejor orientación y comprensión del trabajo y evitando excesos de información o detalles, al momento de la lectura o estudio del trabajo, fueron separados, pero deben ser leídos o estudiados en forma conjunta para el estudio, análisis, revisión y consulta de esta Tesis.

El tercero y cuarto, **Apéndices** y **Anexos**, están citados en la bibliografía y a pie de página donde corresponde, creemos que son documentos importantes para entender, el proceso de Acreditación de Salud chileno, base legal desde donde partimos y el entorno socio – sanitario en el que estamos desarrollando y generando el presente Instrumento de Acreditación específico para la Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalaria para Chile.

## **CAPITULO I – INTRODUCCION**

## **Cap. I – Parte 1.- Presentación.**

### **¿Qué? y ¿Dónde?**

El presente trabajo tiene la intención de generar y validar un Instrumento para la Acreditación Institucional en la Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias y con ello aportar ideas, desde la legislación vigente en nuestro país, que permita acreditar a prestadores institucionales de salud públicos y privados en la modalidad de atención mencionada.

Esta modalidad existe, desde la década de los 80<sup>1</sup> en el área privada y de principios de los 90<sup>2</sup> en el área pública, del recién pasado siglo, y carece de algún tipo de instrumento de acreditación específico para su funcionamiento.

Para ello nos propusimos generar, a partir de la modificación y adecuación del “*Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores de Atención Cerrada*”<sup>3</sup>, correspondiente al modelo de Acreditación en Salud, que actualmente existe y se aplica en nuestro país. Escogimos el Manual de Atención Cerrada, dado que es esta, la que posee características de servicios críticos. Dando de esta forma pasos a una comprensión de la modalidad de atención, donde la estructura de la organización que realiza esta labor hoy en el sistema público chileno, buscando un carácter nacional, autónomo e

---

<sup>1</sup> Unidad Coronaria Móvil. Empresa privada de prestación de Servicios Médicos Domiciliarios y Urgencias.

<sup>2</sup> Durante los primeros cinco años de la década de 1990, nacen los primeros Sistemas de Atención Médica de Urgencia (SAMU) en Viña del Mar y Santiago de Chile.

<sup>3</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación. Atención Cerrada.

interrelacionado con la red asistencial de salud pública y privada, desde la equidad en el acceso y calidad de servicio en la atención de los pacientes / usuarios.

La modalidad de Atención de Urgencia Pre Hospitalaria se define como la atención otorgada desde la recepción de la solicitud de ayuda por una situación de urgencia fuera del hospital, hasta que el paciente es admitido en la Unidad de Emergencias con la capacidad de resolución adecuada y acorde a sus necesidades.<sup>4</sup>

La intención de esta modalidad de prestación sanitaria, es iniciar los cuidados adecuados y reanimación del paciente desde que se pone en contacto con el sistema de emergencias a través del nivel 131, para el caso del servicio público.

El nuestro sistema público de salud, tiene esta modalidad de atención sanitaria, asignada al “Sistema de Atención Médica de Urgencia - SAMU” también conocido como “Urgencias - 131”.

Esta modalidad de atención, en el sistema público de salud, posee estructura, concepción y funcionamiento diferente en cada Servicio de Salud, sujeta a los criterios individuales de las personas que dirigen cada Servicio de Salud y la autoridad política del momento<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Res. Exta. 338 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) - 2005

<sup>5</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Res. Exta. 338 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) - 2005

### **¿Por qué?**

Actualmente en Chile existe un Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales en Salud reglado y normado por el **“Decreto N° 15, Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud” (2007) (Anexo a)** y el **“Decreto N° 18, Aprueba Estándares Generales del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud” (2009) (Anexo b)**, los cuales rigen para la Acreditación de Prestadores Institucionales de Atención Cerrada y Atención Abierta, no siendo efectivos o propicios para la Acreditación de la modalidad de atención sanitaria en estudio.

### **¿Cómo?**

Teniendo en cuenta que el Sistema de Acreditación para prestadores institucionales de salud, no establece diferencias entre prestadores privados y públicos, accedimos a documentos que le dan origen a esta modalidad de atención, específicamente al Sistema de Atención Médica de Urgencias (SAMU), tales como: **“Resolución Exenta N° 552 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) – 1997”**; **“Resolución Exenta N° 338 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) (2005)” (Anexo c)**, aún vigente, la que deroga a su antecesora; el **“Programa de Reforzamiento de Urgencia y Unidades Críticas (Red Urgencia) - MINSAL. 2001”**, que deja expresamente claras las necesidades y cambios que se requerirán, de una reformulación organizacional,

administrativa y financiera, para Urgencias, Unidades Críticas y la atención de urgencias pre hospitalaria.

Accedimos además a documentos de Trabajo, con carácter de “Opinión de Expertos”, realizados entre los años 2011 y 2012 por la Sociedad Chilena de Medicina Pre Hospitalaria y Desastres en conjunto con la Asociación de Médicos del SAMU de Chile, el primero denominado: **“Documento de Consenso. 1º Jornada Nacional de Trabajo del SAMU de Chile. Temuco 2011”**<sup>6</sup>(Anexo d), trabajado entre un centenar de funcionarios de los SAMU de las 15 regiones del país, sus jefes, supervisores, gremios y directivos. Un segundo documento denominado **“Propuesta de Modelo de Gestión SAMU”**<sup>7</sup> (2012) (Anexo e), trabajado entre algunos Médicos Jefes y Directores SAMU de algunas regiones, con un aporte desde el interior de la modalidad de atención de urgencia pre hospitalaria del servicio público de salud, siendo, en jerga económica es la opinión y experiencia de la línea de producción y un tercer documento, denominado: **“Informe de Comité de Expertos. Situación de los Sistemas de Atención de Urgencia en Chile. Propuestas técnicas para mejorar su gestión. (2012)”**<sup>8</sup>(Anexo f). Este último, con una mirada más gremial e integral, ya que hace un análisis de la situación actual de los sistemas de atención de urgencia en Chile sin entrar en separación o modalidades.

Todos estos documentos tienen a nuestro juicio, el sesgo, que fueron realizados bajo el paraguas de la actual forma de administrar y gestionar esta modalidad de atención, es

---

<sup>6</sup> Sociedad Chilena de Medicina Pre Hospitalaria y Desastres. SOCHIPRED. Documento de Consenso de Temuco 2011. [www.sochipred.cl](http://www.sochipred.cl).

<sup>7</sup> Sociedad Chilena de Medicina Pre Hospitalaria y Desastres. Asociación de Médicos del SAMU de Chile. Propuesta de Modelo de Gestión SAMU. Documento de Trabajo. 2012.

<sup>8</sup> Colegio Médico de Chile. Comité de Expertos en Servicios de Urgencia. Situación de los Sistemas de Atención de Urgencia en Chile. 2012

decir de 29 maneras diferentes, una por cada Servicio de Salud, debido a la orientación expresa en el párrafo 4º de la primera página, de la Norma General Técnica N° 17<sup>9</sup>.

### **¿Cuándo?**

El trabajo fue realizado entre los años 2011 y 2013, siendo el periodo correspondiente al periodo académico del Magister en Epidemiología Clínica, dictado por el *Centro de Excelencia “Capacitación, Investigación y Gestión para la Salud basada en Evidencias” (CIGES)*, de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera, en Temuco, para el cual se está elaborando esta herramienta.

### **Cap. I – Parte 2.- Características de la Búsqueda y Revisión Bibliográfica.**

Planificamos y realizamos una Revisión Sistemática de la Literatura, en las bases de datos disponibles en Internet, Bibliotecas Universitarias locales, bases de datos de Tesis de Grado, presentaciones para Congresos, etc.

Organizamos el material reunido, realizando una lectura crítica para seleccionar el material relevante, estableciendo un orden para desarrollar los diferentes aspectos conceptuales, organizacionales, funcionamiento y calidad asistencial para luego realizar un análisis coherente utilizando las referencias relevantes, y tuvimos especialmente en

---

<sup>9</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Res. Exta. 338 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) - 2005  
28 - Tesis de Grado Dr. Pablo A. Cantú Dedes 2011 - 2013

cuenta la revisión de controversias y opiniones divergentes de los expertos y todo lo que pudiese provocar errores sistemáticos.

Estudiamos la literatura existente en materia de organizaciones con similares características en hispano América y el mundo, haciendo hincapié en aquel material que este enfocado a la Acreditación de organizaciones de salud, enfocado en la organización, gestión, funcionamiento y calidad asistencial de sistemas de atención sanitaria pre hospitalaria de urgencias.

Obtuvimos documentos oficiales de la Superintendencia de Salud de Chile, del Ministerio de Salud, del Centro Nacional de Productividad y Calidad, relacionados con Calidad y Acreditación en Salud, además de los modelos de Acreditación para prestadores institucionales de salud, actualmente en uso.

Revisamos documentos generados por miembros activos de la gestión y ejecución actual de la modalidad de atención sanitaria en Chile, tales como: las Actas de Constitución de la Agrupación de Médicos del SAMU de Chile AG (MEDSAMUCH) y la Sociedad Chilena de Medicina Pre Hospitalaria de Desastres<sup>10</sup> (SOCHIPRED), así como documentos públicos de reuniones de Jefes y Directores Regionales de los SAMU en Chile tales como las Declaraciones de Antofagasta (2009)<sup>11</sup>, Concepción(2010)<sup>12</sup>,

---

<sup>10</sup> Sociedad Chilena de Medicina Pre Hospitalaria y Desastres, SOCHIPRED. Acta de Constitución. 2011. [www.sochipred.cl](http://www.sochipred.cl)

<sup>11</sup> Sistema de Atención Médica de Urgencias. Chile. Declaración de Antofagasta. 2009

<sup>12</sup> Sistema de Atención Médica de Urgencias. Chile. Declaración de Concepción. 2010

Valdivia (2010)<sup>13</sup> y el “*Documento de Consenso. 1º Jornada Nacional de Trabajo del SAMU de Chile. Temuco 2011*”<sup>14</sup> (Anexo d) de la *Sociedad Chilena de Medicina Pre Hospitalaria y Desastres. SOCHIPRED*.

Durante los meses de abril, mayo y junio del año 2012<sup>15</sup> realizamos una búsqueda meticulosa de la literatura existente según las instrucciones y aprendizaje en el presente post grado.

Las bases de datos electrónicas revisadas, fueron Scielo, Medline – PubMed, Centro Cochrane Iberoamericano, Biblioteca Virtual de Salud y Lilacs<sup>16</sup>, en un rango de 12 años, que incluyo desde el 2000 al 2012<sup>17</sup>, aplicamos filtros de lenguaje, utilizando solo aquel material que estuviese en inglés, portugués y castellano<sup>18</sup>, además se realizó una búsqueda manual de revistas relevantes en la bibliotecas de las Facultades de Medicina de la Universidad de la Frontera y Universidad Mayor, ambas con sede en la ciudad de Temuco.

Se obtuvo de la base Cochrane<sup>19</sup>, 53 documentos de los cuales se seleccionaron 17. En PubMed<sup>20</sup> se encontraron 416 documentos de los cuales se seleccionaron 254. En Lilacs<sup>21</sup> se obtuvieron 52 documentos y se seleccionaron 31. Se identificaron 6 trabajos

---

<sup>13</sup> Sistema de Atención Médica de Urgencias. Chile. Declaración de Valdivia. 2010

<sup>14</sup> Sociedad Chilena de Medicina Pre Hospitalaria y Desastres. SOCHIPRED. Documento de Consenso de Temuco 2011. [www.sochipred.cl](http://www.sochipred.cl).

<sup>15</sup> Fecha en la que se realiza la búsqueda.

<sup>16</sup> Títulos de las bases de datos utilizadas.

<sup>17</sup> Años que abarco la revisión.

<sup>18</sup> Restricciones de lenguaje.

<sup>19</sup> <http://www.biblioteca-cochrane.com/>

<sup>20</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

<sup>21</sup> <http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=es>

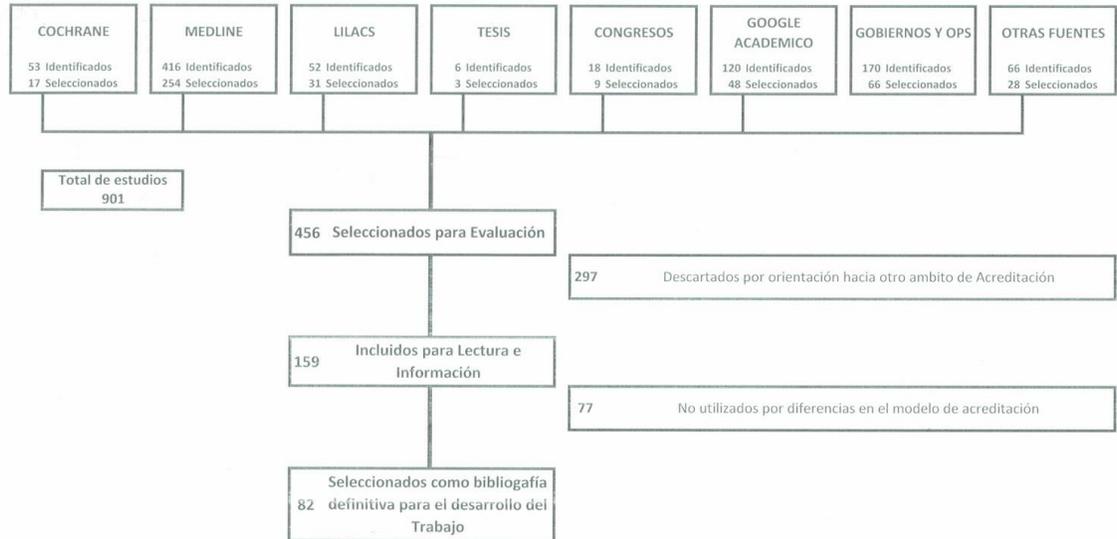
de Tesis, de los cuales se seleccionaron 3. En materiales de congresos regionales, se obtuvieron 18 documentos de los cuales se seleccionaron 9. Desde Google Académico se obtuvieron 120 elementos, seleccionándose 48. El material Gubernamental de Hispanoamérica, Europa, OPS y OMS, arrojó 170 documentos, de los cuales se seleccionaron 66. Y finalmente de Otras Fuentes, como material académico de cursos, clases y manuales, se obtuvieron 66 documentos y se seleccionaron 28.

De los 455 documentos seleccionados 296 se descartaron por estar orientados a otros ámbitos de Acreditación, quedando 159 de los cuales 77 fueron descartados por diferencias en el modelo de acreditación o estos ser confusos, restando 82 documentos que fueron utilizados en el desarrollo del trabajo.

En general, existe poca literatura relevante en materia de Acreditación de Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalaria y mucho menos investigaciones relacionadas al tema, tampoco tenemos información de que se esté realizando alguna tesis en el tema y los últimos 3 congresos continentales donde se trataron temas de urgencias pre hospitalarias, fueron temáticas relacionadas a la actividad asistencial específica de patología de urgencia y no de áreas relacionadas con la gestión, funcionamiento, organización, controles y calidad. Igualmente, no encontramos resúmenes de congresos relativos al tema.

**Cap. I – Parte 3.- Mapa de la Búsqueda Bibliográfica.**

**Ilustración 1.- Mapa de Búsqueda Bibliográfica.**



Fuente: Resultados obtenidos en la Estrategia de Búsqueda. Figura de Generación Propia.

***Cap. I – Parte 4.- Objetivos.***

***Cap. I – Parte 4.1.- Objetivo General.***

Generar bajo los ámbitos tradicionales del Sistema de Acreditación en Salud para Chile, un instrumento de acreditación adecuado y específico para la modalidad de atención sanitaria pre hospitalaria de urgencias en Chile.

***Cap. I – Parte 4.2.- Objetivos Específicos.***

1. Diseñar y validar un instrumento de acreditación para la modalidad de atención sanitaria de urgencia pre hospitalaria en Chile.
2. Aplicar el instrumento de acreditación diseñado para la modalidad de atención sanitaria de urgencia pre hospitalaria en la Región de la Araucanía.

***Cap. I – Parte 5.- Aspectos Éticos***

***Cap. I – Parte 5.1.- Declaración de Intereses y Probidad.***

El interés primario del presente trabajo es establecer su viabilidad y validez científica.

Soy el médico Director Regional del SAMU Araucanía, organización que facilitará su base de datos para el presente estudio / intervención.

No existe interés secundario tales como una ganancia o rivalidades personales.

No he aceptado apoyo económico, honorarios, fondos, para el presente estudio / intervención.

No poseo acciones u otros intereses económicos en alguna organización que pudiere de algún modo beneficiarse o perjudicarse económicamente por el presente estudio / intervención.

No he actuado, ni participado, ni conozco de algún conflicto legal relacionado al tema del presente trabajo. (***Apéndice N° 7.- Declaración de Inexistencia de Conflictos de Interés***)

**Cap. I – Parte 5.2.- Del Comité de Ética Científica.**

El documento de **Proyecto de Tesis – Generación de un Instrumento de Acreditación para prestadores Institucionales de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias en Chile, para optar por el Grado de Magister en Epidemiología Clínica**, fue presentado ante el Comité de Ética del Servicio de Salud Araucanía Sur el 06 de mayo de 2013 en original. En dicho documento se presenta el formato resumido del presente trabajo con una **Introducción**, donde se responden las preguntas del ¿Qué se pretende con el Trabajo?, ¿Dónde se llevara a cabo el mismo?, ¿Por qué decidimos hacerlo?, ¿Cómo y Cuándo lo realizaremos? Se plantea el **Supuesto de Salud a Estudiar**, el rol del SAMU en la Red Asistencial hoy, la Importancia Científica del Estudio, su Relevancia, Originalidad, Factibilidad, Aceptabilidad y Aplicación, y los Datos Estadísticos del Contexto. Se transcribe la **Metodología, Objetivo General, Objetivos Específicos, Diseño del Ejercicio, Muestra y Palabras Claves.**

El 30 de octubre de 2013, se recibe notificación del Comité de Ética Científica del Servicio de Salud Araucanía Sur, donde se enuncia que una vez revisado el Proyecto, ese Comité determina que el trabajo **Proyecto de Tesis**, no amerita evaluación por el Comité de Ética Científica, toda vez que el estudio no se realiza sobre usuarios del Sistema de Salud. **(Anexo (g).- Comité de Ética Científica del Servicio de Salud Araucanía Sur, Pronunciamento definitivo, sobre el Proyecto de Tesis.)**

## **CAPITULO II – MARCO TEORICO.**

**Cap. II – Parte 1.- Supuesto de Salud a Intervenir.**

Partimos del supuesto que *luego de casi tres décadas de existencia de la modalidad de atención sanitaria de urgencia pre hospitalaria en Chile, es posible generar un instrumento para la acreditación de estas instituciones, y con ello, estandarizar procesos de atención clínica, operativos, administrativos y financieros, reduciendo la inequidad y mejorando la calidad de atención sanitaria a la ciudadanía.*

**Ilustración 2.- Fotografía de Portadas de Manuales del Estándar de Acreditación de Atención Abierta y Cerrada.**



Fuente: Imagen de creación propia. Tomada de las portadas de Manuales de Estándar de Acreditación para prestadores institucionales de Atención Abierta y Cerrada. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores de Salud. Ministerio de Salud. Chile.

En Chile, existen instrumentos de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, diseñados para la Modalidad de Atención Cerrada y Abierta, cada uno con sus adaptaciones específicas a determinados servicios como Imagenología<sup>22 23</sup>, Laboratorios Clínicos<sup>24 25</sup>, Diálisis<sup>26 27</sup>, Atención Psiquiátrica<sup>28 29</sup>, Servicios de Esterilización<sup>30 31</sup> y Radioterapia<sup>32 33</sup> y Quimioterapia.<sup>34 35</sup>

El sistema de acreditación de salud vigente en nuestro país, con sus Manuales y Pautas de Cotejo correspondientes<sup>36 37</sup> contemplan en su Ámbito de Servicios de Apoyo un Componente llamado “*Transporte de Pacientes*”, suficiente para ambas modalidades de atención pero insuficiente y excluyente para la modalidad de atención sanitaria de urgencias pre hospitalaria, ya que se refieren sólo a compra de servicios a terceros, sistemas de fijación del paciente, entrega del paciente en la unidad de destino, condiciones de equipamiento y operatividad del móvil.<sup>38</sup>

---

<sup>22</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. Decreto N° 36 de 2010. Aprueba manual Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Servicios de Imagenología.

<sup>23</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación para prestadores institucionales. Servicios de Imagenología.

<sup>24</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. Decreto N° 37 de 2010. Aprueba manual Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Laboratorios Clínicos.

<sup>25</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales. Laboratorios Clínicos.

<sup>26</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. Decreto N° 34 de 2010. Aprueba manual Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Centros de Diálisis.

<sup>27</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales. Centros de Diálisis.

<sup>28</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. Decreto N° 33 de 2010. Aprueba manual Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada.

<sup>29</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada

<sup>30</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. Decreto N° 35 de 2010. Aprueba manual Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Servicios de Esterilización.

<sup>31</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales. Servicios de Esterilización.

<sup>32</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. Decreto N° 347 de 2011. Aprueba manual Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Servicios de Radioterapia

<sup>33</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación para Servicios de Radioterapia.

<sup>34</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. Decreto N° 346 de 2011. Aprueba manual Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Servicios de Quimioterapia

<sup>35</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación para Unidades de Quimioterapia Ambulatoria.

<sup>36</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores de Salud. Pauta de Cotejo. Manual de Atención Abierta.

<sup>37</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores de Salud. Pauta de Cotejo. Manual de Atención Cerrada.

<sup>38</sup> Se refiere a: “Revisión Técnica Vigente”

La modalidad de atención sanitaria en estudio, no está incluida en ninguno de los Manuales del Estándar de Acreditación<sup>39 40</sup> existentes en Chile.

**Ilustración 3.- Fotografía de Portadas de Manuales del Estándar de Acreditación para Servicios y Unidades específicos.**



Fuente: Imagen de creación propia. Tomada de las portadas de Manuales de Estándar de Acreditación para Servicios y Unidades específicas. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores de Salud. Ministerio de Salud. Chile.

Como se puede apreciar, los elementos medibles enunciados no son suficientes para Acreditar una Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalaria y mucho menos Unidades Móviles para Transporte de Pacientes Críticos, lo que bajo los

<sup>39</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación. Atención Abierta.

<sup>40</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación. Atención Cerrada.

preceptos y reglamentación vigente en materia de Acreditación en Salud, no satisfacen las características específicas para acreditar la complejidad y especificidad de esta Modalidad de Atención Sanitaria en estudio.

En Chile hay ausencia de reglamentos, herramientas o instrumentos de acreditación específicos para la Modalidad de Atención, que definan y regulen el funcionamiento, procesos y calidad en este tipo de atención sanitaria.

En las ilustraciones N° 4 y N° 5, muestran imagen tomada de la Pauta de Cotejo del Manual de Atención Abierta, que se refiere a “*Servicio de Apoyo – Transporte de Pacientes (APT)*”, sin incluir Atención de Urgencia.

**Ilustración 4.-** Fotografía de Pauta de Cotejo. Manual de Atención Abierta. Ámbito Servicios de Apoyo. Componente APT. Característica 1.1

SERVICIOS DE APOYO - TRANSPORTE DE PACIENTES (APT)					
El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.					
APT 1.1	<b>Componente APT</b> El transporte de pacientes se efectúa en condiciones que garantizan su seguridad.				
	<b>Característica</b> Los sistemas de transporte de pacientes comprados a terceros cumplen condiciones mínimas de seguridad.				
CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN		OBSERVACIONES
APT-1.1	Cumple: 100%	Elementos Medibles APT-1.1	Dirección o gerencia del prestador		
		Se constata que la compra de prestaciones se realiza solamente a terceros acreditados.			

**Fuente:** Imagen de creación propia tomada de la Pauta de Cotejo. Manual de Atención Abierta. Página 89. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores de Salud. Ministerio de Salud. Chile.

**Ilustración 5.- Fotografía de Pauta de Cotejo. Manual de Atención Abierta. Ámbito Servicios de Apoyo. Componente APT. Característica 1.2**

SERVICIOS DE APOYO - TRANSPORTE DE PACIENTES (APT)   2				
El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.				
<b>APT 1.2</b>		<b>Característica</b>		
		El proceso de transporte de pacientes cumple condiciones mínimas de seguridad.		
CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
APT-1.2	Cumple: 100%	<b>Elementos Medibles APT-1.2</b>  Se describe en documento(s) de carácter institucional: - Procedimientos relacionados con la fijación y disposición del paciente y acompañantes en el móvil. - Procedimiento de entrega de pacientes al centro receptor y límites de responsabilidad establecidos.  Se constata: - Sistema de fijación y disposición del paciente en el móvil. - Condición de operación de equipamiento de soporte (De acuerdo a complejidad del móvil). - Condiciones operativas del móvil.*	Unidad de Transporte de Pacientes	* Revisión Técnica Vigente.

**Fuente:** Imagen de creación propia tomada de la Pauta de Cotejo. Manual de Atención Abierta. Página 90. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores de Salud. Ministerio de Salud. Chile.

La ilustración N° 6, tomada de la Pauta de Cotejo del Manual de Atención Cerrada, que se refiere a “*Servicio de Apoyo – Transporte de Pacientes (APT)*”, agrega a los ítems anteriores, la existencia de Documentos de Carácter Institucional, donde se describa el “Tipo de móvil, su equipamiento y personal”.

**Ilustración 6.- Fotografía de Pauta de Cotejo. Manual de Atención Cerrada. Ámbito Servicios de Apoyo. Componente APT. Característica 1.2**

SERVICIOS DE APOYO - TRANSPORTE DE PACIENTES (APT)   2				
El prestador institucional provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes.				
<b>APT 1.2</b>		<b>Característica</b>		
		El proceso de transporte de pacientes cumple condiciones mínimas de seguridad.		
CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
APT-1.2	Cumple: 100%	<p><b>Elementos Medibles APT-1.2</b></p> <p>Se describe en documento(s) de carácter institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipos de móvil, su equipamiento y personal.</li> <li>- Procedimientos relacionados con la fijación y disposición del paciente y acompañantes en el móvil.</li> <li>- Procedimiento de entrega de pacientes al centro receptor y límites de responsabilidad establecidos.</li> </ul> <p>Se constata:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema de fijación y disposición del paciente en el móvil.</li> <li>- Condición de operación de equipamiento de soporte (de acuerdo a complejidad del móvil).</li> <li>- Condiciones operativas del móvil.*</li> </ul>	Unidad de Transporte de Pacientes	* Revisión Técnica Vigente.

**Fuente:** Imagen de creación propia tomada de la Pauta de Cotejo. Manual de Atención Cerrada. Página 102. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores de Salud. Ministerio de Salud. Chile.

La Calidad en Salud, no se logra con un Sistema de Acreditación por sí solo. El adecuar y modificar una herramienta existente y en uso para otras modalidades y servicios sanitarios, constituye un elemento de avance, generando de esta manera un instrumento específico para la Modalidad de Atención Sanitaria en estudio.

En nuestro servicio público de salud, el Sistema de Atención Médico de Urgencias (SAMU), posee un funcionamiento, organización, recursos y posición estratégica

diferente para cada uno de los Servicios de Salud.<sup>41</sup> La posibilidad de generar un instrumento para Acreditación de esta Modalidad de Atención de Urgencia, que unifique y estandarice criterios comunes desde los ámbitos tradicionales<sup>42</sup> de los procesos de acreditación chilenos y garantizaría en alguna medida uniformidad en el tipo de atención sanitaria de urgencia a prestadores institucionales de salud, privados y públicos.

El supuesto sanitario planteado cobra ***relevancia*** porque, actualmente el “*Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud*” no contempla, ni cuenta con instrumentos que permitan acreditar el accionar de la modalidad de atención sanitaria en estudio y el Decreto N° 15 de 2007, del Ministerio de Salud<sup>43</sup> de nuestro país, (Título II, De los Estándares de Calidad, Artículos 4°, 5° y 6°) deja abierta la posibilidad de generar nuevos estándares mínimos, que incidan en la seguridad de las respectivas prestaciones y se podrán fijar estándares específicos para determinadas prestaciones o grupos de prestaciones, según tipo de establecimiento y niveles de complejidad de las prestaciones sanitarias.

Teniendo en cuenta que es una modalidad de atención sanitaria estratégicamente importante, ya que es la puerta de entrada de la comunidad a la atención de salud pública y posee características especiales en sus procesos, el realizar este estudio e intervención

---

<sup>41</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Res. Exta. 338 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) - 2005.

<sup>42</sup> Los Ámbitos tradicionales, del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, tanto en Atención Abierta como Atención Cerrada, incluyen: Dignidad del paciente; Gestión de calidad; Gestión clínica; Acceso, oportunidad y continuidad de atención; competencias del recurso humano; registros; seguridad del equipamiento; seguridad de las instalaciones y servicios de apoyo.

<sup>43</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. Decreto N° 15 de 2007. Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud.

resulta **original** ya que no encontramos antecedentes de algún investigador o grupo, que esté trabajando el tema hoy.

Existen instrumentos validados para evaluar, medir y acreditar otras modalidades de atención en salud, que son perfectamente **factibles** de adaptar, adecuar y validar, para el presente trabajo, proyectándolo a la modalidad de atención sanitaria en estudio, con estándares de máxima calidad.

Es necesariamente imperioso que la ciudadanía cuente con un sistema de atención sanitaria de urgencias pre hospitalaria con estándares de calidad que garanticen su seguridad e igualdad de condiciones, por ello vemos el proyecto de trabajo como **aceptable**, y perfectamente **aplicable** ya que contamos con la información necesaria, las estructuras funcionando, situación que disminuye los costos desde la perspectiva de la capacidad instalada y, no menos importante, la voluntad y experiencia de quienes hoy nos desempeñamos en cargos directivos de la modalidad de atención, en las diferentes regiones.

## **Cap. II – Parte 2.- Premisas, Realidad y Entorno.**

### **Cap. II – Parte 2.1.- Sistema de Acreditación de Salud en Chile.**

Desde el punto de vista conceptual, el diccionario de la Real Academia Española (RAE) de la Lengua, define **Acreditar**, como *demostrar con un documento que una persona es quien dice ser o está autorizada para hacer algo* y en otra acepción lo define como *asegurar por medio de un documento que una cosa es auténtica*, también como *comprobar o asegurar que algo es auténtico examinándolo o comparándolo con otra cosa que se sabe que es auténtica*, otra como *autorizar a una persona para representar a otras o hacer algo en su nombre*, y otras varias acepciones no atinentes al tema.<sup>44</sup>

El mismo diccionario de la RAE define **Acreditación**, como *la acción y efecto de acreditar* o como *un documento que acredita la condición de una persona y su facultad para desempeñar determinada actividad o cargo*.<sup>45</sup>

El Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (INCOTEC)<sup>46</sup> (2005) **La acreditación** es una estrategia de mejoramiento, y no debe confundirse con la

---

<sup>44</sup> <http://lema.rae.es/drae/definicion/acreditacion>, <http://www.wordreference.com/definicion/acreditacion>, <http://definicion.de/acreditacion/>

<sup>45</sup> <http://lema.rae.es/drae/definicion/acreditacion>, <http://www.wordreference.com/definicion/acreditacion>, <http://definicion.de/acreditacion/>

<sup>46</sup> Gobierno de Colombia. Ministerio de Protección Social. INCOTEC. Guía Práctica de Preparación para la Acreditación en Salud (2005).

*consecución del certificado de acreditación, el cual solo es la forma a través de la cual se operacionaliza el incentivo de prestigio*<sup>47</sup>.

Chile ha experimentado profundos cambios epidemiológicos, en los últimos 50 años, los que han hecho necesario realizar importantes transformaciones en el sector salud. A mediados del siglo recién concluido, las prioridades sanitarias eran la desnutrición, la mortalidad infantil, la mortalidad materna y las enfermedades infecciosas, tareas que asumió la creación del Servicio Nacional de Salud.

Hoy nuestro sistema sanitario enfrenta otros problemas derivados de la modernidad, los cambios de estilo de vida, el aumento de la población de adultos mayores se ha traducido en una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes e hipertensión. Siendo las enfermedades cardiovasculares la primera causa de muerte, seguidas por el cáncer y las enfermedades respiratorias. Los índices de traumatismos, accidentes y violencia, han experimentado un aumento sostenido, junto a una gran incidencia de problemas de salud mental y enfermedades degenerativas.<sup>48</sup>

Los avances científicos y tecnológicos en salud, asociados a una estabilidad y crecimiento económico sostenido del país, han prolongado las expectativas de vida de la población. La ciudadanía con mayor poder adquisitivo, más informada, con más conciencia de sus derechos, con la publicación de la ley de derechos y deberes que

---

<sup>47</sup> Gobierno de Colombia. Ministerio de Protección Social. INCOTEC. Guía Práctica de Preparación para la Acreditación en Salud (2005).

<sup>48</sup> Acreditación en Salud. Curso on Line. 1º parte. Marco Regulatorio. [www.uvirtual.cl](http://www.uvirtual.cl). 2011

tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud<sup>49</sup>, hacen que el perfil de la población haya cambiado, aumentando la presión por calidad de la atención de salud e introduciendo nuevos desafíos al sistema<sup>50</sup>.

La Reforma de Salud, cuyo propósito fue modificar en forma integral el sistema de salud, asume desafíos como transformarse a un sistema centrado en las personas, accesible, oportuno, solidario y equitativo, más eficiente y mejorando la calidad y seguridad de las acciones que presta.

En este contexto, se crea la Superintendencia de Salud, que tendrá a su cargo supervigilar y controlar a las instituciones de salud previsual, en los términos que señale esta ley, la ley N° 18.933 y las demás disposiciones legales que sean aplicables, y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley como Régimen de Garantías en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen. Igualmente, concernirá a la Superintendencia la fiscalización de todos los prestadores de salud públicos y privados, sean éstos personas naturales o jurídicas, respecto de su acreditación y certificación, así como la mantención del cumplimiento de los estándares establecidos en la acreditación<sup>51</sup>.

---

<sup>49</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública, Ley N° 20.584. Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su Atención en Salud.

<sup>50</sup> Acreditación en Salud. Curso on Line. 1° parte. Marco Regulatorio. [www.uvirtual.cl](http://www.uvirtual.cl). 2011

<sup>51</sup> Acreditación en Salud. Curso on Line. 1° parte. Marco Regulatorio. [www.uvirtual.cl](http://www.uvirtual.cl). 2011

En Chile, los documentos que rigen hoy los *Procesos de Acreditación en Salud*, entregan un marco conceptual y definiciones que se transcriben, manteniendo el mismo alcance conceptual para nuestro ejercicio.

### ***Acreditación en salud.***<sup>52</sup>

Es el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos fijados por el Ministerio de Salud, por parte de los prestadores institucionales autorizados por la autoridad sanitaria para funcionar, tales como hospitales, clínicas, consultorios, centros médicos y laboratorios.

“... el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos señalados en el Artículo 4, N° 12, del D.F.L. N° 1, de 2005, MINSAL, de acuerdo al tipo de establecimiento y a la complejidad de las prestaciones”<sup>53</sup>.

### ***Estándar de Calidad.***<sup>54</sup>

Norma establecida con el objetivo de garantizar que las prestaciones otorgadas por los prestadores institucionales alcancen la calidad requerida para la seguridad de sus usuarios.

---

<sup>52</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. Decreto N° 15 de 2007. Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud.

<sup>53</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. Decreto N° 15 de 2007. Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud.

<sup>54</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. Decreto N° 15 de 2007. Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud.

### ***Estándar de Acreditación.***<sup>55</sup>

Se entiende como el “deber ser” de la institución prestadora respecto de la materia a que éste se refiere. Estos se desagregan en componentes.

### ***Componentes.***<sup>56</sup>

Constituyen el primer nivel de desagregación del estándar y proveen una orientación más fina de los elementos de evaluación que interesan para verificar el cumplimiento del estándar. Los componentes se definen como grupos identificables de actividades que contribuyen en forma esencial a cumplir con la intención del estándar.

### ***Características.***<sup>57</sup>

Mediante ellas se desagrega el componente en espacios menores de análisis, especificándose aún más lo que se busca evaluar.

### ***Verificadores.***<sup>58</sup>

Instrumento para comprobar que efectivamente la característica está presente en la institución, cada uno de ellos cuenta con elementos medibles. Verificador puede ser un instrumento de difusión, un plan, un programa, un sistema, un registro, un convenio, un documento u otro. Lo común de los verificadores es que son constatables y pueden ser observados por el evaluador en la visita.

---

<sup>55</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación. Atención Cerrada.

<sup>56</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación. Atención Cerrada.

<sup>57</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación. Atención Cerrada.

<sup>58</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación. Atención Cerrada.

***Elementos medibles.***<sup>59</sup>

Por su parte los elementos medibles son los requisitos que debe tener el verificador para ser considerado cumplido. Los elementos medibles han sido agrupados en seis categorías o niveles de verificación. Cuando los seis niveles se cumplen significa que el prestador es capaz de demostrar que mantiene un sistema de evaluación periódica de sus acciones y que realiza acciones concretas de mejoría cuando los resultados de dicha evaluación son poco satisfactorios.

***Cap. II – Parte 2.2.- Entorno Internacional en la materia.***

**Misión SAMU Internacional.**<sup>60 61</sup>

(Declaración de Jalisco. México 2000)

Entregar y garantizar atención médica oportuna y de calidad en la etapa pre hospitalaria de la urgencia, utilizando recursos habituales y no extraordinarios, haciéndolos accesibles a toda la población.

---

<sup>59</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación. Atención Cerrada.

<sup>60</sup> II Encuentro Internacional de Sistemas de Atención Médica de Urgencias y Emergencias. Declaración de Jalisco. Guadalajara. México 2000.

<sup>61</sup> Barragan H., Cesar-Corsiglia D. La Atención Médica Emergencias Pre Hospitalarias. Fundamentos de Salud Pública. Capítulo 31.

**Declaración de Jalisco sobre Sistemas de Atención Médica a las Urgencias, Emergencias y Catástrofes.<sup>62</sup>**

(Declaración de Jalisco. México 2000)

1. Entendemos un Sistema de atención médica a las urgencias, emergencias y catástrofes (S.A.M.U) como la organización que da el sector salud, a todos sus recursos para la atención a las urgencias, emergencias y catástrofes.
2. Compartimos los criterios enunciados por el Consejo de Europa en 1990 en el sentido de que la asistencia a las emergencias médicas es una actividad más dentro de los cuidados de la salud, que las intervenciones en este ámbito deben ser rápidas y eficientes utilizando recursos habituales y no extraordinarios, haciéndolos accesibles a toda la población.
3. Entendemos que los SAMU deberán prestar servicio a través de profesionales de la salud, médicos, enfermeros y técnicos en emergencia en sus distintos niveles, apoyados por personal voluntario, formados en los procedimientos más avanzados y debidamente actualizados. Los SAMU deberán participar en el desarrollo normativo sanitario emitiendo su criterio técnico.
4. Los SAMU deberán disponer de los recursos materiales de carácter sanitario y logístico debidamente certificado, homologado y compatible, requerido para prestar una asistencia de calidad y en cantidad suficiente para satisfacer las necesidades de los asistidos.

---

<sup>62</sup> II Encuentro Internacional de Sistemas de Atención Médica de Urgencias y Emergencias. Declaración de Jalisco. Guadalajara. México 2000.

5. Los gobiernos deberán garantizar la disponibilidad de estos sistemas para toda la población debidamente regulados, dirigidos y coordinados por las autoridades competentes en materia de salud.
6. Los SAMU deberán participar en la promoción, prevención, y prestar formación, asistencia y evaluación de procesos en materia de urgencias, emergencias y catástrofes.
7. El personal que desarrolle las tareas anteriormente referidas deberá disponer de formación específica, de carácter teórico-práctico. Las administraciones facilitarán la elaboración de criterios de formación con carácter internacional y la acreditación de los programas formativos.
8. Los SAMU participarán en la gestión, tutela, y evaluación de la formación a la población, y prestarán educación continuada a la misma en la que se hará especial consideración al conocimiento del número telefónico único de emergencias sanitarias, mecanismo de activación del sistema, información a referir, primeros auxilios y maniobras básicas en reanimación.
9. Los SAMU participarán en la gestión, tutela, y evaluación de la formación y prestarán educación continuada, a los voluntarios y a los profesionales de la salud en materias de su competencia y desempeño de acuerdo con los criterios internacionales que permitan certificar la formación impartida.
10. Los SAMU colaborarán con las administraciones en la promoción, desarrollo y extensión de estos servicios a toda la población y territorio.

- 11.** Los SAMU pondrán a disposición de las autoridades sanitarias la información epidemiológica referida a su actividad, y propondrán y participarán en la elaboración de campañas de prevención.
- 12.** Los SAMU se compondrán de tres subsistemas; de coordinación de recursos, de asistencia extra hospitalaria y de asistencia hospitalaria y en su actuación deberán seguir protocolos homogéneos, estandarizados y reconocidos internacionalmente.
- 13.** La coordinación de los recursos de los SAMU se deberá realizar a través de un único centro de asesoría y regulación médica que deberá coordinarse con otras instituciones implicadas en la atención no médica a las urgencias, emergencias y catástrofes.
- 14.** Los médicos reguladores deberán recibir de forma continuada información sobre los recursos existentes y estado de disponibilidad.
- 15.** Los médicos reguladores decidirán el recurso disponible más adecuado y eficiente para asistir la situación de necesidad después de analizar la demanda y deberá realizar el seguimiento de la asistencia hasta su finalización.
- 16.** El acceso al SAMU deberá realizarse a través de un número único telefónico sanitario idéntico y gratuito para toda la población.
- 17.** El SAMU deberá garantizar la confidencialidad de la información sanitaria.
- 18.** Los servicios extra-hospitalarios de urgencia prestarán asistencia desde el contacto con el paciente hasta que el mismo pueda ser puesto a disposición de la atención hospitalaria.

- 19.** La atención prestada por los SAMU estará sujeta a la regulación del médico del centro regulador que deberá tener la delegación de la autoridad sanitaria en el cumplimiento de sus obligaciones.
- 20.** La atención extra-hospitalaria se deberá realizar en coordinación con el resto de los niveles asistenciales.
- 21.** Los SAMU, para la resolución de las demandas podrán reorientar la misma, aconsejar telefónicamente al demandante, y activar un recurso en función de la necesidad.
- 22.** Los recursos de los distintos niveles asistenciales necesarios para atender las situaciones de urgencia, emergencia y catástrofe, deberán ser puestos a disposición de los SAMU.
- 23.** Los SAMU desarrollarán estrategias de cooperación entre ellos de manera permanente y extraordinaria en caso de catástrofe para facilitar el cumplimiento de su misión gestando acuerdos a nivel local, regional, nacional e internacional y compartirán su información y conocimiento de manera gratuita.
- 24.** Los SAMU deben generar estrategias de evaluación e investigación que le permitan mejorar la calidad y eficiencia de su gestión y servicio.
- 25.** El seguimiento de estas recomendaciones permitirá una disminución gradual de la morbilidad, mortalidad y letalidad en las situaciones de urgencia, emergencia y catástrofes de una manera eficaz, eficiente, efectiva y útil.

### **Declaración de Yuste<sup>63</sup>.**

(Cáceres, España, Febrero 2000)

- 1- La atención de urgencias tiene un carácter puntual, no programable y se realiza en cualquier momento. Atiende a sucesos de gravedad variable, objetiva o subjetiva, médica o social, que alteran el equilibrio de salud del individuo o la colectividad, obligando a una actuación rápida y eficaz, para prevenir un mal mayor.
- 2- Es un derecho fundamental de todo ser humano tener garantizada la atención en urgencias, ya sean objetivas o subjetivas, excepcionales o cotidianas, independientemente del lugar donde ocurran.
- 3- El sistema sanitario deberá garantizar cobertura universal, accesibilidad y disponibilidad en atención de urgencias y emergencias, asumiendo una exigencia social que obliga a tener prevista una respuesta organizada, adecuada en tiempo, forma y lugar.
- 4- Es deber de los ciudadanos la correcta utilización de los sistemas de urgencias y emergencias.
- 5- Todos debemos velar por asegurar una atención de calidad en todas las fases del proceso asistencial de la urgencia en condiciones de respeto a la dignidad de la persona.
- 6- La medicina de urgencias y emergencias tiene entidad propia con cuerpo teórico, marco práctico, demanda social y realidad histórica demostrada, debiendo establecerse una denominación común para todos los profesionales que ejercen en este ámbito, con definición de un perfil que requiera una formación especializada.

---

<sup>63</sup> Declaración de Yuste: En Febrero del 2000, durante el Congreso Trans Ibérico de Emergencias en Cáceres, Extremadura, España, se reunieron en el Monasterio de Yuste un grupo de personas relacionadas a la emergencia médica, representativos de sus países de origen (España, Portugal, Francia, Bélgica, Argentina, Méjico, entre otros) e hicieron una histórica declaración en donde se definió la Emergencia y a sus componentes como concepto de sistema integrado y solidario.

- 7- El sistema de respuesta a las urgencias y emergencias debe ser único, integrado, conocido por la población y que garantice la continuidad asistencial, evitando barreras y desigualdades.
- 8- Las sociedades científicas de Urgencias y Emergencias asesorarán a la Administración en el diseño del perfil profesional y estrategia asistencial, acreditarán y potenciarán la docencia y la investigación entre los profesionales y divulgarán los conocimientos básicos sobre urgencias y emergencias a la población.
- 9- Es responsabilidad de todos - Administración, ciudadanos y profesionales- lograr que el reconocimiento y las condiciones de trabajo de los profesionales de la urgencia y emergencia garanticen en todo momento una correcta asistencia, basada en la formación y la investigación.
- 10- Se requiere un planteamiento solidario que posibilite prever, prevenir, planificar e intervenir en situaciones de urgencia, emergencia y catástrofe superando limitaciones sociales, conceptuales o administrativas.

### **Cap. II – Parte 2.3.- Sistemas de Emergencia Pre Hospitalaria en Europa.**

Habitualmente en la literatura, se clasifican a los Sistemas de Emergencias Médicas en dos modalidades principales de atención: *“el grupo anglosajón, que prima el servicio de transporte de los pacientes hacia el sistema hospitalario (“llevar el paciente al hospital”) y el modelo continental europeo – con mayor precisión el francés, español y alemán – que pone el foco en facilitar los servicios médicos hospitalarios in situ (“llevar el hospital al paciente”)”*.<sup>64</sup> Entre sus diferencias, además de la metodológica mencionada, está la de regulación médica de los procedimientos y despachos, en así como el modelo francés – europeo, lo hacen con regulación médica y el modelo anglosajón sin ésta en los centros coordinadores de emergencia, ni en acción ni presencia, la otra gran diferencia es en cuanto al personal de atención directa, en el modelo europeo continental, existen médicos y enfermeros especialistas reanimación en las ambulancias que realizan la atención directa en terreno, en cambio en el modelo anglosajón, son paramédicos y técnicos en emergencias.<sup>65 66</sup>

El propio desarrollo de la Unión Europea (UE) ha estrechado las brechas, en cuanto a las diferencias de los métodos y modelos de estos sistemas, por la tendencia a complejizarse de estos y lo ha hecho, multiplicando el servicio, la oferta y a través de los cambios internos de cada estado, adoptando perfiles profesionales, metodologías de trabajo y recursos técnicos de similares características que tienden a la homogeneización de los

---

<sup>64</sup> Barroeta J., Boada N. y Col. (2011) Los Servicios de Emergencia y Urgencias Extrahospitalarias en España. Ed. Mentor.

<sup>65</sup> Barroeta J., Boada N. y Col. (2011) Los Servicios de Emergencia y Urgencias Extrahospitalarias en España. Ed. Mentor.

<sup>66</sup> Gobierno de España. Andalucía. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias - Los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias. Una Reevaluación Después de 14 Años. 2008

mismos, constituyendo la integración política europea en la UE, el principal motor de esos cambios para algunos países.

La Organización Mundial de la Salud, encargo en el año 2008, a un grupo de trabajo, coordinado por la Dirección General de Salud y Consumo de la Unión Europea, el que contó con el apoyo y la cooperación del conjunto de los países de la UE un Informe titulado: *“Emergency Medical Services Systems in the European Union. Reporte of an assessment”*<sup>67</sup>, mediante el cual es posible sumergirse en el complejo y enriquecedor mundo de los servicios de emergencia médicos en Europa.

Refiriéndose a los Sistemas de Emergencias Médicas el informe define lo siguiente:

*“Estos sistemas complejos incluyen diferentes servicios, desde los puestos de salud o puntos de emergencia atendidos por personal médico, a los centros (centro de coordinación) que son capaces de responder a llamadas de emergencia y proporcionar asesoramiento médico a la persona que llama y, si es necesario, enviar una unidad móvil de atención médica. Esta última puede incluir vehículos capaces para el transporte sanitario personal (coche, moto, barco, etc.) y equipos o bien vehículos (normalmente llamados “ambulancia”: coche, helicóptero, avión, barco, etc.) que puedan transportar adecuadamente al paciente a un centro sanitario. Las ambulancias son los medios de transporte más utilizados y la coordinación y organización de todo el transporte normalmente se lleva a cabo por uno o más centros de coordinación, que*

---

<sup>67</sup> World Health Organization. Directorate General for Health and Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment. 2008  
58 – Tesis de Grado Dr. Pablo A. Cantú Dedes 2011 – 2013

*podrían recibir llamadas de un espectador, un paciente, una institución de atención médica o de otro servicio de emergencia (normalmente policía o bomberos) y que derivan instrucciones para que las ambulancias lleguen al lugar de la emergencia. En general, y consecuentemente, todos los agentes y servicios implicados en la prestación de la atención médica de emergencia extra hospitalaria se incluyen en esta definición.”<sup>68</sup>*

El mismo documento, hace un análisis de los alcances legislativos, ordenamiento legal y formas de financiamiento de los servicios de emergencias médicas, el que muestra que de los 27 países miembros de la Unión Europea, el 100 %, cuentan con legislación nacional sobre libre acceso de todos a la atención en el hospital, incluidos las personas sin seguros y sin identificar, aunque en algunos países este derecho se ejerce con sistemas de copago en determinados casos.<sup>69</sup> El acceso universal es un avance indiscutible en el desarrollo de estos sistemas de emergencia, lo que a mi juicio debería ser también para Chile y América Latina.

23 de ellos (89.2 %) posee legislación sobre estándares mínimos de atención y equipos, los requisitos mínimos de cualificación.

---

<sup>68</sup> World Health Organization. Directorate General for Health and Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment. 2008

<sup>69</sup> World Health Organization. Directorate General for Health and Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment. 2008

Referente a formación necesaria para el equipo de los Sistemas de Emergencias Médicas, solo 21 países (77.8 %) lo tienen legislado.<sup>70</sup>

Sobre los mecanismos de financiamiento, son 24 países (88.9 %) los que cuentan con legislación establecida. 19 de estos países lo hace en forma estatal, 11 a través de seguros públicos, 4 con fuentes privadas, 7 poseen financiamiento mixto y 2 no especifican su forma de financiamiento o es diferente de las mencionadas.<sup>71</sup>

Es interesante señalar que los centros de coordinación son principalmente provisionados bajo control público, mientras que los servicios de ambulancia pueden tener una mayor proporción de proveedores privados. Lo anterior refuerza mi convicción, que es el estado el que debe garantizar la metodología y reglamentación de la operativa de estos sistemas de emergencia, pudiendo externalizar los servicios no estratégicos.

En resumen, en materia de legislación y financiamiento, en la Unión Europea, esta es diversa y diferenciada, en lo que a prestación de servicios para emergencias pre hospitalario se refiere. El financiamiento es muy diferente de un país a otro: en algunos países incluso de región a región. Esta diversidad, por un lado, tiene sus raíces en la diversidad cultural y el desarrollo a largo plazo de los sistemas legislativos y, por otro, en la organización estructural de los sistemas de salud propios.

---

<sup>70</sup> World Health Organization. Directorate General for Health and Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment. 2008

<sup>71</sup> World Health Organization. Directorate General for Health and Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment. 2008

Como era de esperar, los antecedentes políticos, financieros y estructurales influyen en la elección realizada por los responsables políticos a la hora de establecer sistemas de emergencia: “En ausencia de datos, cada sistema sigue evolucionando para adaptarse a los criterios que dirigen el sistema sanitario y a las necesidades y deseos percibidos de la población, en lugar de criterios basados en la evidencia.”<sup>72</sup>

Sobre la existencia de un número único de emergencias<sup>73</sup>, en 1991, se establece por decisión del Consejo de la UE, la generación de un número común telefónico para los servicios de emergencias, y este acuerdo se perfecciona en 1998 mediante la Directiva 98/10/EC e incluido en la Directiva de Servicio Universal en 2002.<sup>74</sup>

Puede que este haya sido el cambio producido a instancias del conjunto comunitario de más largo alcance y significado para introducir un sistema europeo común de emergencias, aunque queda todavía un largo trecho para su aplicación total y formal definitiva dado que coexisten todavía distintos números de acceso telefónico a la red de emergencias médicas. Bien es cierto que en la Directiva, en su apartado 2 del artículo 1, indica que, en los casos en los que se estime oportuno, el número de llamada de urgencia

---

<sup>72</sup> World Health Organization. Directorate General for Health and Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment. 2008

<sup>73</sup> El primer número de emergencia utilizado como punto de contacto para cualquier emergencia fue utilizado en Inglaterra, en 1937. Mediante el número 999 podían comunicarse con los bomberos, la policía y los servicios de emergencia médica desde cualquier lugar del país. La utilización del número 911 nació en Estados Unidos en 1968. La primera llamada al 911 fue hecha el 16 de Febrero de 1968 en Haleyville, Alabama. Algunos de los países que utilizan el número de emergencia 911 son: USA, Canadá, Argentina, Uruguay, Paraguay, El Salvador, Costa Rica, Panamá y Ecuador. El número de emergencia utilizado en Europa es el 112. El 999 es utilizado por algunos países en Europa, Asia y África.

<sup>74</sup> World Health Organization. Directorate General for Health and Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment. 2008

único europeo se debe introducir paralelamente a cualquier otro número de llamada de urgencia nacional existente.(91/396/EEC)<sup>75</sup>

Algunos Estados miembros (Dinamarca, Finlandia, Países Bajos, Portugal, Rumania, Malta y Suecia) han introducido el 112 como su número de emergencia principal, mientras que en la mayoría de los Estados miembros, 112 opera junto con los números de emergencia nacional. Así, la encuesta realizada por la UE sobre conocimiento del 112 como teléfono de emergencias por los ciudadanos de los 27 países comunitarios, muestra que su grado de conocimiento medio es del 25% y en España del 23%.<sup>76</sup>

En 18 países de la UE las solicitudes de servicios de emergencia médica son atendidas directamente en los servicios 112 y en otros 10 Estados son transferidas a otros departamentos de coordinación, lo que puede incidir en aumentar los tiempos de respuesta, hecho que no ha sido todavía estudiado suficientemente.<sup>77 78</sup>

En la actualidad, se evalúa la incorporación de la respuesta a la solicitud de emergencias en lengua inglesa – de hecho esta innovación ya está presente en 24 países – como una opción de oferta de servicio al solicitante, manteniendo la atención en las lenguas locales y la posibilidad de atender en su lengua propia a determinados colectivos de inmigrantes.<sup>79</sup>

---

<sup>75</sup> World Health Organization. Directorate General for Health and Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment. 2008

<sup>76</sup> World Health Organization. Directorate General for Health and Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment. 2008

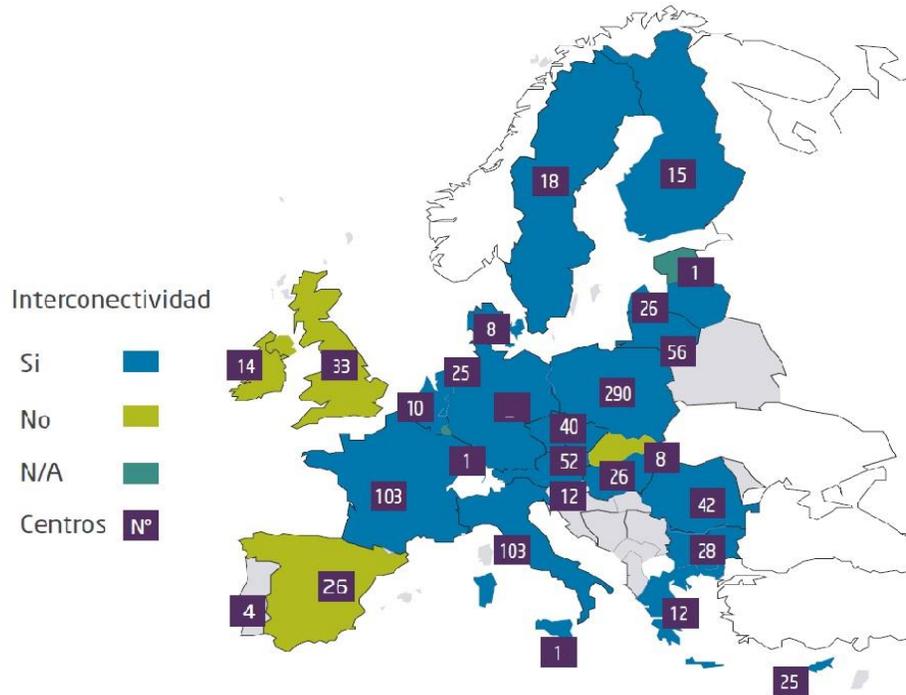
<sup>77</sup> World Health Organization. Directorate General for Health and Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment. 2008

<sup>78</sup> Gobierno de España. Galicia. Fundación Pública de Urgencias Sanitarias. Coordinación Médica de la Demanda Urgente en Centrales de Coordinación Sanitaria. 2002

<sup>79</sup> World Health Organization. Directorate General for Health and Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment. 2008

**Ilustración 7.-** Mapa Europeo. Centros Coordinadores de Emergencias Sanitarias.

Mapa europeo de interconectividad entre los Centros de Coordinación de Emergencias Sanitarias



Fuente: Barroeta J., Boada N. y Col. Los Servicios de Emergencia y Urgencias Extrahospitalarias en España. Ed. Mensur. 2011. Pág. 42.

La misma fuente da cuenta que en relación a los Centros de Coordinación o Regulación de Emergencias, solo dos miembros de la comunidad poseen Centros de Coordinación de Emergencias Sanitarias centralizados. En 15 países los Centros de Coordinación o Regulación se organizan o dan cobertura regional y en 11 de con características de subregión.<sup>80 81</sup>

<sup>80</sup> Gobierno de España. Galicia. Fundación Pública de Urgencias Sanitarias. Coordinación Médica de la Demanda Urgente en Centrales de Coordinación Sanitaria. 2002

<sup>81</sup> Gobierno de España. Andalucía. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias - Los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias. Una Regulación Después de 14 Años. 2008

Según el mismo reporte de la OMS, la interconexión entre los Centros Coordinadores de Emergencia se expresa como un índice muy positivo de calidad del sistema en su conjunto. Véase la Ilustración N° 7, que muestra el mapa europeo de distribución de centros.

Referente a los vehículos y ambulancias para el trabajo en emergencias, en la UE, se manejan – al igual que en nuestro país – tres niveles de ambulancia, con características similares en cuanto a nivel y complejidad de atención.

De acuerdo con los últimos estándares de la UE, las ambulancias de carretera se pueden clasificar en tres tipos:

*Ambulancia tipo A:* ambulancia para el transporte de pacientes. Ambulancia de carretera diseñada y equipada para el transporte de pacientes que no se espera que sean de emergencia. Equivalente a Ambulancia de Transporte Sanitario, ATS o M0 en Chile.

*Ambulancia tipo B:* ambulancia de emergencia. Ambulancia de carretera diseñada y equipada para el transporte y el tratamiento y seguimiento básico de los pacientes. Equivalente a Ambulancia de Emergencia Básica, AEB o M1 en Chile.

*Ambulancia tipo C:* unidad móvil de cuidados intensivos. Ambulancia de carretera diseñada y equipada para el transporte, tratamiento avanzado y seguimiento de los pacientes. Equivalente a Ambulancia de Emergencia Avanzada, AEA, M2 o M3 en Chile.

En el informe de la OMS para los sistemas de emergencias de la UE, se notifica que las “Ambulancias tipo A”, ya no están disponible para la asistencia de emergencia y solo pueden ser utilizadas para el transporte programado. La situación es similar en Chile, ya que al no ser tripulados por personal sanitario (solo que existen aún) varios Servicios de Salud le tienen asignado al SAMU, la gestión y los movimientos de procedimientos y pacientes que no corresponden a Urgencias, ni básicas, ni avanzadas. Esta situación debería cambiar en el momento que los SAMU en Chile, dejaran de depender administrativamente de los Servicios de Salud.

“Vale la pena mencionar que para hacer el mejor uso de los recursos, se ha creado en la mayoría de países Europeos un sistema de dos niveles que consiste en técnicos de emergencias médicas o enfermeras para las unidades de primer nivel, y móviles de cuidados intensivos en el segundo nivel. Los que proporcionan atención médica avanzada de emergencia suelen ser los médicos o profesionales de la salud altamente capacitados para realizar una amplia gama de intervenciones y procedimientos. La eficacia de este nivel avanzado de atención no está todavía probada. La efectividad del valor de los diferentes modelos de prestación de servicios de emergencia, tales como los niveles de respuesta, la eficacia económica del tipo de sistema de SEM, y el despliegue de diferentes tipos de proveedores de atención de la salud, es inexistente o no concluyente.”<sup>82</sup>

---

<sup>82</sup> World Health Organization. Directorate General for Health and Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment. 2008  
65 - Tesis de Grado Dr. Pablo A. Cantú Dedes 2011 - 2013

La percepción ciudadana de la efectividad y la gestión de los servicios de emergencia, mejora cuando son evaluados en conjunto todos los servicios, mirados desde la coordinación y la cooperación entre ellos.<sup>83</sup>

Entre las acotaciones que emite el reporte, está el hecho que las instituciones de emergencia, entiéndase Sanitarios, Policía y Bomberos, como primeros respondedores, sobre todo los segundos y terceros, que generalmente – al igual que en Chile – son los primeros testigos en llegar a la escena o evento sanitario, sería importante que estos funcionarios públicos estén capacitados en la prestación de Soporte Vital Básico (SVB) y que se les imparta una capacitación técnica para mantener una estrecha cooperación con los profesionales que participan en el rescate de los vehículos accidentados, así como para preservar la seguridad del lugar.<sup>84</sup>

En nuestra opinión, no solo deberíamos capacitar a Bomberos y Carabineros en Soporte Vital Básico y Soporte Inicial del Traumatizado y Primeros Auxilios, entre otras materias más de corte ético, legal y de buen criterio, sino que también estas materias deberían estar en la malla curricular de la enseñanza básica y media, así como ser requisito obligado para la obtención de licencia de conducción e ingreso a ciertas instituciones públicas.

---

<sup>83</sup> World Health Organization. Directorate General for Health and Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment. 2008

<sup>84</sup> World Health Organization. Directorate General for Health and Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment. 2008

En Chile el Manual ABC<sup>85</sup> de la Emergencia, dictado en Decreto Supremo N° 50<sup>86</sup>, establece qué debe hacer cada una de las entidades participantes en una emergencia, sus funciones y roles, en determinadas circunstancias. Lamentablemente, sobre todo en Carabineros, la alta rotación, y la diversidad de mandos, hacen que no siempre sean conocidos estos documentos.

Acerca de los Sistemas de Información y Calidad, el mismo informe emite aseveraciones que en Chile ya tenemos resueltas y que mejoran el acceso de la ciudadanía a los Servicios Críticos, cumpliendo de esta forma con el principio del acceso y continuidad de los cuidados, cuando dice: *“Merece la pena señalar que, a pesar del enorme incremento del uso de las tecnologías de la información en Europa, tan solo en tres países los Sistemas de Emergencia Médica tienen información sobre la disponibilidad de camas de UCI a través de una conexión segura de internet.”*<sup>87</sup>

En Chile, existe la *Unidad de Gestión Centralizada de Camas Críticas*<sup>88</sup>, entidad gestionada y administrada por el Estado de Chile, con asiento en “Salud Responde”<sup>89</sup>, la cual garantiza que todo paciente que requiera una cama crítica, tendrá acceso a ella en cualquier lugar del país.

---

<sup>85</sup> Gobierno de Chile. Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito. Manual ABC de la Emergencia. 2002.

<sup>86</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones. Dcto. Exto. N° 50, Aprueba Manual de Operaciones Multi Institucional ante Emergencias. 2002

<sup>87</sup> World Health Organization. Directorate General for Health and Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment. 2008.

<sup>88</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Unidad de Gestión Centralizada de Camas. 2009.

<sup>89</sup> [http://www.saludresponde.cl/quienes\\_somos/](http://www.saludresponde.cl/quienes_somos/). Salud Responde (600 360 77 77) es la plataforma telefónica del Ministerio de Salud encargada de brindar información, apoyo y educación en salud a todo el país, las 24 horas del día durante todo el año. Está compuesto por un equipo multidisciplinario (médicos, enfermeras/os, matronas) y se enfoca en orientar a los usuarios respecto a los derechos y beneficios que ofrece la red de salud.

La evaluación abordada en el documento, sobre la medición de la calidad en los países de la UE, se centró en verificar la disponibilidad en cada Estado de normas de calidad y sistemas de monitoreo. Solo en 15 países de la comunidad, se han establecido normas para el funcionamiento de servicios de los servicios de emergencia y en 13 cuentan con un conjunto de indicadores de monitoreo de la calidad.<sup>90</sup>Situación que en Chile aún, en la modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalaria no se ha establecido. Más aún, no existen parámetros para comparar o medir Calidad de Atención a nivel nacional.

*“Las dificultades de contar con sistemas objetivos homogéneos han limitado las posibilidades de evaluar las ventajas y desventajas de los diferentes modelos de Sistemas de Emergencia Médica europeos.”*<sup>91</sup>Situación que en Chile es similar, ya que tanto en el sistema público como en el privado, esta modalidad de atención no tiene indicadores, ni objetivos homogéneos, como para poder realizar una evaluación del modelo.

*“En lo referente a la formación de técnicos y profesionales en asistencia de emergencia varía mucho entre los distintos Estados miembros. En niveles pre graduado es una materia obligatoria en las facultades de medicina de 16 países de la UE. En la formación de postgrado varían las instituciones que ofrecen formación en atención a las emergencias. Los organismos europeos que pueden acreditar la formación pueden ser*

---

<sup>90</sup> World Health Organization. Directorate General for Health and Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment. 2008

<sup>91</sup> World Health Organization. Directorate General for Health and Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment. 2008

*las asociaciones nacionales de médicos o de enfermería, los Colegios de Médicos y los Ministerios de Salud.*”<sup>92</sup>La situación en Chile es, a mi juicio aun peor, ya que no existe una formación establecida en materias de urgencias y mucho menos en materia de urgencias pre hospitalarias, esto incluye el pre grado y post grado. La especialización en Medicina de Urgencias, que imparten algunas universidades chilenas, recién el año 2013 se declaró como especialidad primaria, con lo que el Ministerio de Salud, le entrega algún grado de prioridad.

*“La formación necesaria para trabajar en servicios de emergencia medicas varia igualmente mucho en toda Europa. Muchos países exigen que los médicos estén especializados en al menos una o más áreas de la medicina (por ejemplo, cuidados intensivos, anestesiología, emergentología o cirugía de emergencia, traumatología, cardiología, medicina interna general, etc.) para trabajar en los servicios extra hospitalarios.*”<sup>93</sup>

*“En 2007 tan solo nueve países (República Checa, Hungría, Irlanda, Malta, Polonia, Eslovaquia, Reino Unido, Bulgaria y Rumania) habían registrado oficialmente la medicina de urgencia y emergencia como una especialidad con un programa mínimo de capacitación de cinco años, aunque de alguna forma el estatuto de especialidad a nivel nacional estaba reconocido en 18 países.*”<sup>94</sup>La realidad local en Chile, dista mucho de aquello, ya que los cupos, cargos y necesidades planteadas por el sistema, no son en su

---

<sup>92</sup> World Health Organization. Directorate General for Health and Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment. 2008

<sup>93</sup> World Health Organization. Directorate General for Health and Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment. 2008

<sup>94</sup> World Health Organization. Directorate General for Health and Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment. 2008

mayoría para médicos, sino para profesionales del área de la salud y técnicos. La tripulación óptima y adecuada para esta modalidad de atención, debería estar constituida por un médico, un enfermero, un técnico de enfermería de nivel superior y conductor todos ellos, especializados en transporte, medicina crítica, urgencias y catástrofes, esto como concepto fundamental, ya que es la única forma de contar con respaldo médico legal, científico y de calidad en la atención sanitaria pre hospitalaria.

Finalmente, del Reporte de la OMS para los Sistemas de Emergencia Europeos, hay que resaltar algunos puntos que son muy importantes y que deberían servirnos para nuestro desarrollo.

Sobre las *Recomendaciones acerca de la Legislación y el Financiamiento de los Sistemas de Emergencias Médicas*<sup>95</sup>, 1 documento a corto plazo recomienda introducir a través de una institución reconocida y autorizada Normas comunes mínimas en materia de educación de los profesionales y en el largo plazo, la introducción de normas mínimas comunes sobre la inclusión de representantes de los Servicios Médicos de Emergencia en los equipos nacionales de gestión de crisis, crear mecanismos para movilizar fondos para Servicios de Emergencia Médica de preparación y respuesta ante desastres.<sup>96</sup>

---

<sup>95</sup> World Health Organization. Directorate General for Health and Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment. 2008

<sup>96</sup> Cardenete C., Polo C. Escala de Valoración del Riesgo del Transporte Interhospitalario de Pacientes Críticos - Aplicación en el Servicio de Urgencias Médicas de Madrid. Emergencias. 2001  
70 - Tesis de Grado Dr. Pablo A. Cantú Dedes 2011 - 2013

Sobre las *Recomendaciones para los Sistemas de Emergencias Médicas no dependientes del hospital*.<sup>97</sup> En el corto plazo, se recomienda proporcionar una lista de indicadores de calidad en relación fuera de los hospitales de Servicios Médicos de Emergencia, desde una institución reconocida y autorizada, proponer planes de estudio internacionalmente reconocidos de primeros auxilios para casos de emergencia, como bomberos, voluntarios, policías y comunidad en general, asegurar la coordinación y la respuesta para evitar el retraso en la respuesta de emergencias, mejorar el acceso de la ciudadanía a los servicios de emergencias médicas, asegurar que las llamadas de emergencia sean respondidas sólo con ambulancias tipo B y C, y que los tiempos de respuesta no excedan los ocho minutos después de recibir la llamada de emergencia. Y en el largo plazo, se recomienda sentar las de una estrategia común de investigación, por una institución reconocida y autorizada, mejorar los sistemas para permitir el intercambio de información en tiempo real entre los servicios médicos y centros de expedición, posicionar a los médicos de emergencia bajo la dirección operativa del despacho médico.<sup>98 99</sup>

Sobre las *Recomendaciones para los Sistemas de Emergencias Médicas dependientes del hospital*.<sup>100</sup> En el largo plazo, introducir mecanismos de rendimiento para los servicios de urgencias hospitalarios y establecer sistemas de monitoreo de la calidad, especialmente para los servicios de urgencias. Y en el largo plazo apoyar el desarrollo de

---

<sup>97</sup> World Health Organization. Directorate General for Health and Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment. 2008

<sup>98</sup> Gobierno de España. Galicia. Fundación Pública de Urgencias Sanitarias. Coordinación Médica de la Demanda Urgente en Centrales de Coordinación Sanitaria. 2002

<sup>99</sup> Gobierno de España. Andalucía. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias - Los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias. Una Reevaluación Después de 14 Años. 2008

<sup>100</sup> World Health Organization. Directorate General for Health and Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment. 2008

las directrices de protocolo para casos de emergencia más frecuentes incluyendo Triage, revisar cómo se detectan y se tratan en los servicios de urgencias a las necesidades psicosociales de los pacientes, establecer sistemas de Triage en todo el país para los pacientes en los Centros de Despacho, de la ambulancia y el nivel en el hospital, para garantizar el acceso y la equidad en la calidad de la atención apropiada y rápida.

Sobre las *Recomendaciones en materia de Educación en los Sistemas de Emergencias Médicas*.<sup>101</sup> En el corto plazo, se debe extender y regular la especialización en Medicina de Emergencia de los médicos, introducir y regular la especialización en medicina de emergencia para las enfermeras, incluir en los planes de estudios de pre-grado de las escuelas de medicina y enfermería un curso de enseñanza obligatoria en medicina de emergencia y desastre, apoyar la formación continua, regular el uso de los profesionales no médicos y voluntarios que respondieron a una situación médica en situaciones fuera de los hospitales y proporcionar voluntarios laicos con formación adecuada.

En materia de *Recomendaciones sobre Gestión de Crisis en los Sistemas de Emergencias Médicas*.<sup>102</sup> En el corto plazo, revisar y discutir los procedimientos transfronterizos estratégicos y tácticas operativas; Proporcionar una definición de la base mínima de competencias para los trabajadores de la salud en la gestión de crisis; Proporcionar y ampliar la difusión de la educación en gestión de desastres a todos los trabajadores de la salud involucrados en los servicios médicos de emergencia; Asegúrese

---

<sup>101</sup> World Health Organization. Directorate General for Health and Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment. 2008

<sup>102</sup> World Health Organization. Directorate General for Health and Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment. 2008

de que los Centros de Despacho, ambulancias y servicios de urgencia hospitalarios prueben periódicamente su plan de preparación ante las crisis; Reforzar la cooperación y los mecanismos de coordinación a nivel de la Unión Europea.

Nos parece muy importante y necesario que nuestros expertos en materia de atención sanitaria de urgencia pre hospitalaria, conozcan la realidad europea – y la de otros continentes – y desde la realidad nacional se adecuen y modifiquen algunas de las cosas que mejoran la atención sanitaria a la ciudadanía y con la cual estamos en deuda.

## ***Cap. II – Parte 2.4.- Sistemas de Emergencia Pre Hospitalaria en Latinoamérica.***

Realizamos una revisión de documentos relacionados a la Atención Sanitaria Pre Hospitalaria en Latinoamérica.<sup>103 104 105 106 107 108 109 110 111 112</sup>

En el año 2010, la OMS – OPS<sup>113 114</sup>, desde el Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud encargaron el estudio “*Compilación de Legislación sobre*

---

<sup>103</sup> Pinet L. Atención prehospitalaria de urgencias en el Distrito Federal- las oportunidades del sistema de salud Pública de México, vol. 47, núm. 2005

<sup>104</sup> Muro M., Maffei D., Cohen R. Los Sistemas de Atención Médica de Emergencias en la República Argentina. 2004

<sup>105</sup> Guerrero R., Gallego Al., Becerril-Montelkio V., Vasquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud Pública México. 2011. Vol. 53, supl. 2. 144 - 155

<sup>106</sup> Gobierno de Brasil. Resolución Consejo Federal de Medicina N° 1.671, sobre Reglamento de Atención Prehospitalaria en Brasil. 2003.

<sup>107</sup> Gobierno de Costa Rica. Manual de Normas para la Habilitación de Servicios de Atención Extra-hospitalaria de pacientes. Ambulancia “Tipo B”. Soporte Intermedio (Bases y Ambulancias). 2004

<sup>108</sup> Gobierno de México. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas.

<sup>109</sup> Morales N. Plan Hospitalario para Desastres. Perú. 2000

<sup>110</sup> Gobierno de Brasil. Secretaria de Saúde Publica. Resolução CFM N° 1.529. 1998. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 170, 4 set. 1998. Seção 1, p. 69.

<sup>111</sup> Gobierno de Brasil. Resolución Consejo Federal de Medicina N° 1.671, sobre Reglamento de Atención Prehospitalaria en Brasil. 2003

<sup>112</sup> Análisis de Situación de los Sistemas de Servicios de Emergencias Médicas en la Región de AL y el Caribe. 2009 - 2011

<sup>113</sup> World Health Organization. Manual de Evaluación de Daños y Necesidades en Salud para Situaciones de Desastre. Serie manuales y Guías sobre Desastres N° 4. 2004

<sup>114</sup> World Health Organization. Guías para la Atención PH de los Traumatismos. 2001

*Sistemas de Servicios de Emergencia en América Latina*”<sup>115</sup>, cuyo objetivo era efectuar una recopilación de legislación vigente sobre sistemas de servicios de emergencia en América Latina.

El mismo, presenta las normas aplicables demostrando el papel de la legislación de salud como herramienta de instrumentación de políticas de salud y como generadora de responsabilidades civiles, penales y profesionales. Para ello, los autores definieron variables para la identificación y revisión de la legislación desde dos grandes títulos a saber:

***Marco de Derechos y Estructura del Sistema de Atención.***<sup>116</sup>

Bajo el ***Marco de Derechos*** incluyen: a) *Garantía genérica de acceso a la atención de salud*, b) *Obligatoriedad de la atención de emergencias en las instituciones públicas y privadas que prestan servicios de salud*. c) *Obligación de informar sobre el derecho a recibir atención de emergencias en las instituciones públicas y privadas de salud.* , y d) *Derechos del paciente: consentimiento informado, confidencialidad de los datos, historia clínica, protocolo de acta de internación.*

Bajo el ***Sistema de Atención*** incluyen: a) *Rectoría de la Autoridad Sanitaria*. b) *Garantías de calidad en el ámbito de los servicios*. c) *Sistemas de atención telefónica y características: número y lenguaje accesible*. d) *Servicio de traslado a otro hospital o al*

---

<sup>115</sup> Castiglione S. Organización Panamericana de la Salud. *Compilación de Legislación sobre Sistemas de Servicios de Emergencia en América Latina*. 2010

<sup>116</sup> Castiglione S. Organización Panamericana de la Salud. *Compilación de Legislación sobre Sistemas de Servicios de Emergencia en América Latina*. 2010

*propio domicilio: ambulancias terrestres, aéreas, acuáticas.* e) *Aspectos de financiamiento relacionados a la atención de emergencia.* El documento finalmente realiza una búsqueda de normas aplicables a las previsiones legales en materia de reembolso de gastos de emergencia médica, centrándose en las disposiciones legales que establecen las condiciones para ello, incluyendo también este título, cuestiones de accesibilidad y asequibilidad a los servicios de salud. La metodología da cuenta que se tomaron normas nacionales vigentes al 1 de marzo de 2010. Los países incluidos en este estudio son Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

El estudio utilizó la información legal disponible en bases de datos y la realidad muestra que algunos países no han sistematizado y hecho disponible al público su normativa.

En el mismo estudio se constata que todas las Constituciones de los países estudiados hacen referencia al derecho a la salud con excepción las de Argentina y Costa Rica (ambos países contemplan el derecho a la salud como una extensión del derecho a la vida y han incorporado garantías de acceso en normas generales de salud y de seguros de salud).

Por la importancia que reviste el Análisis Preliminar de este estudio, se transcriben textualmente sus partes más importantes y se comentan algunos de ellos:

*“Relativo a la obligatoriedad de la atención médica de urgencia por parte de instituciones públicas y privadas está consagrado en algunos casos a nivel constitucional como es el supuesto de Ecuador y Paraguay, aunque en este último caso sólo se refiera a las instituciones públicas. Este deber surge también en muchos casos de las normas generales de salud (Nicaragua, Venezuela, Bolivia, República Dominicana), en disposiciones específicas referidas al manejo de las emergencias médicas (Panamá, Perú) o en otra normativa (Chile, Ley No. 18.469, que regula el Ejercicio del Derecho Constitucional a la Protección de la Salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud)”*.<sup>117</sup> Se manifiesta la diferencia regulatoria del instrumento pero se evidencia la existencia de legislación sobre la obligatoriedad de la atención médica de urgencia, en nuestro país en cambio, se menciona el régimen de Prestaciones de Salud, pero no alude a la Atención de Urgencias Pre Hospitalaria que es la modalidad de atención motivo de este trabajo.

*“Muchas normas indican expresamente que la capacidad de pago no debe ser un factor para negar atención (Ecuador) y en algunos casos se prohíben expresamente que se exija seguro, caución o que de alguna manera se pretenda documentar la deuda previamente a la prestación del servicio (Brasil)”*<sup>118</sup>. No mencionado directamente para Chile, tenemos en el país, la Ley 20.394<sup>119</sup> que regula este proceso, cuestión que para la modalidad de Atención Pre Hospitalaria pública en Chile nunca fue un tema conflictivo,

---

<sup>117</sup> Castiglione S. Organización Panamericana de la Salud. Compilación de Legislación sobre Sistemas de Servicios de Emergencia en América Latina. 2010

<sup>118</sup> Castiglione S. Organización Panamericana de la Salud. Compilación de Legislación sobre Sistemas de Servicios de Emergencia en América Latina. 2010

<sup>119</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública, Ley N° 20.394 de 2009. Prohíbe condicionar la atención de salud al otorgamiento de cheques o dinero en efectivo.

ya que en ningún caso, en atención de emergencias, el SAMU, que es quien está a cargo de esta modalidad de atención en el sistema público de salud, ha manifestado reparo en ello, atendiendo por igual a toda víctima de una emergencia sin consultar por su situación previsional, ni en la solicitud de ayuda, así como tampoco en la intervención en terreno.

*“Respecto a la obligación de informar sobre el derecho a recibir atención de emergencia en las instituciones de salud públicas y privadas, muchos países disponen que es obligación de todos los centros de salud mantener a disposición de los usuarios y/o exhibir el texto de normas lugares visibles para el público que incorporan la obligatoriedad de la atención de emergencia. Este es el caso, a título de ejemplo, de Ecuador, Bolivia, Costa Rica y Brasil”<sup>120</sup>.*

*“En relación al derecho de los pacientes incluyendo consentimiento informado, confidencialidad de datos, historia clínica, protocolo de acta de internación de pacientes una vez que han sido admitidos a los servicios hospitalarios de urgencia, en mayor o menor medida todos los países tienen normas al respecto.”<sup>121</sup>* El texto no hace referencia a Chile, ya que aún no era publicada, ni había entrado en vigencia la Ley N° 20.584<sup>122</sup>, con la cual contamos actualmente, en nuestro territorio nacional. Esta Ley es precisa en las obligaciones que tenemos, en entregar información y en el uso del

---

<sup>120</sup> Castiglione S. Organización Panamericana de la Salud. Compilación de Legislación sobre Sistemas de Servicios de Emergencia en América Latina. 2010

<sup>121</sup> Castiglione S. Organización Panamericana de la Salud. Compilación de Legislación sobre Sistemas de Servicios de Emergencia en América Latina. 2010.

<sup>122</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública, Ley N° 20.584. Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su Atención en Salud.

Consentimiento Informado, como responsabilidad médica, ante cualquier procedimiento que se ha de ejecutar con algún paciente.

*“Respecto a los sistemas de atención telefónica con número y lenguaje accesible, es posible afirmar que todos los países cuentan con números de tres dígitos para casos de emergencia. La principal variación se presenta respecto al grado de unificación, coordinación y regulación de los mismos. En algunos países existen sistemas únicos centralizados a nivel nacional (Colombia, Argentina, Panamá, México, Brasil, Perú). Otros países presentan números distintos en cada provincia/estado o municipio no existiendo un número único. Igualmente, porque la regulación de estos sistemas es en general local y a veces incluso varía en el sentido que hay un número distinto para emergencias médicas otro para bomberos y/o policía, se presentaron dificultades para localizar las normas aplicables.”*<sup>123</sup> La situación nacional no es distinta a ésta, el número 131 para emergencias, es único, nacional, se re direcciona a cada centro regulador, por regiones en algunos casos y por provincias o Servicios de salud en otros. Acá la dificultad se genera en otro ámbito – no sanitario – de cosas, tiene que ver con la legislación vigente para compañías de telecomunicaciones y telefonía, que son las encargadas de dar ruta al número único a una central establecida, que dado por las coberturas y la distribución de antenas de esta compañías, hace que en muchos lugares, las llamadas – sobre todo telefonía móvil – caigan o sean contestadas en otra región o provincia distinta de donde se está llamando.

---

<sup>123</sup> Castiglione S. Organización Panamericana de la Salud. Compilación de Legislación sobre Sistemas de Servicios de Emergencia en América Latina. 2010  
78 – Tesis de Grado Dr. Pablo A. Cantú Dedes 2011 – 2013

*“El servicio de ambulancia y traslado de pacientes se encuentra en general incluido en las normas que regulan los hospitales o instituciones de salud y en disposiciones de referencia y contra referencia de pacientes. Algunos países tienen normas exclusivamente dedicadas al tema aunque se ha observado de la normativa estudiada que las regulaciones de los servicios de ambulancias y traslado de pacientes están fragmentadas en el sentido que forma parte de la normativa a veces de cada hospital en particular.”*<sup>124</sup> La realidad chilena no se menciona en la Compilación, pero no dista mucho de esa realidad, la atención primaria de salud es mayoritariamente municipal y depende de la riqueza o gestión municipal para su desarrollo con diferencias financieras y conceptuales, entre municipios vecinos, análisis aparte son los Servicios de Salud, que tienen a la modalidad de atención sanitaria pre hospitalaria de urgencia con la misma variación que servicios de salud existen en Chile.

*“En relación a los aspectos de financiamiento relacionados a la atención de emergencia y el reembolso de gastos, el principio aplicable es que luego que se ha prestado el servicio, si el beneficiario no cuenta con un seguro que cubra la atención, debe proceder a reintegrar los gastos. Si existe un seguro privado o provisto por los empleadores, los reembolsos están sujetos a lo que las respectivas pólizas o normas de cobertura establezcan.”*<sup>125</sup>

---

<sup>124</sup> Castiglione S. Organización Panamericana de la Salud. Compilación de Legislación sobre Sistemas de Servicios de Emergencia en América Latina. 2010

<sup>125</sup> Castiglione S. Organización Panamericana de la Salud. Compilación de Legislación sobre Sistemas de Servicios de Emergencia en América Latina. 2010

*“Algunos países tratan los supuestos de reembolsos cuando quien recibió el servicio no cuenta con medios. A título de ejemplo, Chile establece un mecanismo a través de Fondo Nacional de Salud. En Ecuador se dispone que los valores no recuperados del servicio de salud se deduzcan del impuesto a la renta. En Panamá se establece un sistema de pagos compartido por el paciente, el Estado y quien prestó el servicio.”<sup>126</sup>*

García Hernández R. (2009) plantea algunos conceptos importantes en la comprensión de esta modalidad de atención, desde la organización con rectoría del estado: *“La asistencia médica en los servicios de urgencia constituye dentro del sistema de salud de cada país, una de las actividades de mayor complejidad. Es el resultado de la interacción de múltiples factores implicados en disponer de cobertura asistencial con elevada tecnología, que satisfaga la demanda por la morbilidad poblacional de una manera constante y continúa”*.<sup>127</sup>

Ya en Chile, el grupo de expertos del Ministerio de Salud (2001), en el *Programa Reforzamiento de Urgencia y Unidades Críticas (Red Urgencia)*<sup>128</sup>, se adelantaban a las definiciones en que la atención pre hospitalaria constituye un servicio crítico y de alta complejidad y también le entrega al estado la necesidad de definir cobertura, tecnología, presupuestos, en forma independiente, constante y continua. En este documento, se hacen algunas recomendaciones que se comentan más adelante.

---

<sup>126</sup> Castiglione S. Organización Panamericana de la Salud. Compilación de Legislación sobre Sistemas de Servicios de Emergencia en América Latina. 2010

<sup>127</sup> García Hernández R. (2009) El Sistema Integrado de Urgencias Médicas en la Habana. Editorial. Revista Ciencias Médicas de La Habana.

<sup>128</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Hacienda. Dirección de Presupuestos. Programa Reforzamiento de Urgencia y Unidades Críticas (Red Urgencia) - MINSAL. 2001.

El mismo García Hernández (2009), refiriéndose a las competencias profesionales en el sistema se refiere así: *“La atención al grave requiere de competencia profesional. Sin embargo, es crucial que dicho personal disponga de un elevado nivel de recursos que complementen la actuación. Así será posible alcanzar la calidad de la atención que se ofrece, en situaciones en que el tiempo impone al médico la mayor celeridad y certeza”*.

Tanto la Norma Técnica N° 17, como otros documentos relacionados con el Sistema de Atención Médica de Urgencias, hacen referencia a la formación de técnicos y profesionales a través de cursos recetas, cursos paquete “Life Support”<sup>129</sup> que, a nuestro juicio no son suficientes para formar y entregar las competencias necesarias para, *“...alcanzar la calidad de la atención que se ofrece, en situaciones en que el tiempo impone al médico la mayor celeridad y certeza.”*, parafraseando la cita del profesor Ramón García Fernández<sup>130</sup> al final del párrafo precedente.

En su Editorial *“El Sistema Integrado de Urgencias Médicas en la Habana”*<sup>131</sup>, el Dr. García Fernández (2009), nos manifiesta una realidad para nada descabellada y digna de análisis cuando nos dice: *“El Sistema Integrado de Urgencias Médicas (SIUM) se responsabilizó desde su creación con el funcionamiento en las esferas de la Urgencia, Emergencia y Cuidados Intensivos. Con la creación del SIUM, desaparecía la concepción clásica de Cuerpos de Guardia en los que la cadena de Cuidados*

---

<sup>129</sup> Advance Trauma Life Support (ATLS), Advance Cardiac Life Support (ACLS), Pediatric Advance Life Support (PALS), Neonatal Advance Life Support (NALS), Advance Life Support Obstetrics (ALSO), Basic Life Support (BLS), Apoyo Pre Hospitalario Avanzado (APHA), entre otros.

<sup>130</sup> Especialista de II grado en Medicina Intensiva. Profesor Auxiliar. Máster en Urgencias Médicas.

<sup>131</sup> García Hernández R. (2009) El Sistema Integrado de Urgencias Médicas en la Habana. Editorial. Revista Ciencias Médicas de La Habana.

*Progresivos no ejercía su protagonismo y se incorporaba una estructuración basada en el Sostén Vital del enfermo y su seguimiento desde la fase de atención pre hospitalaria hasta el arribo a los Cuidados Intensivos”.*

Este concepto integrado de atención sanitaria de urgencias es muy importante y relevante, ya que nos entrega una mirada integral, uniforme y continuada del manejo del paciente gravemente enfermo.

***Cap. II – Parte 2.5.- Entorno Nacional en la Materia.***

***Cap. II – Parte 2.6.-Realidad de las Urgencias Hospitalarias en Chile.***

Se toman las estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y del Departamento de Epidemiología e Información de Salud<sup>132</sup> (DEIS) del Ministerio de Salud de la República de Chile, entre los años 2001 y 2009, para establecer algunos puntos de reflexión acerca de la situación real que nos atañe en el marco de nuestro trabajo de tesis.

---

<sup>132</sup> [http://intradeis.minsal.cl/egresoshospitalarios/menu\\_publica\\_nueva/menu\\_publica\\_nueva.htm](http://intradeis.minsal.cl/egresoshospitalarios/menu_publica_nueva/menu_publica_nueva.htm)

A manera de reflejar, según prioridades sanitarias de la década y políticas sanitarias públicas que establecen prioridades en la atención de salud, expondremos algunos datos estadísticos nacionales.

### **Evolución de las Consultas Generales y de Urgencias.**

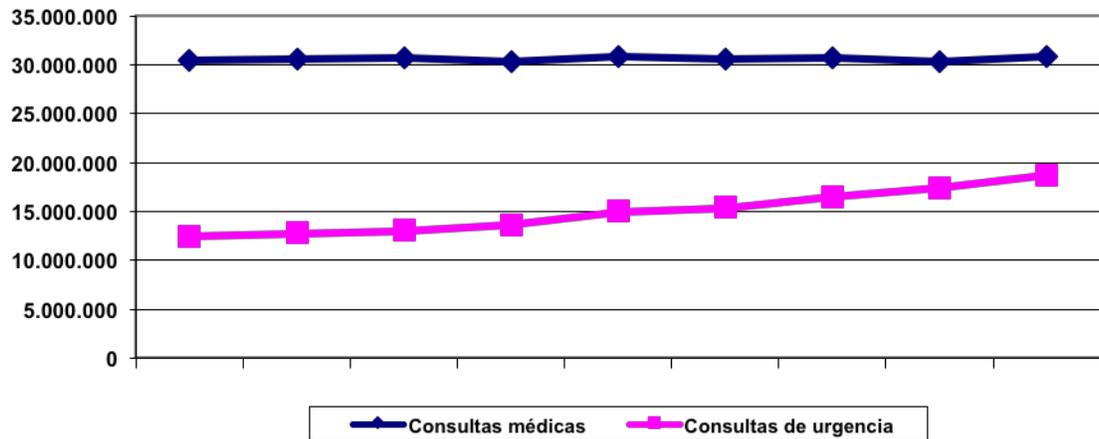
En la última década, nuestro país ha experimentado profundos cambios tecnológicos, culturales y sociales, con un desarrollo urbano cada vez más creciente, con las consecuencias lógicas derivadas de éste desarrollo, violencia, accidentes, población cada vez más añosa y menor tasa de natalidad, aumento de las expectativas de vida al nacer y mejora en los tratamientos de pacientes con patologías crónicas, todo lo anterior hace que los Servicios de Urgencia se hallan transformado en los lugares por donde la población accede al Sistema de Salud, con mayor edad, con mayor complejidad y con mayor demanda.

**Tabla 1.- Distribución total consultas médicas y de urgencia. 2001 – 2009. Chile.**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Totales / Años									
Consultas médicas	30.426.402	30.505.683	30.683.381	30.229.618	30.800.798	30.505.683	30.683.381	30.229.618	30.800.798
Consultas de urgencia	12.433.235	12.742.749	13.002.719	13.561.542	14.930.720	15.332.145	16.413.227	17.386.244	18.678.518
%	40,86	41,77	42,38	44,86	48,48	50,26	53,49	57,51	60,64

Fuente: INE - 2012

**Gráfico N° 1.- Distribución Total. Consultas Médicas y de Urgencia. Chile. 2001 – 2009.**



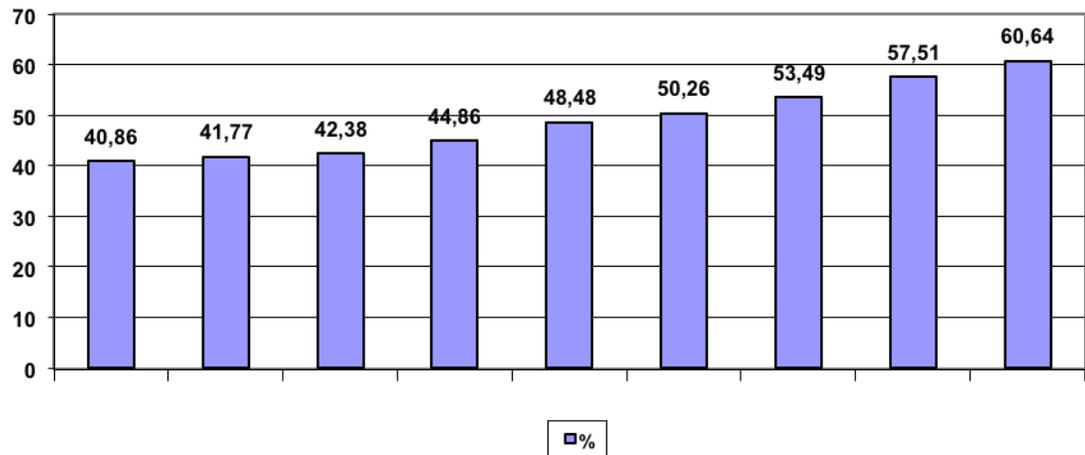
Fuente: INE - 2012

Si a ello sumamos, una escasa capacidad de resolución de la atención primaria de salud, tenemos entonces que las Unidades de Urgencia y la Asistencia de Urgencia Pre Hospitalaria se hacen aún más necesarias, al existir menor poder de resolución en los niveles previos.

Según se observa en la Tabla N° 1, Gráficos N° 1 y N° 2, las prestaciones de salud en urgencias han mantenido un crecimiento sostenido en forma sistemática durante la última década, constituyendo un 40,9 % del total de atenciones médicas en consulta ambulatoria en el año 2001 a un 60,7 % en el 2009, aparentemente debido a los cambios epidemiológicos, sociales y culturales de nuestra sociedad.

Esta tendencia obliga a generar sistemas de respuesta adecuados y pensar en políticas sanitarias más acordes y adecuadas a la realidad.

**Gráfico N° 2.- Distribución Porcentual. Consultas de Urgencia. Chile. 2001 – 2009.**



Fuente: INE - 2012

F

### Egresos Hospitalarios en la década.

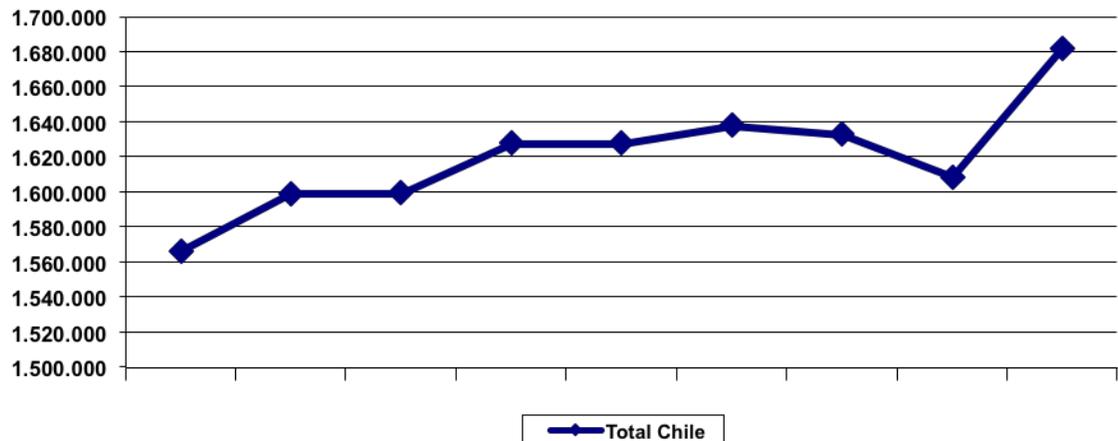
El comportamiento de la evolución de los egresos hospitalarios en Chile, se muestra en la Tabla N° 2 y Gráfico N° 3. En ellos hay un aumento sostenido en el periodo, teniendo un repunte abrupto entre el 2008 y el 2009.

*Tabla 2.- Egresos Hospitalarios. 2001 – 2009. Chile.*

CIE -	Egresos	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
10	Hospitalarios									
	Total Chile	1.566.187	1.599.075	1599280	1.627.748	1.627.743	1.637.920	1.632.888	1.608.540	1.682.056

Fuente: DEIS. 2012

*Gráfico N° 3.- Egresos Hospitalarios. 2001 - 2009. Chile.*



Fuente: INE - 2012.

**Enfermedades Circulatorias en la década (CIE 10: I00-I99).**

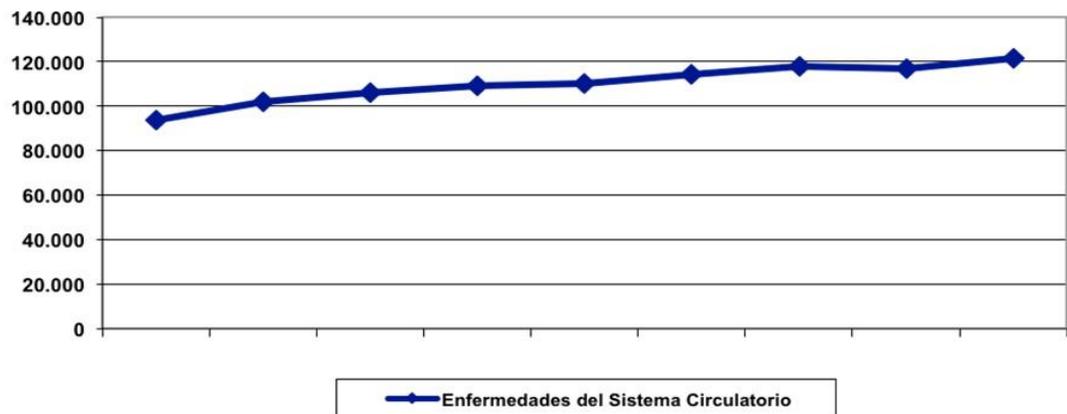
En relación al mismo indicador de egresos hospitalarios en el mismo periodo, tomado de la misma fuente, se observa que, en las enfermedades del sistema cardiovascular, Tabla N° 3 y Gráfico N° 4, existe un aumento sostenido entre los años 2001 y 2009, con una variación y aumento de 93.735 a 121.347, para un 22,75 %, de aumento en los egresos por este grupo de patologías.

**Tabla 3.- Egresos Hospitalarios. Enfermedades del Sistema Circulatorio. 2001 - 2009. Chile.**

CIE - 10	Egresos Hospitalarios	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
I00 - I99	Enfermedades del Sistema Circulatorio	93.735	101.874	106.040	109.017	110.138	114.011	117.539	116.749	121.347

Fuente: DEIS. Minsal. 2012

**Gráfico N° 4.- Egresos Hospitalarios. Enfermedades del Sistema Circulatorio. Chile. 2001 - 2009.**



Fuente: INE - 2012.

**Enfermedades Neurológicas en la década (CIE 10: G00-G99).**

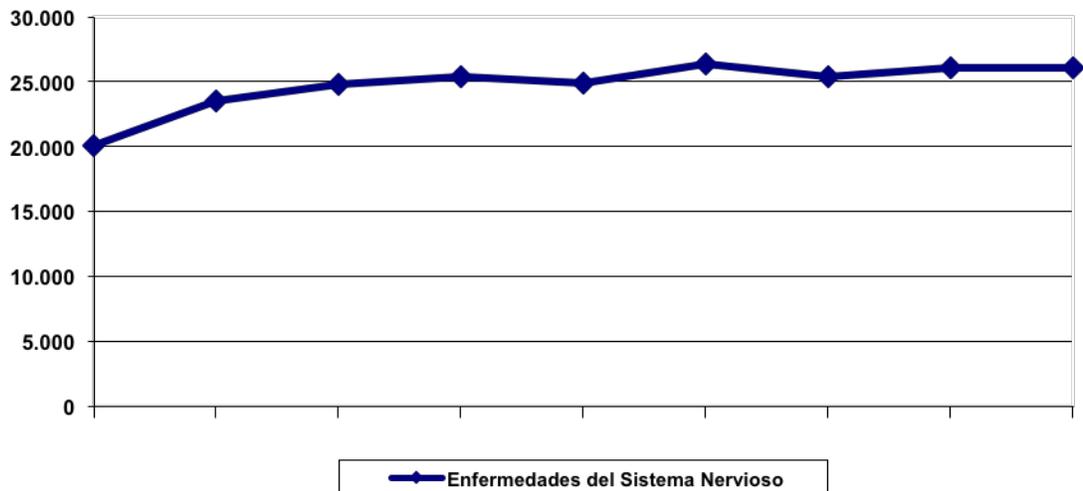
En las enfermedades del sistema nervioso, igualmente se observa un aumento sostenido, donde se observa en la Tabla N° 4 y Gráfico N° 6, muestran un aumento sostenido de 20.032 egresos en el año 2001 a 26.030 en el 2009, constituyendo un 23,04 % (5.998 egresos adicionales con relación al 2001)

**Tabla 4.- Egresos Hospitalarios. Enfermedades del Sistema Nervioso. 2001 - 2009. Chile.**

CIE - 10	Egresos Hospitalarios	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
G00 - G99	Enfermedades del Sistema Nervioso	20.032	23.475	24.754	25.332	24.848	26.300	25.346	26.029	26.030

Fuente: DEIS. Minsal. 2012

**Gráfico N° 5.- Egresos Hospitalarios. Enfermedades del Sistema Nervioso Central. Chile. 2001 - 2009.**



Fuente: INE - 2012.

**Accidentes de tránsito en la década.**

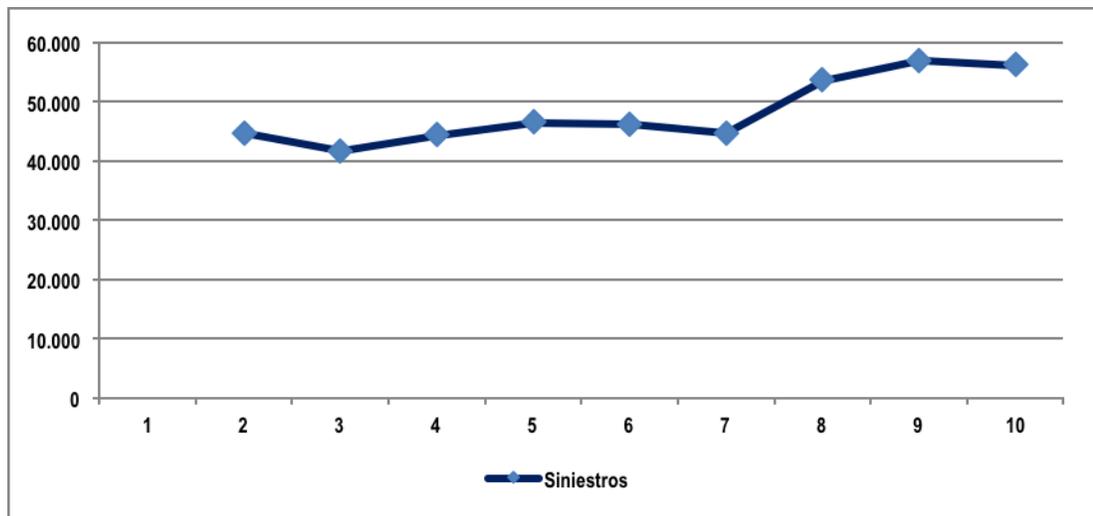
Los accidentes de tránsito en Chile, aumentaron de 44.831, en el año 2001 a 56.330 en el año 2009, Tabla N° 5 y Gráfico N° 8, siendo este un aumento sostenido en el tiempo, significando un 20,4 % de aumento con respecto al año 2001.

*Tabla 5.- Accidentes de Tránsito. 2001 – 2009. Chile.*

Año	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Siniestros	44.831	41.734	44.450	46.620	46.328	44.839	53.682	57.087	56.330

Fuente: [http://www.conaset.cl/conaset\\_web/contenido.php?id=73](http://www.conaset.cl/conaset_web/contenido.php?id=73)

*Gráfico N° 6.- Accidentes de Tránsito. Chile. 2001 - 2009*



Fuente: [http](http://www.conaset.cl/conaset_web/contenido.php?id=73)

***Cap. II – Parte 2.7.- Sistemas de Emergencia Pre Hospitalaria en Chile.***

**Algo de Historia<sup>133</sup>.**

Los primeros antecedentes de transporte de heridos en Chile se describen en la época de nuestra guerra de independencia, específicamente en las tropas de Manuel Rodríguez, cuando transportaban a los patriotas heridos en camillas hechas de madera, que eran colgadas a la silla de montar por la parte de la cabecera del lesionado y la parte caudal de la camilla arrastraba en el piso, esto tenía el inconveniente que los pacientes no iban asegurados y estos se rodaban en el camino, no llegando muchas veces a su destino.

En 1976 en la Asistencia Pública de Santiago y en cooperación con las postas de urgencias de esa ciudad (Posta 2, Posta 3 y Posta 4, cada una con sus ambulancias y su personal) se crea el Servicio de Urgencias Ambulancia (SUA), generando adicionalmente una sala de tráfico en el 8° piso de dicho centro asistencial. Esta sala de tráfico contaba con radio – operadores y telefonistas que recibían los llamados de demanda de atención médica y despachaban las ambulancias correspondientes. Algunos de estos trabajadores de la salud aún hoy se desempeñan en sus labores de antaño.

---

<sup>133</sup> Cantú, P. (2001). Evaluación Primaria y Secundaria en Trauma. Publicado en: <http://www.cursosdeurgencias.es/urgencias/colabora/aph.pdf>.

No es hasta 1991, que en el Hospital “Roberto del Río” del área norte de Santiago se comienza el programa de cirugía cardiotorácica y resultó necesario que las madres de los niños que se encontraban en lista de espera para cirugías cardíacas por patologías congénitas, contaran con un sistema de emergencias y rescate para salvaguardar la salud de sus hijos en caso de emergencia.

Este servicio logró grandes éxitos en la atención rápida de los pacientes portadores de cardiopatía congénita, a los once meses de existencia y respondiendo a una necesidad social del área de salud se decide transformar el Rescate Cardiológico en Rescate Norte y hacerlo extensivo a toda la población beneficiaria de ese servicio.

Durante el año 1993, un equipo de médicos del Hospital “Dr. Gustavo Fricke” de Viña del Mar, parten a París, a ver la experiencia francesa del SAMU, absorbiendo una visión y experiencia que a la postre, trajo consigo la creación del primer sistema de atención pre hospitalaria de urgencias con tripulaciones medicas de Chile.

Paralelamente a esto en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública y con la iniciativa del Departamento de Anestesiología, se crea el Servicio Médico de Urgencia y Reanimación (SMUR), integrado por los becados y residentes de ese departamento.

En 1995, luego de verse atrapados en las oficinas del Ministerio de Salud alrededor de ocho proyectos regionales de Atención Pre Hospitalaria y Rescate, nace el Sistema de

Atención Médica de Urgencias (SAMU) de la Región Metropolitana, mediante la fusión del Rescate Norte y el SMUR. Con la aparición del SAMU se logró la unificación del número único de emergencias 131, conquistando una relativa independencia de los servicios de salud y de estructuras administrativas burocráticas que frenaban el desarrollo de una buena atención fuera del tradicional sistema Hospitalario.

Durante los años 2000 y 2001, se comienza a desarrollar un importante Proyecto Nacional de Desarrollo de la Red de Urgencias, desde el Ministerio de Salud se constituyó un equipo de cuarenta profesionales que se encargaron de la redacción del Manual de Atención Pre Hospitalaria Básica<sup>134</sup> y Avanzada<sup>135</sup>, material con el cual se capacitaron cerca de 3000 monitores regionales para formar los sistemas de atención pre hospitalaria de cada región, con criterios unificados y normas técnicas nacionales acordes a los procedimientos y recomendaciones internacionales de atención de urgencia.

El SAMU de la novena región se constituye oficialmente el 10 de noviembre del año 2000, bajo la Resolución Exenta N° 2168 y firmado por el Dr. Carlos González Lagos, SEREMI de Salud de la IX Región, el Dr. Ricardo Célis Araya, Director del Servicio de Salud Araucanía Sur y el Dr. Carlos Fernández Ricci, Director del Servicio de Salud Araucanía Norte, bajo los mismos postulados que habían emanado del gobierno central,

---

<sup>134</sup> Manual elaborado por un equipo de profesionales del SAMU, coordinado y dirigido por el Ministerio de Salud Chileno, para formar, capacitar y entrenar a los futuros profesionales que se harían cargo de la generación de los distintos dispositivos SAMU a nivel regional en todo el país.

<sup>135</sup> Manual elaborado por un equipo de profesionales del SAMU, coordinado y dirigido por el Ministerio de Salud Chileno, para formar, capacitar y entrenar a los futuros profesionales que se harían cargo de la generación de los distintos dispositivos SAMU a nivel regional en todo el país.

con las mismas condiciones que otras regiones y sin que el estado hiciera aportes adicionales a las flotas de vehículos de emergencia, recursos humanos, equipamiento y materiales.

Esta situación, que inicialmente resuelve un problema pendiente en nuestro sistema de salud, en poco tiempo se transforma en un problema, ya que, las distancias largas, las demoras en la recepción de pacientes en las unidades de emergencia, provocan, que las unidades de emergencia de la red asistencial, queden varias horas sin personal o con menor dotación de personal para la atención de urgencia a la ciudadanía que consulta en ellas.

Desde su creación y hasta el año 2003, el SAMU de la novena región, tuvo un crecimiento exponencial, marcando pautas de desarrollo e iniciativa regional, situación que se mantuvo hasta fines del 2004, donde por diversas razones, se sucedieron una serie de cambios en la jefatura de esta organización, la que llevó a un estancamiento o estado de no avance en materias de generación de gestión, expansión y crecimiento. Hasta el año 2007, donde se crea el Directorio Regional del SAMU Araucanía, convenio bilateral entre los Servicios de Salud de la región, quedando compuesto por un directorio permanente, en el cual participan en forma reglamentaria los Directores, Sub Directores Médicos y los Asesores de la Red de Urgencia de cada uno de los Servicios que lo componen, todos ellos con derecho a voz y voto en el seno del Directorio y con alto poder de decisión y se incluye el Medico Director del SAMU Regional y el Sub Director

Administrativo del SAMU Regional, con derecho a voz, sin derecho a voto y con la responsabilidad de presentar la planificación, los proyectos de inversión, crecimiento y expansión en el seno de esta estructura.

### **Sistema de Atención Médica de Urgencia en Chile.**

En los últimos 30 años, en Chile, la demanda de atención médica de urgencia ha sufrido importantes modificaciones, de tipos socioeconómicas, demográficas y epidemiológicas, con una creciente urbanización. Un gran aumento en problemas sanitarios como accidentes y violencias, patologías cardiovasculares y enfermedades crónicas, con una evidente inversión de la pirámide demográfica nacional, aumentando la complejidad y combinación de enfermedades crónicas con enfermedades infecciosas y agudas, esperando que la demanda de asistencia médica de urgencia de alta complejidad, aumentaría exponencialmente<sup>136</sup>.

Hasta la década de los 90, recién pasada, el manejo de las urgencias se desarrollaba en los Hospitales, apreciándose un importante contraste entre el grado de sofisticación del manejo del paciente al ingresar a las Unidades de Emergencia Hospitalarias y la precariedad de los cuidados otorgados fuera de los establecimientos. Sumado a ello, una insuficiente coordinación entre el sector salud y las otras instituciones que participan en

---

<sup>136</sup> Ristori L., Tay L. (2005) El Sistema de Atención Médica Urgente (SAMU) de la Región Metropolitana. El Hospital Público en Chile.  
94 - Tesis de Grado

las emergencias y catástrofes. Esta situación hizo aparecer la necesidad de revisar y actualizar el modelo de atención de urgencia<sup>137</sup>.

En la década de los 90, en el Ministerio de Salud de Chile, se evaluaba el documento *“Proyecto. Sistema de Atención Médica de Urgencia de la Región Metropolitana”*<sup>138</sup>, que contenía dos temas principales de desarrollo, a saber: *“a) Un nuevo “Modelo de Atención de Urgencia Pre hospitalaria” que incorpora un Centro Regulador que jerarquiza la demanda de las personas e instituciones y define la respuesta apropiada, procurando la mejor resolución de acuerdo a los recursos disponibles; y que desarrolla una coordinación de la red asistencial de los Servicios de Urgencia”, y “b) Un plan de puesta en marcha, centrado en las etapas de implementación del nuevo modelo de atención de urgencia pre hospitalaria.”*<sup>139</sup>.

En el mismo proyecto, se enuncian ocho principios que debían cumplirse, sine qua non: *“1°.- La implementación del proyecto es una responsabilidad del Estado; 2°.- Los cuidados médicos deben ser otorgados por personal de salud; 3°.- La respuesta del sistema debe incluir: capacidad de otorgar reanimación avanzada, estabilización anatómica, fisiológica y transporte al centro más adecuado; 4°.- Su estructura operativa debe ser regional, optimizando todos los recursos de una zona determinada; 5°.- Los sistemas deben ser regulados médicamente; 6°.- Los sistemas pre hospitalarios deben estar integrados a la Red de Urgencia; 7°.- Debe existir una coordinación con las otras*

---

<sup>137</sup> Ristori L., Tay L. (2005) El Sistema de Atención Médica Urgente (SAMU) de la Región Metropolitana. El Hospital Público en Chile.

<sup>138</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Proyecto. Sistema de Atención Médica de Urgencia de la Región Metropolitana. Proyecto 10. 1995

<sup>139</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Proyecto. Sistema de Atención Médica de Urgencia de la Región Metropolitana. Proyecto 10. 1995.

*instituciones que participan en las emergencias; y 8º.- Debe considerarse en el futuro una coordinación con otras entidades de salud que otorguen atención pre hospitalaria (sector privado e institucional), con definición de roles.”<sup>140</sup>*

A raíz de ese proyecto, las autoridades de salud decidieron asignarle prioridad al desarrollo del programa SAMU a nivel nacional. El Sistema de Atención Médica de Urgencias hoy, en el contexto de la Red de Salud en Chile, en algunos Servicios de Salud<sup>141</sup>, cumple y realiza labores propias de su naturaleza, entre otras, integrar e interconectar los diferentes niveles de atención, centros asistenciales y modalidades de atención sanitaria, en el entendido que el paciente es rescatado o retirado desde un lugar donde su atención es nula o muy básica y conducido, con los cuidados necesarios en el trayecto, al centro asistencial donde se le brindaran las atenciones que necesita el paciente según su nivel de gravedad y complicaciones clínicas; hacerse cargo del transporte de pacientes críticamente enfermos, apoyados por un equipo humano altamente calificado, manteniendo en todo momento los mismos o mejores estándares de atención que el paciente tenía antes de salir de la unidad en que fue retirado; colocar y establecer todas sus instalaciones y recursos para el enfrentamiento de emergencias mayores, así como asumir la coordinación de emergencias desde el Centro Regulador Medicalizado de Urgencia y establecerse como Fuerza de Tarea en el foco de la

---

<sup>140</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Proyecto. Sistema de Atención Médica de Urgencia de la Región Metropolitana. Proyecto 10. 1995.

<sup>141</sup> “Cada Servicio de Salud determinará la estructura que para su funcionamiento tendrá este sistema de atención, sin embargo al hacerlo deberá velar porque esté inserto en la organización de la Red Asistencial y porque tenga la adecuada cobertura en el territorio de su jurisdicción.” “Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. Res. Exta. N° 338 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) - 2005.” Antecedentes Generales, párrafo 4.

contingencia, como primer eslabón de la atención sanitaria en el lugar donde están los ciudadanos afectados por la emergencia correspondiente.

La Modalidad de Atención Sanitaria que estamos pretendiendo intervenir, para el estado chileno es el Sistema de Atención Médica de Urgencias (SAMU), la documentación existente que sostiene este sistema es la “*Resolución Exenta N° 338 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) – 2005*”<sup>142</sup> (Anexo (c)), aún vigente, la que deroga a su antecesora, la “*Resolución Exenta N° 552 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) – 1997*”<sup>143</sup>. La actualización de la Norma la hace más específica en definir conceptos propios de esta modalidad de atención, ampliando el detalle del equipamiento, concomitantemente, anula y le quita el peso médico legal de la figura del “Medico Regulador” y el acto de “Regulación Médica”<sup>144</sup>, substituyéndose por el de “Regulación”<sup>145</sup>, abriendo la posibilidad de que este “*acto médico*” sea realizado por un “Reanimador”<sup>146 147</sup>.

Esta situación marca, en nuestra opinión – luego de ocho años de vigencia del primer documento – un retroceso en el desarrollo de esta modalidad de atención, deteriorando la

---

<sup>142</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. Res. Exta. N° 338 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) - 2005

<sup>143</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. Res. Exta. N° 552 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) - 1997

<sup>144</sup> “Acción realizada por un Médico Regulador, quien después de un diálogo telefónico breve y preciso, determina y propone, teniendo en cuenta la disponibilidad de medios, la solución más adaptada al problema planteado. Es responsable del gatillamiento, del desarrollo de la intervención y de la coordinación del conjunto de los interventores hasta que el paciente es admitido en una unidad de Emergencia adecuada. Consiste en el análisis de la demanda, la decisión de asignación de recursos para la intervención, apoyo médico, decisión de la destinación y preparación a la recepción en la unidad de emergencia”. Citado textual de: Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. Res. Exta. N° 552 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) - 1997

<sup>145</sup> “Acción que consiste en la recepción de la llamada, el análisis de la demanda, la decisión de la asignación de recursos para la intervención en relación a la disponibilidad de medios, apoyo médico a los equipos de intervención, decisión de la destinación y preparación a la recepción en la unidad de emergencia”. Citado textual de: Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. Res. Exta. N° 338 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) - 2005

<sup>146</sup> “Denominación que recibe el profesional universitario del área de la salud, capacitado en atención pre hospitalaria avanzada, que se desempeña en un móvil de reanimación avanzada o en un Centro Regulador. Este puede ser un Enfermero, Matrón o Kinesiólogo.” Citado textual de: Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. Res. Exta. N° 338 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) - 2005

<sup>147</sup> Blanco N., Sánchez J. Complejidad de los Cuidados de Enfermería en la Medicina PH - Reflexiones a Propósito de un caso. Rev. Emergencias 2011

atención sanitaria de urgencia pre hospitalaria a nuestra población, ya que, lejos de fortalecer el accionar médico en el proceso de atención, lo disminuye, lo resta y con ello reduce, el sustento médico legal del accionar del sistema de emergencias, siendo a lo menos irregular, que este acto sea efectuado por profesionales de salud, no médicos, realizando acciones sanitarias de urgencia en la calle, sin un respaldo, ni indicación médica.

Como corolario de la irregularidad, en la misma época, en el Ministerio de Hacienda se desarrolla un estudio que entrega el documento *“Programa de Reforzamiento de Urgencia y Unidades Críticas (Red Urgencia) - MINSAL. 2001”*, que deja expresamente claras las necesidades y cambios que se requerirán, de una reformulación organizacional, administrativa y financiera, para Urgencias, Unidades Críticas y la atención de urgencias pre hospitalaria, cuando manifiesta: *“El análisis del componente SAMU muestra una anomalía con relación a la gestión financiera, derivada de su irregular estructura administrativa. Dado que este no cuenta con personalidad jurídica ni patrimonio, no puede administrar recursos. Por lo tanto, su financiamiento y gestión financieras tiende a diluirse en el presupuesto de los distintos Servicios de Salud”*<sup>148</sup> y más adelante plantea: *“En materia de cambios estructurales que podrían contribuir a mejorar la gestión del programa, es importante mencionar la necesidad de abordar la solución definitiva de la dependencia y estructura administrativa de los SAMU”*<sup>149</sup>.

---

<sup>148</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Hacienda. Dirección de Presupuestos. Programa Reforzamiento de Urgencia y Unidades Críticas (Red Urgencia) - MINSAL. 2001. Pág. 52.

<sup>149</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Hacienda. Dirección de Presupuestos. Programa Reforzamiento de Urgencia y Unidades Críticas (Red Urgencia) - MINSAL. 2001. Pág. 73.

En el año 2002, paralelamente se emite el “*Manual de Operaciones Multiinstitucional para Emergencias*”<sup>150</sup>, también conocido como “*Manual ABC de la Emergencia*”<sup>151</sup>, por parte del Gobierno de Chile, desde el Ministerio de Transportes y telecomunicaciones, dando un paso gubernamental externo al desarrollo de los Sistemas de Emergencia Pre Hospitalarios.

Existen además algunos documentos de Trabajo, que se constituyen en “Opinión de Expertos”, que fueron realizados entre los años 2011 y 2012 por la Sociedad Chilena de Medicina Pre Hospitalaria y Desastres en conjunto con la Asociación de Médicos del SAMU de Chile, el primero denominado: “*Documento de Consenso. 1º Jornada Nacional de Trabajo del SAMU de Chile. Temuco 2011*”<sup>152</sup> (**Anexo (d)**), trabajado entre un centenar de funcionarios de los SAMU de las 15 regiones del país, sus jefes y supervisores, gremios y directivos. Un segundo documento denominado “*Propuesta de Modelo de Gestión SAMU*”<sup>153</sup> (**Anexo (e)**), trabajado entre algunos Médicos Jefes y Directores SAMU de algunas regiones, con un aporte desde el interior de la modalidad de atención de urgencia pre hospitalaria del servicio público de salud, siendo, en jerga económica, la opinión y experiencia de la línea de producción y un tercer documento, denominado: “*Informe de Comité de Expertos. Situación de los Sistemas de Atención de Urgencia en Chile.*”<sup>154</sup> (**Anexo (f)**). Este último, con una mirada más gremial e integral,

---

<sup>150</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones. Dcto. Exto. N° 50, Aprueba Manual de Operaciones Multi Institucional ante Emergencias. 2002

<sup>151</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones. Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito. Manual ABC de la Emergencia. 2002

<sup>152</sup> Sociedad Chilena de Medicina Pre Hospitalaria y Desastres. SOCHIPRED. Documento de Consenso de Temuco 2011. [www.sochipred.cl](http://www.sochipred.cl)

<sup>153</sup> Sociedad Chilena de Medicina Pre Hospitalaria y Desastres. Asociación de Médicos del SAMU de Chile. Propuesta de Modelo de Gestión SAMU. Documento de Trabajo. 2012.

<sup>154</sup> Colegio Médico de Chile. Comité de Expertos en Servicios de Urgencia. Situación de los Sistemas de Atención de Urgencia en Chile. 2012

ya que hace un análisis de la situación actual de los sistemas de atención de urgencia en Chile, sin entrar en separación o modalidades.

Todos estos documentos, tienen a nuestro juicio, el sesgo, ya que aun, habiendo se redactado por diferentes entidades u organismos, todos están bajo el paraguas de la actual forma de administrar y gestionar esta modalidad de atención, es decir de 29 maneras diferentes, una por cada Servicio de Salud, según indica el párrafo 4° de la primera página, de la Norma General Técnica N° 17<sup>155</sup>.

Existen en Chile 15 regiones y 29 Servicios de Salud. La existencia de los Sistemas de Atención Sanitaria Pre Hospitalaria de Urgencia, fue instruida por Resolución Exenta. N° 552 de 1997 y ratificada con modificaciones por la Resolución Exenta. N° 338, del 2 de marzo de 2005<sup>156</sup>, que aprueba la Norma Técnica N° 17, sobre el Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) para el sistema público de salud.

Según lo anterior, la organización, el funcionamiento, la estructura, el financiamiento y los resultados, quedan sujetos a la discreción de cada Director de Servicio de Salud, según el nivel de prioridad, importancia y posición estratégica, que le entregue este último a esta modalidad de atención.

---

<sup>155</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. Res. Exta. N° 338 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) - 2005

<sup>156</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. Res. Exta. N° 338 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) - 2005

No podríamos seguir describiendo el desarrollo y evolución del sistema pre hospitalario chileno, sin mencionar que ninguna de estas dos resoluciones regula el proceso de implementación del sistema, pues no establece mecanismos de control, independencia administrativa ni autonomía financiera, quedando según consta en los documentos, a cargo y discreción de cada Servicio de Salud.

Todo lo anterior, cuando en el año 2001, justamente 3 años después de la primera Norma Técnica y cinco años antes de la segunda Norma Técnica actualizada y modificada, aparece el documento *“Programa de Reforzamiento de Urgencia y Unidades Críticas (R. Urgencia)”*. El documento en su Síntesis Ejecutiva N° 15, destaca que el Fin de este Programa es: *“Contribuir a la mejora del nivel de salud de la población que presenta problemas de urgencia de salud y a la percepción de seguridad de la población al respecto.”*<sup>157</sup> Y continua más adelante declarando el propósito: *“Resolución de la demanda de urgencia en la red pública, en forma oportuna y eficaz, de acuerdo a estándares de calidad y equidad en el acceso”*<sup>158</sup>

El programa plantea cinco componentes de la red de urgencia a saber, Componente uno, atención de urgencia en consultorios y postas rurales; Componente dos, atención de urgencia en Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU); Componente tres, Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU); Componente cuatro, atención de urgencia en Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH) y Componente cinco, atención

---

<sup>157</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Hacienda. Dirección de Presupuestos. Programa Reforzamiento de Urgencia y Unidades Críticas (Red Urgencia) - MINSAL. 2001

<sup>158</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Hacienda. Dirección de Presupuestos. Programa Reforzamiento de Urgencia y Unidades Críticas (Red Urgencia) - MINSAL. 2001

en Unidades de Paciente Crítico (UTI, UCI). Agrega además que los componentes tres, cuatro y cinco, están diseñados para resolver urgencias vitales o de alta complejidad.

La misma Síntesis Ejecutiva N° 15 del Programa, en su epígrafe 2.5, entrega diez “*Recomendaciones que no involucran Recursos Adicionales*”, en el punto 2 de estas recomendaciones menciona que es necesario definir con precisión los componentes de atención en la red de urgencia, acotándolos solo a lo que le compete con la atención de urgencia, en el punto 4, recomienda la importancia de abordar la “solución definitiva de la dependencia y estructura administrativa de los SAMU”, refiriéndose a una dependencia de los Servicios de Salud y un accionar en territorios más amplios, generando problemas administrativos y presupuestarios, en el punto 8, hace hincapié en una política de recursos humanos de especialistas y de alto costo, estudiando fórmulas innovadoras de contratación, en el punto 9 recomienda estudiar la mejor alternativa para una efectiva articulación de la red pública y privada de urgencia y finalmente terminan estas recomendaciones diciendo: “En lo que respecta a los SAMU, es necesario uniformar criterios de acreditación de móviles de manera de facilitar la inversión en las regiones con criterios de necesidades per- cápita”.<sup>159</sup>

El mismo documento en su desarrollo hace varias referencias al SAMU y la modalidad de atención de urgencia pre hospitalaria, definiendo el accionar del sistema como “La atención de urgencia especializada que se brinda al o los individuos desde el momento

---

<sup>159</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Hacienda. Dirección de Presupuestos. Programa Reforzamiento de Urgencia y Unidades Críticas (Red Urgencia) - MINSAL. 2001  
102 - Tesis de Grado Dr. Pablo A. Cantú Dedes 2011 - 2013

en que ocurre el evento, ya sea en la vía pública o la comunidad, hasta que es derivado, trasladado y recibido en el centro asistencial más adecuado. Se constituye así, en el eje coordinador de los demás componentes de la Red de Urgencia”<sup>160</sup>

Entre los servicios que otorga el SAMU están: la atención de urgencia médica y profesional en la vía pública, comunidad y traslado a un centro asistencial; orientación sanitaria desde el Centro Regulador; traslado de pacientes críticos entre establecimientos de salud y traslados de pacientes de establecimientos privados (servicios de urgencia, UTI o UCI) establecimientos públicos de salud.

En el caso de la Atención Sanitaria de esta modalidad en el sistema privado, son autorizados por permisos sanitarios de las respectivas Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, en cada región, vale decir que la Resolución Exenta N° 552, antes mencionada, no incluye a sistemas privados de atención en esta modalidad.

Por otro lado, los instrumentos existentes actualmente para Acreditación en Salud en el sistema sanitario chileno, son insuficientes para abarcar esta modalidad de atención sanitaria de urgencia, que ha ocupado un lugar preponderante en la resolución de problemas de salud de la población.

---

<sup>160</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Hacienda. Dirección de Presupuestos. Programa Reforzamiento de Urgencia y Unidades Críticas (Red Urgencia) - MINSAL. 2001  
103 – Tesis de Grado Dr. Pablo A. Cantú Dedes 2011 – 2013

Los documentos ya mencionados en párrafos anteriores, el Decreto N° 15 del 2007, sobre *“Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud”*<sup>161</sup>, el *“Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta”*<sup>162</sup> y el *“Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada”*<sup>163</sup>, incluyen en cada uno de ellos, un acápite, escaso, mínimo y para nada reflejo de la realidad, sobre la Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalaria y Transporte de Pacientes.

Se requiere establecer un estándar para esta modalidad de atención, regulando, normando y midiendo los procesos de atención a los pacientes, independientemente de su modalidad previsional. Este estándar debería incluir la organización, estructura, funcionamiento y calidad de estos sistemas que ya existen en Chile, pero hoy tienen un sistema de control precario, por no decir ausente. El Estándar de Oro no existe en Chile, por lo que la información recolectada ha sido a través del consenso chileno de expertos en la materia, la opinión de la Sociedad Chilena de Medicina Pre Hospitalaria y Desastres y en estándares internacionales, fundamentalmente hispano – parlantes.

Existen grandes diferencias en cuanto a organización, funcionamiento, registros, procesos y resultados, así como a presupuestos y financiamientos, entre cada una de las

---

<sup>161</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. Decreto N° 15 de 2007. Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud.

<sup>162</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación. Atención Abierta.

<sup>163</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación. Atención Cerrada.

regiones del país y entre el sistema público y privado en este tipo o modalidad de atención sanitaria.

Desde el año 2009 a la fecha, los jefes y Directores Regionales y Provinciales de los diferentes SAMU en todo el país, nos organizamos primero, con el conjunto total de los Médicos del SAMU a nivel nacional y formando una agrupación gremial, *Asociación de Médicos del SAMU de Chile. A. G (MEDSAMUCH)*<sup>164</sup>, paralelamente, se estaba legalizando la *Sociedad Científica Chilena de Medicina Pre Hospitalaria y Desastres (SOCHIPRED)*<sup>165</sup>, ambas organizaciones dan un impulso metodológico y conceptual de la modalidad de atención sanitaria en estudio y comienzan a poner en la contingencia nacional la necesidad de acelerar todos aquellos pensamientos e ideas que habían merodeado y deambulado por la cabeza de algunos dirigentes políticos, las necesidades del Sistema. Entre los años 2009 y 2013, catástrofe nacional con mega terremoto y tsunami por medio, realizamos encuentros y reuniones en todas las actividades, donde coincidían más de tres jefes regionales, emitiendo Actas de Declaración Pública, para no callar, para no desfallecer en nuestra intención de ser oídos, es así como nacen las Declaraciones de Antofagasta (2009)<sup>166</sup>, Concepción (2010)<sup>167</sup><sup>168</sup> y Valdivia (2010)<sup>169</sup>.

En junio de 2011, en Temuco, organizamos la “*1º Jornada de Trabajo de los SAMU de Chile*”, que por primera vez en 18 años, juntaba en una misma instancia a todos los Jefes

---

<sup>164</sup> Acta de Constitución de la “*Asociación de Médicos del SAMU de Chile. A. G.*” Http

<sup>165</sup> Sociedad Chilena de Medicina Pre Hospitalaria y Desastres. SOCHIPRED. Acta de Constitución. 2011. www.sochipred.cl

<sup>166</sup> Sistema de Atención Médica de Urgencias. Chile. Declaración de Antofagasta. 2009.

<sup>167</sup> Sistema de Atención Médica de Urgencias. Chile. Declaración de Concepción. 2010

<sup>168</sup> El 25 de Marzo de 2010, con todos los miembros de los SAMU que nos encontramos en la VIII Región apoyando logística y humanamente en la reconstrucción inmediata y sosteniendo los Sistemas de Emergencia golpeado por la Catástrofe.

<sup>169</sup> Sistema de Atención Médica de Urgencias. Chile. Declaración de Valdivia. 2010

y Directores de los SAMU Regionales, los Supervisores y dos representantes de los trabajadores del SAMU de cada Región, además de las agrupaciones gremiales que representan a los funcionarios de los diferentes estamentos que conviven al interior de los SAMU del país. Este evento fue patrocinado por el Ministerio de Salud, participando el Dr. Manuel Sanhueza, que tres meses antes había sido designado Coordinador Nacional del SAMU, con asiento en la Unidad Coordinadora Nacional del SAMU, dependiente de la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA), dependiente de la Sub Secretaria de Redes Asistenciales. Esta 1º Jornada arrojó como producto un Documento de Consenso Nacional de la Jornada<sup>170</sup>, el cual forma parte de la literatura consultada en la presente Tesis, y constituye el cimiento del Modelo Nacional de SAMU.

### **Estadísticas Nacionales del Sistema de Atención Médica de Urgencia en Chile.**

Los datos estadísticos de Chile, a pesar de los problemas que el Censo del año 2012 pueda haber generado, son suficientes como para hacer una proyección de la actual situación y necesidades que el sistema de atención médica de urgencias tiene en Chile. La población estimada, en Chile, es de 16.341.929 de habitantes, según las últimas noticias que se han tenido por estos días a través de la prensa, con la publicación preliminar de los resultados de la comisión investigadora nacional e internacional en la revisión del Censo 2012, donde específicamente el 26 de febrero del presente año, se

---

<sup>170</sup> Sociedad Chilena de Medicina Pre Hospitalaria y Desastres. SOCHIPRED. Documento de Consenso de Temuco 2011. [www.sochipred.cl](http://www.sochipred.cl)

publica en prensa: *“El Instituto Nacional de Estadísticas, INE, publicó los nuevos resultados del cuestionado Censo 2012. La medición estimó, preliminarmente, en 16 millones 341 mil 929 personas la población total de nuestro país, casi 300 mil habitantes menos que la estimada hace dos años.”*<sup>171</sup>

En Chile existen seis regiones que cuentan con Centros Reguladores de Urgencia con personal Médico, instancia que cuenta con al menos un Médico Regulador las 24 horas del día, durante todo el año, que recibe, analiza y orienta la resolución de las llamadas de solicitud de atención de urgencia a través del despacho de móviles o del consejo telefónico, de acuerdo a la complejidad de los pacientes, además de dar el soporte técnico a los equipos de intervención en terreno. (Ilustración 8). Ubicados en las regiones V, VI, VIII, IX, XIII y XIV, concentran el 75.5 % (12.516.328 habitantes<sup>172</sup>) de la población total del país.

Tres de estos Centros Reguladores Medicalizados están en la VIII región, es decir 18 Médicos Reguladores para una población de 1.965.199 habitantes, para una tasa de 0.91 Médicos Reguladores por 100.000 habitantes, en la décimo cuarta región es de 1,65 y en la región Metropolitana, de 0,18 Médicos Reguladores por 100.000 habitantes.

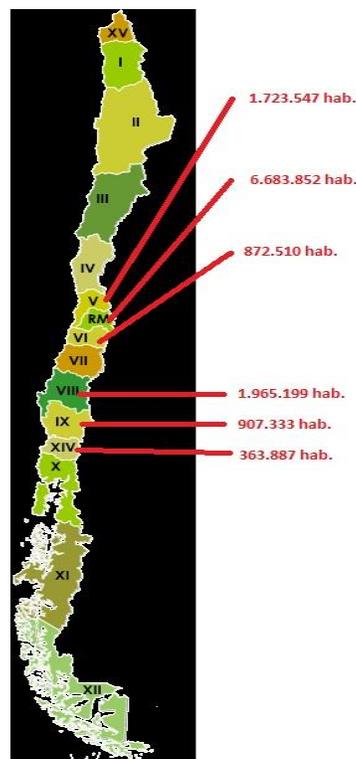
---

<sup>171</sup> Noticia revisada en internet el 26 de febrero de 2014. <http://www.biobiochile.cl/2014/02/26/ultimo-informe-del-censo-2014-reduce-a-16-341-929-cantidad-de-habitantes-en-chile.shtml>

<sup>172</sup> <http://www.censo.cl/2012/08/resultados-preliminares-censo-2012/index.html>

La tabla N° 6, muestra el detalle por región, existencia de Centro Regulador Medicalizado, número de Médicos Reguladores, número de Médicos Interventores, población regional y las tasas correspondientes por 100.000 habitantes.

**Ilustración 8.-** Mapa Geopolítico de Chile. Habitantes con Centros Reguladores Medicalizados.



Fuente: Grafica de elaboración propia con datos de: <http://es.wikipedia.org/wiki/Chile> mapa de: <http://www.escolares.net/mapa-de-chile/mapa-por-regiones>.

En las regiones I, II, III, IV, X, XII y XV, la suma de las poblaciones nos entrega un total de 3.018.617 habitantes, que representan el 18,4 %, que no disponen de Centro Regulador y Médicos Reguladores en el sistema de emergencias pre hospitalario, es

decir que el 18,4 %, de los chilenos no cuenta con un respaldo médico legal de los procesos y procedimientos que el sistema sanitario pre hospitalario realiza a las personas.

**Tabla 6.- Existencia de Centro Regulador, Medico Regulador, Medico Interventor, población regional y Tasas x 100.000 habitantes. Chile 2012.**

Región	Habitantes 2012	CRR con Medico 24 horas.	Nº de Médicos Reguladores	Tasa MR x 100.000 Hab.	Nº de Médicos Interventores	Tasa MI x 100.000 Hab.
I	300.021	0	0	0,00	0	0,00
II	547.463	0	0	0,00	0	0,00
III	292.054	0	0	0,00	0	0,00
IV	707.654	0	0	0,00	0	0,00
V	1.734.917	1	6	0,35	6	0,35
VI	877.784	1	6	0,68	0	0,00
VII	968.336	1	6	0,62	0	0,00
VIII	1.971.998	3	18	0,91	0	0,00
IX	913.065	1	6	0,66	0	0,00
X	798.141	1	0	0,00	0	0,00
XI	99.609	1	4	4,02	0	0,00
XII	159.468	0	0	0,00	0	0,00
XIII	6.685.685	1	12	0,18	6	0,09
XIV	364.592	1	6	1,65	0	0,00
XV	213.816	0	0	0,00	0	0,00
<b>Nacional</b>	<b>16.634.603</b>	<b>11</b>	<b>64</b>	<b>0,38</b>	<b>12</b>	<b>0,07</b>

Fuente: Población extraída de <http://es.wikipedia.org/wiki/Chile>, en agosto de 2013. Datos de los diferentes SAMU, obtenidos vía telefónica y correo electrónico en el mes de agosto de 2013, en comunicación personal con los Médicos Jefes Regionales del SAMU en todo Chile. Tabla de generación propia.

No existen tasas conocidas para este ítem, pero si podemos decir claramente, que aquellas regiones con menos habitantes, más distantes, con conectividad limitada o difícil, que no cuentan con Médico Regulador las 24 horas, se encuentran en desventaja en relación al resto de la población del país, con menos oportunidades, acceso y calidad de atención dado su condición de regiones extremas, con trastornos de conectividad, comunicación, desplazamiento, podemos concluir, que la quinta parte de la población no posee hoy los mismos derechos y posibilidades de atención sanitaria de urgencia pre hospitalaria.

Sumado a lo anterior, entre los Centros Reguladores del país no existe uniformidad en materias de contrataciones, dependencia administrativa, financiamiento, tecnologías, comunicaciones, funciones y desempeño, entre otras diferencias estratégicas sustanciales que podrían ser materia de varios estudios de desigualdad e inequidad en salud, que no son tema del presente trabajo.

En la región de la Araucanía, el Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU), posee ocho ambulancias avanzadas, distribuidas tres en la provincia de Malleco y cinco en la provincia de Cautín, con una población estimada de 913.065 habitantes, la tasa de ambulancias de reanimación avanzada por habitantes es de 0.88 por 100.000, como se observa en la Tabla N° 7.

**Tabla 7.- Distribución por Regiones de Ambulancias Básicas y Avanzadas. Tasas x 100.000 habitantes. Chile 2012.**

Reg.	Habitantes 2012	M1	Tasa x 100.000 Habitantes.	M2	Tasa x 100.000 habitantes.
I	300.021	1	0,3333	1	0,3333
II	547.463	2	0,3653	2	0,3653
III	292.054	1	0,3424	3	1,0272
IV	707.654	15	2,1197	6	0,8479
V	1.734.917	33	1,9021	12	0,6917
VI	877.784	4	0,4557	6	0,6835
VII	968.336	9	0,9294	5	0,5163
VIII	1.971.998	0	0,0000	0	0,0000
IX	<b>913.065</b>	<b>30</b>	<b>3,2856</b>	<b>8</b>	<b>0,8762</b>
X	798.141	19	2,3805	7	0,8770
XI	99.609	7	7,0275	1	1,0039
XII	<b>159.468</b>	<b>5</b>	<b>3,1354</b>	<b>3</b>	<b>1,8813</b>
XIII	6.685.685	21	0,3141	18	0,2692
XIV	364.592	0	0,0000	0	0,0000
XV	213.816	1	0,4677	2	0,9354
<b>Nacional</b>	<b>16.634.603</b>	<b>148</b>	<b>0,8897</b>	<b>74</b>	<b>0,4449</b>
<b>Tasa Internacional de Referencia</b>			<b>4 / 100.000</b>		<b>2 / 100.000</b>

Fuente: Población extraída de <http://es.wikipedia.org/wiki/Chile>, en agosto de 2013. Datos de los diferentes SAMU, obtenidos vía telefónica y correo electrónico en el mes de agosto de 2013, en comunicación personal con los Médicos Jefes Regionales del SAMU en todo Chile. Tabla de generación propia.

Por su parte la VIII región, con una población de 1. 965. 199 habitantes, posee una tasa de 0,42 ambulancias de reanimación avanzada por cada 100.000 habitantes (diez ambulancias de reanimación avanzada en la región) sin establecer diferencias entre tasas en zonas urbanas o rurales, en ambas regiones la concentración de ambulancias de este

tipo es en los grandes polos urbanos. Como dato adicional sobre esta desigualdad, en la Región metropolitana, la tasa es de 0.51 ambulancias por 100.000 habitantes.

Los estándares internacionales indican que esta proporción debería ser idealmente de 1 o 2 ambulancias por 100.000 habitantes, según la fuente consultada. Influyen en estas diferencias, la forma en que fue implementado este tipo de atención en el país, la ausencia de un ente regulador central específico para esta modalidad de atención sanitaria, que entregue una metodología de implementación adecuada y establezca mecanismos, herramientas de gestión y control de calidad, en todos los procesos.

### ***Cap. II – Parte 2.8.- Sistemas de Emergencia Pre Hospitalaria en la Araucanía.***

El Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) de la Región de la Araucanía es la organización de salud que tiene por función responder a los requerimientos de emergencia de la población regional, en el sitio del suceso.

Toda la información necesaria, en un extenso detalle de 40 páginas, aparece reflejada en el *Apéndice N° 8.- “La Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalaria. Región de la Araucanía” (Apéndice N° 8)*. Este contenido, fue retirado del texto oficial y dejado en forma voluntaria, en forma de *Apéndice*, por considerar que no era necesario

que estuviera incluido en el texto de la Tesis, por su extensión, pero sí es necesario que esté al alcance del evaluador o consultor del presente trabajo.

Para los efectos del presente trabajo de Tesis, resumiremos en algunos párrafos en qué consiste y cómo está organizado el Sistema de Atención de Urgencia Pre Hospitalario en la Región de la Araucanía (SAMU), toda vez que es un sistema que funciona en la Modalidad de Atención que estamos interviniendo y forma parte activa de la validación del instrumento que se generó para la Acreditación de esta modalidad de atención.

La Región de La Araucanía se caracteriza por poseer variados atractivos naturales, que eventualmente generan diferentes grados de vulnerabilidad. Su configuración social y cultural es de población indígena mapuche – vivimos en su territorio – colonos chilenos y extranjeros, configurando una población multiétnica y multicultural. La superficie de la región es de 31.842,3 km<sup>2</sup>.

Cuenta con una población aproximada de 970.000 habitantes, distribuidos en dos provincias, 32 comunas y con una ruralidad cercana al 48%.

La región posee riesgos entre los que se encuentran: Terremotos, Maremotos, Inundaciones y Aluviones, Accidentes aéreos, Incendios Forestales, Macro Eventos, Accidentes químicos, Visita de autoridades, Accidentes ferroviarios, Conflictos Socio –

Político – Culturales, Accidentes carreteros, Accidentes con materiales peligrosos, entre otros.

Y posee una serie de vulnerabilidades como: una red vial con puentes, autopista nacional, túneles, una red ferroviaria, entre otras. La extensión territorial, su alta ruralidad y solo un centro asistencial de alta complejidad en la Región de la Araucanía, el Hospital “Dr. Hernán Henríquez Aravena” ubicado en la Capital Regional, en la Ciudad de Temuco. Este centro asistencial es el único centro de referencia para servicios como neurocirugía, cuidados neonatales críticos, cardiocirugía y cardiología intervencional y al igual que en otras zonas del país, también posee escasas de sub especialidades médicas, recursos humanos, físicos y financieros.

La Red Asistencial dividida en dos Servicios de Salud, que si bien forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, gozan de autonomía, que variará de acuerdo a las personas que los dirigen.

En este contexto el Sistema de Atención Médica de Urgencias de la Región cuenta con un Directorio Regional<sup>173</sup>, resultado de un convenio bilateral entre los Servicios de Salud de la región, quedando compuesto por un Directorio permanente, en el cual participan en forma reglamentaria los Directores, Sub Directores Médicos y los Asesores de la Red de Urgencia, de cada uno de los Servicios que lo componen, todos ellos con derecho a voz

---

<sup>173</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Servicio de Salud Araucanía Sur. Res. Exta. N° 1494. Aprueba Convenio entre SSAS, SSAN y HHHA para SAMU Araucanía. 2008  
114 - Tesis de Grado Dr. Pablo A. Cantú Dedes 2011 - 2013

y voto en el seno del Directorio y con un alto poder de decisión. Se incluyen en este directorio al Médico Director del SAMU Regional y el Sub Director Administrativo del SAMU Regional, con derecho a voz, pero sin derecho a voto y con la responsabilidad de presentar la planificación, los proyectos de inversión, crecimiento y expansión en el seno de esta estructura.

Hoy luego de 13 años de funcionamiento el Sistema de Atención Médica de Urgencia en la Región de la Araucanía, se ha convertido en referente nacional, por su organización, operatividad, consistencia, reglamentación y respuesta ante emergencias dentro y fuera de la región y la red asistencial.

Esta Organización posee como **Visión** “Convertirnos en referente de atención, gestión y desarrollo de la Medicina Pre Hospitalaria, a través de la calidad, eficiencia y eficacia, con la mirada puesta en la salud de las personas”.

Y como **Misión** “Brindar atención Pre Hospitalaria y traslado del enfermo y/o accidentado al servicio de urgencia público más idóneo y cercano. Rapidez y seguridad en el traslado. Especialización en el manejo. Máxima eficiencia en la primera hora de la emergencia”

Los **Objetivos** que posee la organización son: Mantener alerta permanente las 24 horas del día los 365 días del año sobre las urgencias sanitarias de la IX región; Manejo de las

urgencias pre hospitalarias cotidianas, entregando una respuesta oportuna y adaptada a cada caso de urgencia; Coordinar los traslados secundarios entre los diferentes centros asistenciales, velando por la admisión de los pacientes en los centros asistenciales que se requieran de acuerdo con la patología y asegurar la continuidad de la atención sanitaria durante el traslado; Manejar las urgencias Pre hospitalarias extraordinarias tales como desastres o accidentes complejos con múltiples víctimas y proteger a los centros asistenciales procurando mantener su indemnidad operativa; Coordinar las acciones para proveer el adecuado y oportuno traslado de órganos donados para trasplante; Desarrollar programas de docencia e investigación de la medicina de urgencia y catástrofes. Participando además en la educación sanitaria; Participar en los programas de prevención, junto a otras instituciones que también participan en la urgencia sanitaria; Participar en la planificación para enfrentar situaciones de desastres y catástrofes.

La estructura administrativa está sancionada por resolución y convenio de colaboración de ambos Servicios de Salud y establece la siguiente orgánica:

El ***Directorio Regional del SAMU***<sup>174</sup>, es una estructura técnico – administrativa, compuesta por los Directores de Servicios de la región, los dos Sub Directores, los Coordinadores de Red de Urgencia de ambas provincias, estos con derecho a voz y voto al interior del Directorio, con todo el poder administrativo, legal y financiero, a ellos se agregan el Médico Director y el Sub Director Administrativo del SAMU Araucanía.

---

<sup>174</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Servicio de Salud Araucanía Sur. Res. Exta. N° 1494. Aprueba Convenio entre SSAS, SSAN y HSHA para SAMU Araucanía. 2008  
116 – Tesis de Grado Dr. Pablo A. Cantú Dedes 2011 – 2013

Este Directorio, tiene por función coordinar, supervisar, controlar y decidir las metas y objetivos del Sistema "S.A.M.U. 131", coordinar y aplicar líneas de trabajo para la operativa adecuada del sistema, así como aunar criterios inter servicios sobre la misma. Supervisar desde el punto de vista técnico profesional, las acciones del sistema en todos sus niveles. Velar por el cumplimiento de las disposiciones, en relación al accionar del SAMU, que emanen de las instancias superiores, siendo el Medico Director y el Sub Director Administrativos los entes operativos y ejecutivos en el accionar del sistema.

**Ilustración 9.-** Mapa de la Red SAMU Araucanía. 2013.



Fuente: Distribución de Móviles de la Red SAMU Regional. 2013. Generación Propia. Mapa base tomado de Internet en [www.mapasdechile.com.ar/mapas/mapa-politico-araucania.php](http://www.mapasdechile.com.ar/mapas/mapa-politico-araucania.php)

El Directorio y sus Delegados, tienen funciones como:

Coordinar: Los subsistemas que constituyen el SAMU, como también la relación que establece con otras organizaciones sectoriales y extra sectoriales.

Normar: Desarrollando normas que estandarizan el trabajo pre hospitalario para los Servicios de Salud de ambas provincias y sus redes. Normar estableciendo los estándares mínimos que se deben cumplir para ocupar cargos dentro del sistema. Controlar: Supervisión y control de la normativa vigente.

Gestionar: El desarrollo institucional del sistema, elaborando los proyectos de inversión que sean necesarios y la imagen corporativa.

Capacitar: Definiendo los requerimientos de capacitación y los estándares de calidad, del puntos de vista de recursos físicos y tecnológicos como de los recursos humanos.

Participar: En la planificación para situaciones de desastres participando en los comités de emergencia de los Servicios de Salud y a nivel Regional. Como ente coordinador en situaciones de accidentes complejos o desastres tanto dentro del sistema como con los diferentes sectores involucrados.

Asesorar: A la Secretaría Regional Ministerial de Salud de la IX región, a los Servicio de Salud y a otras instituciones, en su calidad de expertos en materias relacionadas con las emergencias sanitarias.

**Ilustración 10.- Organigrama Actual. SAMU Araucanía. 2013.**



Fuente: Generación Propia. Manual Administrativo SAMU Araucanía. 2013.

Nuestra Organización cuenta con dos Áreas Operativas (Regulación e Intervención), un Área Administrativa y Cinco Unidades de Apoyo Estratégicas.

El *Área de Regulación*, con su Centro Regulador Regional, es el eje central, núcleo de la organización, se constituye en el ente rector y coordinador de la respuesta sanitaria, en donde, utilizando la información disponible y necesaria, se realiza una definición del

problema, se exploran alternativas, se determina la respuesta y se asigna el recurso más adecuado a cada situación<sup>175</sup>.

La función principal del Centro Regulador es lograr una mayor eficiencia en la gestión de los recursos disponibles, para mejorar la calidad asistencial, realizando los procesos de Análisis de demanda, Asignación de recursos para intervención, Apoyo médico radial, Decisión de destinación, Preparación de la recepción en la Unidad de Emergencia Hospitalaria y Gestión de Emergencias Mayores.

Del el punto de vista de los colaboradores / funcionarios, esta área cuenta con 6 Médicos Reguladores, las 24 horas, durante todo el año, garantizando permanencia médica en la regulación del sistema, 20 Técnicos en Enfermería de Nivel Superior en funciones de radio operadores telefónicos, garantizando que la respuesta a la emergencia sea sanitaria en el nivel 131.

Por su parte el *Área de Intervención* posee ocho (8) bases avanzadas y veinticinco (25) bases básicas distribuidas estratégicamente, a través de la región. Cada una de las Bases Avanzadas representa y dan cobertura a un área estratégica en la Región.

El modelo de Intervención<sup>176</sup> es mixto, como en casi todo el país, mezcla la modalidad anglosajona con la modalidad franco – alemana o europea. De tal manera que al igual

---

<sup>175</sup> Por ahora está a cargo del Médico Director del Sistema, al aumentar la cobertura y demanda, será necesario, que este sea dirigido exclusivamente por un Médico diferente al Director Regional.  
120 – Tesis de Grado Dr. Pablo A. Cantú Dedes 2011 – 2013

que en el resto del territorio nacional, esta intervención, es realizada por “reanimadores<sup>177</sup>”, paramédicos y conductores. En un futuro cercano, contara con Medico de Intervención en ambulancias avanzadas, para lo cual ya se están realizando las gestiones necesarias.

Los móviles básicos y avanzados, están equipados en igual manera y la diferencia del nivel de complejidad de estos la da el personal que los tripula, de esta forma tenemos que todas nuestras ambulancias están preparadas para funcionar en tres niveles, dependiendo de qué profesional se sube a la ambulancia, así tenemos que al subir un profesional no medico con monitor desfibrilador y carpeta de drogas baso activas, se configura un móvil avanzado y si se sube un médico con monitor desfibrilador, ventilador mecánico y carpeta de drogas vaso activas, se configura un móvil medicalizado, constituyéndose en una unidad de tratamiento intensivo móvil.

Nuestros funcionarios / colaboradores, constituyen un personal altamente capacitado, todo con un respaldo legal y administrativo dado por la presencia permanente del Medico Regulador Regional desde el Centro Regulador.

La dependencia Operativa de estos equipos de intervención en terreno es hacia el Centro Regulador Regional y el Medico Regulador en turno, la dependencia administrativa, hoy

---

<sup>176</sup> Proceso de Intervención, se refiere a la intervención sanitaria en terreno, de esta forma nos encontraremos con términos como “intervención básica”, la referida a atención sanitaria de un paramédico y un conductor, “intervención avanzada”, referida a atención sanitaria realizada por un profesional de la salud no médico, “intervención Medicalizada”, refiriéndose a la atención sanitaria realizada por un médico en la ambulancia.

<sup>177</sup> Profesional de la Salud, no médico, capacitado en reanimación cardiopulmonar y trauma avanzado, que tripulan las ambulancias del Sistema Público de Salud. Estos pueden ser profesionales de la enfermería, kinesiología u obstetricia. Ver Capítulo VIII.- Glosario.

es de cada centro asistencial al cual están adosados. Por su parte la dependencia técnica, es hoy directamente del Medico Regulador en turno y del Medico Director del Sistema.

Por otro lado está el *Área de Administración*. El SAMU Araucanía fue el primero en el país en contar con un Sub Director Administrativo, profesional del área de ingeniería, trabajando con exclusividad para el SAMU Regional, hoy ya existen 4 SAMU regionales que cuentan con este capital humano.

Este profesional se encarga de todo el aparataje financiero, logístico y de inversiones, de tal manera que de él dependen todos los procesos administrativos – contables del sistema.

Las Unidades de Apoyo son estructuras propias del SAMU Araucanía. En todas estas unidades participan equipos compuestos por médicos, profesionales sanitarios, radio operadores, técnicos paramédicos y conductores, además del personal administrativo y los directivos del sistema.

Las Unidades de Apoyo con las que cuenta el SAMU en la novena región hoy son:

1. Unidad de Investigación y Capacitación en Emergencias Pre Hospitalarias.
2. Unidad de Registros y Estadísticas.
3. Unidad de Informática y Tecnologías de la Información.
4. Comité de Comunicación Estratégica.
5. Unidad de Bienestar del Personal.

***Unidad de Investigación y Capacitación en Emergencias Pre Hospitalarias (UNICEPH).*** Se encarga de planificar, organizar, dirigir y ejecutar todas las políticas inherentes a la investigación, formación, inducción, capacitación y actualización, tanto al interior como al exterior de la organización. Está a cargo de hacer docencia a estudiantes de ciencias médicas de diferentes universidades y centros de formación técnica, con un enfoque abierto y pluralista. Es coordinada por un médico, con un equipo compuesto por los Coordinadores de Base y un equipo voluntario de funcionarios de todos los estamentos, que conforman además el equipo de Instructores – Relatores. Depende administrativa, técnica y metodológicamente del Director Médico Regional del Sistema.

***Unidad de Registros y Estadísticas.*** Compuesta por dos técnicos en estadísticas, se encarga de revisar los registros de la base de datos, y procesar esta, para entregar información de gestión a la Dirección Regional entregando permanentemente los insumos para hacer gestión y mejorar el servicio en forma continua, oportuna y permanente. Lleva el control de flota, garantizando de esta forma, la optimización del recurso vehicular. Depende operativa y administrativamente de la Sub Dirección Administrativa.

***Unidad de Informática y Tecnologías de la Información.*** Compuesta por un Técnico de Nivel Superior en Informática y Ciencias de la Computación, a cargo del sistema de registros informáticos, generado ad hoc para los registros del sistema. Se encarga también de la mantención y soporte de toda la red informática, equipos y software relacionados con la operación del sistema. Depende de la Sub Dirección Administrativa.

***Comité de Comunicación Estratégica.*** Integrado por los coordinadores de base y la Dirección Regional del sistema, está coordinado por un médico. Es la unidad que se encarga de toda la actividad de Comunicación Interna y externa, emisión del Boletín

Institucional Q-5<sup>178</sup> y establece los contactos necesarios con los medios de comunicación masiva, para que la organización pueda entregar información de su funcionamiento. Depende administrativa, técnica y metodológicamente del Director Médico Regional del Sistema y de la Sub Dirección Administrativa Regional.

***Unidad de Bienestar del Personal.*** Creada con la finalidad de generar actividades y fondos para mejorar el entorno laboral y familiar de los funcionarios, ha intervenido en proyectos de beneficios para los funcionarios. Coordinada por un médico, la componen funcionarios voluntarios y los coordinadores de Bases. Depende administrativa, técnica y metodológicamente del Director Médico Regional del Sistema.

Por último la ***Comunicación y Coordinación Intersectorial y Multi Institucional***, con Carabineros, Bomberos, Investigaciones, Secretaria Regional Ministerial de Salud, Fuerza Aérea, Ejército de Chile, Oficina Nacional de Emergencias, Dirección General de Aeronáutica Civil, Corporación Nacional Forestal, Observatorio Vulcanológico de los Andes del Sur, Cruz Roja, Defensa Civil, Central de Alerta Temprana, Gobernación, Intendencia, Mutuales y otras instituciones de emergencias locales, regionales y

---

<sup>178</sup> Boletín con frecuencia de 3 o 4 veces al año, en formato PDF y de circulación por vía web. Existe un instructivo que expresamente, indica que este boletín, debe estar publicado en cada uno de los Murales Institucionales en las Bases y el Centro Regulador. Este además es distribuido a las listas de correo del SAMU de Chile, la Sociedad Chilena de Medicina de Pre Hospitalaria y Desastres, la Asociación de Médicos del SAMU de Chile y listas internacionales en España, Brasil, México, Argentina, Francia, entre otros miembros de sistemas pre hospitalario de América Latina y el mundo.

nacionales, están a cargo del Medico Director, quien delega en otros médicos del sistema varias de estas actividades. Esta se realiza en forma permanente, expedita y eficiente.

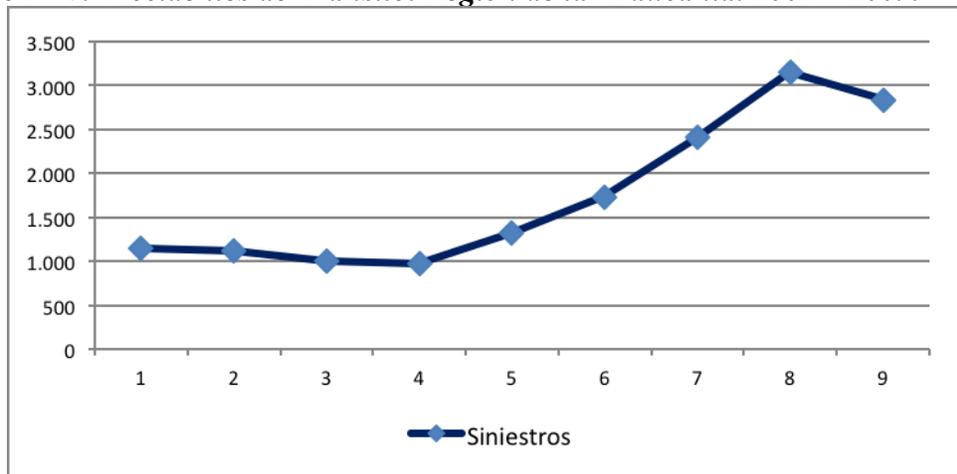
Lo expuesto en las páginas precedentes, acerca del Sistema de Atención Médica de Urgencia de la Región de la Araucanía, se encuentra en el *Apéndice N° 8*, in extenso.

### **El Sistema de Atención Médica de Urgencia de la Araucanía, en cifras.**

#### **Accidentes de tránsito.**

Los datos e información fueron extraídos de la base de datos del SAMU Araucanía y la Comisión Nacional de Seguridad de Transito, en cualquier caso, son datos fidedignos ya que los que no obtuvimos, los obviamos.

**Gráfico N° 7.- Accidentes de Tránsito. Región de la Araucanía. 2001 – 2009.**



Fuente: [http://www.conaset.cl/conaset\\_web/contenido.php?id=73](http://www.conaset.cl/conaset_web/contenido.php?id=73)

**Tabla 8.- Accidentes de Tránsito. 2001 – 2009. Región de la Araucanía.**

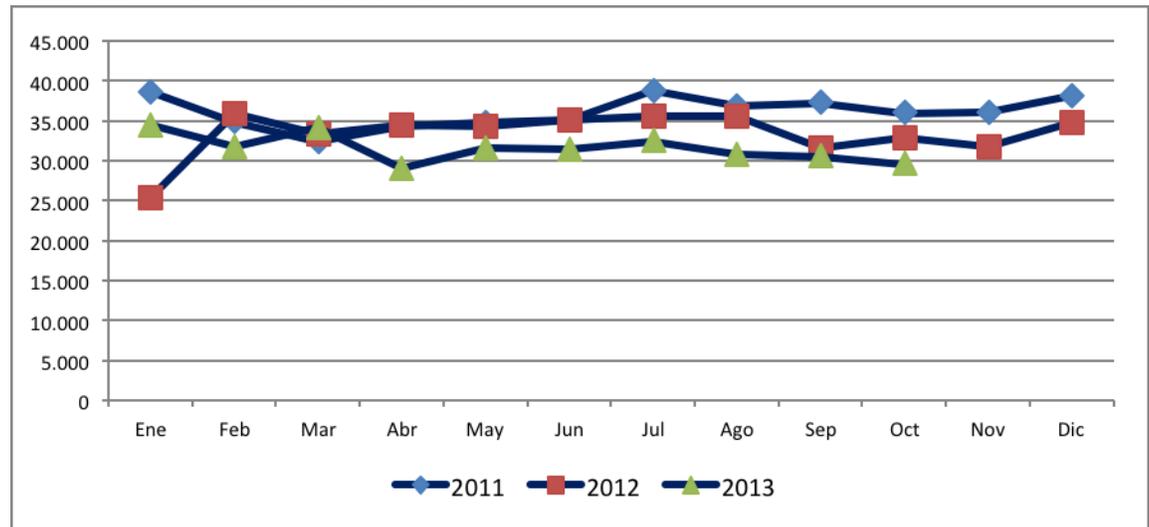
Año	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Siniestros	1.150	1.120	997	973	1.318	1.734	2.409	3.149	2.837

Fuente: [http://www.conaset.cl/conaset\\_web/contenido.php?id=73](http://www.conaset.cl/conaset_web/contenido.php?id=73)

En la Región de la Araucanía, Tabla N° 8 y Gráfico N°9, entre los años 2001 y 2009, se observa un aumento de 59,5 % en accidentes de tránsito hubo un aumento de 1.150 a 2.837, esta cifra local es preocupante para un sistema de emergencias con recursos escasos.

**Datos de la modalidad de atención sanitaria de urgencias pre hospitalaria en la Región de la Araucanía.**

**Gráfico N° 8.- Total de llamadas ingresadas, por mes, Centro Regulador Regional. SAMU Araucanía. Años 2011 – 2013.**



Fuente: Cisco Historical Report. Base de Datos SAMU Araucanía. 2011

Los registros obtenidos de la Base de Datos del Centro Regulador Regional del SAMU Araucanía<sup>179</sup>, muestran en relación a las llamadas de emergencia que ingresan a través del nivel 131 que, durante el año 2011 se recibieron un total de 433.775 llamadas, como se observa en el Gráfico N° 10 y Tabla N° 9, con una media mensual de 36.148 llamadas.

**Tabla 9.- Llamadas ingresadas. Centro Regulador Regional. SAMU Araucanía. Años 2011 - 2013.**

MESES	2011	2012	2013
ENERO	38.666	25.423	34.529
FEBRERO	34.909	35.935	31.827
MARZO	32.376	33.417	34.174
ABRIL	34.444	34.427	28.993
MAYO	34.852	34.305	31.662
JUNIO	35.143	35.095	31.427
JULIO	38.857	35.550	32.511
AGOSTO	36.873	35.637	30.892
SEPTIEMBRE	37.333	31.682	30.582
OCTUBRE	36.009	32.945	29.654
NOVIEMBRE	36.087	31.806	-
DICIEMBRE	38.226	34.779	-
<b>TOTAL</b>	<b>433.775</b>	<b>401.001</b>	<b>316.251</b>
<b>MEDIA MENSUAL</b>	<b>36.906</b>	<b>33.370</b>	<b>28.933</b>

Fuente: Cisco Historical Report. Base de Datos SAMU Araucanía. 2011

<sup>179</sup> La Base de Datos del Centro Regulador Regional, está hecha sobre una plataforma Access, de ingreso automático y revisada por dos técnicos en estadística y un Informático, diariamente, verificando el correcto registro de los datos.

Estos datos, entendemos no tienen referencia de comparación en Chile, ya que otros Sistemas de Atención Médica de Urgencia en el país no informan registros, ni mantienen registros de su actividad.

**Tabla 10.- Procedimientos de Intervención Regulados y Ejecutados. SAMU Araucanía. 2010 - 2013.**

MESES	2010	2011	2012	2013
ENERO	6030	4.655	4774	6580
FEBRERO	5487	3.875	4514	5890
MARZO	6144	3.657	4575	6004
ABRIL	6524	4.001	4359	6039
MAYO	6040	4.102	4010	11592
JUNIO	5419	4.270	4429	11252
JULIO	5320	4.400	4943	10951
AGOSTO	5431	4.292	6304	11105
SEPTIEMBRE	5294	4.729	5332	11324
OCTUBRE	4380	4.809	5559	11248
NOVIEMBRE	3757	4.597	5218	-
DICIEMBRE	4021	4.625	5170	-
<b>TOTAL ANUAL</b>	<b>63.847</b>	<b>52.012</b>	<b>59.187</b>	<b>92.362</b>
<b>PROMEDIO MENSUAL</b>	<b>5.321</b>	<b>4.334</b>	<b>4.932</b>	<b>9.236</b>

Fuente: Base de Datos. SAMU Araucanía. 2013

Conformado el marco teórico, premisas, entorno, realidad actual nacional y extranjera, y con ello justificado el supuesto de salud a estudiar, estamos en condiciones de proceder con la generación del instrumento para Acreditación de Sistemas Sanitarios de Atención de Urgencia Pre Hospitalaria.

### **CAPÍTULO III – MATERIAL Y METODO.**

### ***Cap. III – Parte 1.- Diseño y Universo del Estudio / Intervención.***

Siendo el Sistema de Atención Médica de Urgencias en Chile, un sistema considerado como Unidad Crítica<sup>180</sup>, asumiendo el peso de esta categorización y responsabilidad, es que vemos muy necesario contar con un sistema de acreditación para esta modalidad de atención sanitaria. En todos los documentos de acreditación para prestadores institucionales, se hace hincapié en el siguiente párrafo, que aparece como introducción, recordatorio, y reglamentario, marcando una instrucción gubernamental de exclusividad en la elaboración de los estándares de acreditación para instituciones de salud, el cual expresa en forma textual: *“En el marco de la Reforma de Salud, la ley de Autoridad Sanitaria N° 19.937 estableció que los prestadores institucionales de salud, para ser acreditados, deben cumplir estándares mínimos que garanticen la seguridad de las prestaciones que otorgan, siendo responsabilidad del Ministerio de Salud la elaboración de dichos estándares y sus criterios de verificación”*<sup>181</sup>.

Teniendo en cuenta lo anterior, no vemos inconvenientes en el acto de la elaboración de instrumentos para acreditación, acciones y objetivos similares, en contar con una propuesta, elaborando *“Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalaria” (Apéndice N° 1)*,

---

<sup>180</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Hacienda. Dirección de Presupuestos. Programa Reforzamiento de Urgencia y Unidades Críticas (Red Urgencia) - MINSAL. 2001

<sup>181</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores de Salud. Pauta de Cotejo. Manual de Atención Cerrada.

siguiendo los mismos lineamientos político – sanitarios establecidos por el Estado de Chile, a través del Ministerio de Salud, sobre todo, desde la perspectiva de la construcción y aportes al desarrollo de la salud pública chilena, con una mirada en las personas y los servicios que reciben de nuestra parte. Para ello tomamos como modelo y patrón el *“Manual de Acreditación de Prestadores Institucionales para Establecimientos de Atención Cerrada”*<sup>182</sup>, ya que este incluye a establecimientos de mayor complejidad, estudiando e informándonos con otros documentos relacionados como las *“Orientaciones para Diseño de Requerimientos del Proceso de Acreditación en Salud. 2008 – 2010”*<sup>183</sup>, del Ministerio de Salud y los documentos del *“Decreto N° 15 de 2007. Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud” (Anexo (a))*.

El diseño que se propone es una Investigación Cualitativa Transversal, creando y aplicando un instrumento de acreditación adecuado a esta modalidad de atención, observando, registrando y comparando activamente la realidad.

Para la elaboración de nuestra propuesta hemos adecuado conceptualmente los epígrafes del I al V, modificado y adaptado para los efectos de Acreditación el epígrafe IV en su totalidad, con vistas a generar y aplicar un instrumento creado específicamente para evaluar la modalidad de atención medico sanitaria de urgencia pre hospitalaria en Chile. Adecuamos, adaptamos y modificamos, desde lo conceptual y operacional, acorde a las

---

<sup>182</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores de Salud. Pauta de Cotejo. Manual de Atención Cerrada.

<sup>183</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Chile. Dpto. de Calidad y Seguridad del Paciente. Orientaciones para el Diseño de Requerimientos del Proceso de Acreditación en Salud. 2008 - 2010.

necesidades de esta modalidad de atención y guiando estas acciones, el documento de consenso de las conclusiones de el “*Documento de Consenso. Sociedad Chilena de Medicina Pre Hospitalaria y Desastres. SOCHIPRED. Temuco 2011*” (*Anexo (d)*)<sup>184</sup>, obteniendo como resultado el “*Manual del Estándar General de Acreditación para Sistemas de Atención Médica de Urgencia Pre Hospitalaria*” (*Apéndice N° 1*).

Luego de haber generado los documentos necesarios, en forma paralela se procedió a validar el instrumento generado por la vía de la aplicación de la “*Pauta de Cotejo. Manual del Estándar General de Acreditación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios*” (*Apéndice N° 3*) y la “*Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a través de Expertos en la Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalaria*” (*Apéndice N° 5*), acciones que se detallan en el *Cap. IV* y cuyos documentos en extenso están en los Apéndices de este trabajo.

Se toma el Sistema de Atención Médica de Urgencia que actualmente funciona en la Región de la Araucanía como muestra y modelo, aplicando el instrumento modificado y adaptado a la modalidad de atención en estudio. Este universo no lo constituyen pacientes o personas, sino una organización.

---

<sup>184</sup> La 1° Jornada Nacional de Trabajo del SAMU de Chile, conto con la presencia del Jefe de la DIGERA, el Dr. Hugo González, el Coordinador Nacional SAMU, el Dr. Manuel Sanhueza, los jefes regionales de cada uno de los SAMU del país, y al menos un funcionario más de cada una de estas estructuras regionales o provinciales.

## **CAPÍTULO IV – DESARROLLO Y RESULTADOS.**

***Cap. IV – Parte 1.- Propuesta del Instrumento de Acreditación modificado y adaptado para la Modalidad de Atención de Urgencias Pre Hospitalaria.***

En esta parte del desarrollo del ejercicio, exponemos nuestra propuesta, resultado de la modificación y adecuación del instrumento existente en Chile para Acreditación de Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, ya que es el que posee características y servicios de atención de pacientes críticos, por lo que creemos, es el que debiéramos adaptar.

***Cap. IV – Parte 1.1.- Propuesta de “Manual del Estándar General de Acreditación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios”.***

El documento, con su formato definitivo, esta adjunto como *Apéndice N° 1* del presente trabajo, y constituye un Documento de Trabajo para Tesis<sup>185 186</sup>, en el marco del Magister en Epidemiología Clínica, en su modalidad Semi Presencial, que imparte el CIGES de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera.

---

<sup>185</sup> Aspirante a Grado de Magister en Epidemiología Clínica. Pablo Andrés Cantú Dedes. Médico Cirujano.

<sup>186</sup> Colaboración de Sara Angelina Santibáñez Henríquez. Enfermera Matrona.

La herramienta generada consta de cinco partes, idénticas en estructura y descripción a los Manuales de Acreditación Abierta y Cerrada, establecido por Ley en Chile. Para efectos de esta Tesis, procederemos a continuación a realizar una descripción narrada y explicativa de los contenidos del **“Manual del Estándar General de Acreditación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios” (Apéndice N° 1)**

Este instrumento contiene una **Primera Parte** denominada **Contenidos y Estructura del Manual**, que incluye Consideraciones Generales, donde se enumeran los ámbitos: Respeto a la Dignidad del Paciente; Gestión de la Calidad; Gestión Clínica; Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención; Competencias del Recurso Humano; Registros; Seguridad del Equipamiento y Seguridad de las Instalaciones. Continúa con el Informe de Autoevaluación, Conceptos de Ámbito, Componentes, Características y Verificadores.

La **Segunda Parte** denominada **Instrucciones y Criterios a Emplear por las Entidades Acreditadoras**, que incluye Instrucciones Generales e Interpretación de las Normas Contenidas en el manual.

Una **Tercera Parte** denominada **Reglas de Decisión**, que enumera las Componentes Obligatorios (**Tabla N° 13**).

En la ***Cuarta Parte***, denominada **Ámbitos, Componentes y Características** desarrollada in extenso.

Y finalmente una ***Quinta Parte*** denominada **Glosario y Abreviaturas**, la cual se adaptó a las necesidades propias del trabajo.

En las ***Tres Primeras Partes y la Quinta***, lo que hicimos fue modificar términos y adecuarlos a las características y el lenguaje propio de la Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalaria.

En la ***Cuarta Parte***, se adecuó y modificó completamente el documento, manteniendo solo los títulos de los Ámbitos, cumpliendo de esta forma con la legislación vigente en Chile, que da cuenta de una reglamentación de Acreditación en Salud que está establecida por ley. Quedando como se muestra continuación:

Ámbito 1.- Respeto a la Dignidad del Paciente (DP);

Ámbito 2.- Gestión de la Calidad (CAL);

Ámbito 3.- Gestión Clínica (GC);

Ámbito 4.- Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención (AOC);

Ámbito 5.- Competencias del Recurso Humano (RH);

Ámbito 6.- Registros (REG);

Ámbito 7.- Seguridad del Equipamiento (EQ);

Ámbito 8.- Seguridad de las Instalaciones (INS)

En la **Tabla N° 13** se desglosan los ámbitos y sus componentes, cada uno con la denominación correspondiente.

**Tabla 11.- Enlista Ámbitos y Componente Obligatorios.**

<b>AMBITO</b>	<b>COMP.</b>	<b>DENOMINACION</b>
<b>1.- Respeto a la Dignidad del Paciente (DP).</b>  La Institución provee atención pre hospitalaria que cumple con lo establecido en la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.	<b>DP – 1.1</b>	Existe el Instrumento de orientación y difusión de la Ley 20.584, derechos y deberes de los pacientes.
	<b>DP – 1.2</b>	Consentimiento Informado. Los pacientes atendidos en el área pre hospitalaria son informados sobre las características de los procedimientos a los que pudieran ser sometidos, incluyendo sus potenciales riesgos, y se les solicita su consentimiento para someterse a ellos previo a su ejecución, ejecutando las instrucciones establecidas en la institución. Estos documentos deberán desarrollarse y validarse formalmente.
	<b>DP – 1.3</b>	Reglamento de Campo Clínico Docente por carrera y tipo de estudios.
	<b>DP – 1.4</b>	Respecto de los pacientes que participan en investigaciones en seres humanos desarrolladas en la institución, se aplican procedimientos para resguardar su derecho a su consentimiento, la seguridad y confidencialidad.
	<b>DP – 1.5</b>	Aprobación ética y legal de investigación en seres humanos. El prestador institucional somete formalmente a evaluación ética las situaciones o eventos de esa índole que afectan la atención de los pacientes, así como en investigaciones.
	<b>DP – 1.6</b>	Sobre potenciales Donantes de Órganos. Existe conocimiento, reglamentación y orientación legal sobre pacientes atendidos en el área pre hospitalaria y sus posibilidades de ser donantes. Estos documentos deberán desarrollarse y validarse formalmente.

**Tabla 12.- Enlista Ámbitos y Componente Obligatorios. Continuación.**

<b>AMBITO</b>	<b>COMP.</b>	<b>DENOMINACION</b>
<b>2.- Gestión de la Calidad (CAL).</b>  El prestador institucional cuenta con políticas y programas orientados a garantizar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a los pacientes y a la Gestión Interna de la Organización.	<b>CAL – 2.1</b>	El Prestador Institucional cuenta con políticas de calidad de nivel estratégico y una estructura organizacional que es responsable de liderar las acciones de mejora continua de la calidad.
	<b>CAL – 2.2</b>	El Prestador Institucional cuenta con políticas comunicacionales adecuadas para cumplir con el programa de Calidad de la Organización.
	<b>CAL – 2.3</b>	El Prestador Institucional cuenta con un Programa de Gestión de Sugerencias y Reclamos que garantice una respuesta oportuna, mejoras y soluciones.
	<b>CAL – 2.4</b>	El prestador institucional cuenta con un Sistema de Tecnologías de la Información adecuado a sus necesidades y debidamente actualizado.
	<b>CAL – 2.5</b>	El prestador institucional cuenta con un Programa de Seguridad y Bienestar Laboral adecuado a sus colaboradores.
	<b>CAL – 2.6</b>	El prestador institucional cuenta con Planes de Emergencias adecuados.

**Tabla 13.- Enlista Ámbitos y Componente Obligatorios. Continuación.**

<b>AMBITO</b>	<b>COMP.</b>	<b>DENOMINACION</b>
<b>3.- Gestión Clínica (GCL).</b>	<b>GCL – 3.1</b>	El prestador Institucional cuenta con Guías de Práctica Clínica, Normas y/o Protocolos de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalaria, sistematizadas, revisadas y actualizadas anualmente, que apoyen la toma de decisiones, en los procesos de Regulación Medica e Intervención.
El prestador institucional cuenta con un sistema de garantía de la gestión clínica médico sanitaria, a través de Manuales y Evaluación de las prácticas clínicas.	<b>GCL – 3.2</b>	La institución cuenta con Manuales de Procedimientos del Área de Regulación Médica.
	<b>GCL – 3.3</b>	La institución cuenta con Manuales de Procedimientos del Área de Intervención.
	<b>GCL – 3.4</b>	La institución cuenta con Manuales de Procedimientos del Área Administrativa – Financiera.
	<b>GCL – 3.5</b>	La institución cuenta con Manuales de Transporte Secundario.
	<b>GCL – 3.6</b>	El prestador institucional cuenta con un Programa o Plan que garantice prevenir, registrar, vigilar y hacer seguimiento a la ocurrencia de eventos adversos (EA) asociado a la atención de salud en el Área de Intervención.
	<b>GCL – 3.7</b>	El prestador institucional ejecuta un programa de control y prevención de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) de acuerdo a orientaciones técnicas vigentes del MINSAL, estos adaptados metodológicamente a la Modalidad de Atención Sanitaria Pre Hospitalaria.

**Tabla 14.- Enlista Ámbitos y Componente Obligatorios. Continuación.**

<b>AMBITO</b>	<b>COMP.</b>	<b>DENOMINACION</b>
<b>4.- Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención (AOC).</b>	<b>AOC – 4.1</b>	El prestador institucional, cuenta con Protocolos de selección de demanda, que garantizan el acceso y la oportunidad de Atención Sanitaria de Urgencia, estableciendo prioridades de acuerdo a la demanda, necesidad y posibilidad evaluada por el Medico Regulador.
El prestador institucional posee una política orientada a proporcionar la atención necesaria a sus pacientes, en forma oportuna, expedita y coordinada, tomando en consideración prioridades dadas por la gravedad de los cuadros clínicos, presencia de factores de riesgo y los recursos disponibles.	<b>AOC – 4.2</b>	El prestador institucional, cuenta en su Centro Regulador de Urgencias con una Plataforma Tecnológica Adecuada a las Funciones del Sistema de Emergencias Médicas.
	<b>AOC – 4.3</b>	El Prestador Institucional, cuenta con un sistema de recepción, recopilación, clasificación y selección según necesidades y capacidades.
	<b>AOC – 4.4</b>	El prestador institucional vela por la continuidad de la atención en aspectos relevantes de la seguridad de los pacientes.
	<b>AOC – 4.5</b>	En incidentes de múltiples víctimas la atención pre hospitalaria se realiza según criterios de clasificación de pacientes relacionados con gravedad, riesgo vital y beneficio que obtiene con la intervención profesionalizada.
	<b>AOC – 4.6</b>	El prestador institucional cuenta con sistemas de comunicaciones y respaldos que garantizan la continuidad de la atención sanitaria, geográficamente y en el tiempo.
	<b>AOC – 4.7</b>	El prestador institucional genera y realiza Convenios Interinstitucionales para complementar aquellos aspectos en que el Sistema, teniendo la responsabilidad, no cuenta con los medios para entregar una solución sanitaria sistemas de comunicaciones y respaldos que garantizan la continuidad de la atención sanitaria.

**Tabla 15.- Enlista Ámbitos y Componente Obligatorios. Continuación.**

<b>AMBITO</b>	<b>COMP.</b>	<b>DENOMINACION</b>
<b>5.- Competencias Del Recurso Humano (RH).</b>	<b>RH – 5.1</b>	Documentación de Certificación, Títulos, Especialidad y Grados Académicos de los Colaboradores Médicos, Profesionales, Técnicos y Auxiliares.
La atención de salud de los pacientes es realizada por personal que cumple con el perfil requerido, en términos de habilidades y competencias.	<b>RH – 5.2</b>	Programa y metodología de Desarrollo, Reclutamiento y Selección de los Colaboradores Médicos, Profesionales, Técnicos y Auxiliares.
	<b>RH – 5.3</b>	Programa de Formación Continua Interno.
	<b>RH – 5.4</b>	De las Competencias de los Colaboradores Médicos, Profesionales, Técnicos y Auxiliares en el Centro Regulador de Urgencias.
	<b>RH – 5.5</b>	De las Competencias de los Colaboradores Médicos, Profesionales, Técnicos y Auxiliares en el Área de Intervención.
	<b>RH – 5.6</b>	De los Procesos de Inducción a los nuevos ingresos laborales.
	<b>RH – 5.7</b>	De las capacitaciones.
	<b>RH – 5.8</b>	Acerca de la Formación Continua Externo.
	<b>RH – 5.9</b>	Salud física y mental de los colaboradores.

**Tabla 16.-** *Enlista Ámbitos y Componente Obligatorios. Continuación.*

<b>AMBITO</b>	<b>COMP.</b>	<b>DENOMINACION</b>
<b>6.- Registros (REG).</b>  El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registro de datos clínicos y administrativo de los pacientes.	<b>REG – 6.1</b>	El prestador institucional utiliza un sistema formal de Ficha Clínica (Telemedicina) en el sistema.
	<b>REG – 6.2</b>	El prestador institucional utiliza un sistema formal de Ficha Clínica de Intervención.
	<b>REG – 6.3</b>	El prestador institucional utiliza un sistema formal de Registros Administrativos - Financieros.
	<b>REG – 6.4</b>	El prestador institucional utiliza un sistema formal de Registros Logístico - Operativos.
	<b>REG – 6.5</b>	El prestador institucional utiliza un sistema formal de Registros de los Procesos de Inducción, Formación, Capacitación, actualización y Desarrollo Científico.
	<b>REG – 6.6</b>	El prestador institucional utiliza un Sistema de Registros Grabados, para el respaldo médico legal del sistema.

**Tabla 17.- Enlista Ámbitos y Componente Obligatorios. Continuación.**

<b>AMBITO</b>	<b>COMP.</b>	<b>DENOMINACION</b>
<b>7.- Seguridad del Equipamiento (EQ).</b>	<b>EQ – 7.1</b>	Seguridad del Equipamiento del Centro Regulador de Urgencias, Oficinas, Bases y Vehículos.
El equipamiento clínico cumple con las condiciones necesarias de seguridad para su funcionamiento y es operado de manera adecuada.	<b>EQ – 7.2</b>	Seguridad de los Equipos e Instrumental Sanitario, en Centro regulador, Oficinas, Bases y Vehículos.
	<b>EQ – 7.3</b>	Se aplica un procedimiento establecido para la adquisición y reposición del equipamiento en la institución, que vela por mantener la calidad de este.
	<b>EQ – 7.4</b>	Los equipos relevantes para la operatividad del sistema se encuentran sometidos a un programa de mantenimiento preventivo, realizado por organismos o instituciones certificadas.
	<b>EQ – 7.5</b>	Los equipos relevantes para la operación y atención de pacientes son utilizadas por personal debidamente capacitado y autorizado para su operación.

**Tabla 18.- Enlista Ámbitos y Componente Obligatorios. Continuación.**

<b>AMBITO</b>	<b>COMP.</b>	<b>DENOMINACION</b>
<b>8.- Seguridad de las Instalaciones (INS).</b>  Las instalaciones del prestador institucional cumplen las condiciones necesarias para garantizar la seguridad de los usuarios.	<b>INS – 8.1</b>	El prestador institucional posee requerimientos mínimos y adecuados, escritos, para la habilitación de las instalaciones y vehículos.
	<b>INS – 8.2</b>	Las instalaciones del prestador institucional cumplen las condiciones necesarias para garantizar la seguridad de los usuarios en el Centro Regulador, Oficinas y Bases.
	<b>INS – 8.3</b>	Las instalaciones relevantes para la seguridad de los pacientes y personal se encuentran sometidas a un programa de mantenimiento preventivo y se dispone de un plan de contingencia en caso de interrupción de los servicios básicos.
	<b>INS – 8.4</b>	El prestador Institucional, cuenta con los elementos para soporte de emergencia con la autonomía suficiente para contingencias y emergencias mayores, que le permitan Garantizar la continuidad de la atención y servicios de la institución, en caso de interrupción de los servicios básicos.
	<b>INS – 8.5</b>	El prestador institucional evalúa periódicamente la vulnerabilidad de sus instalaciones.
	<b>INS – 8.6</b>	El prestador institucional cuenta con planes de emergencia frente a accidentes o siniestros, que permiten la evacuación oportuna de los usuarios y el personal.

***Cap. IV – Parte 1.2.- Propuesta de “Formato para la Confección del Informe de Autoevaluación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios”.***

Entendemos por *Autoevaluación*, al proceso periódico y documentado de evaluación de las actividades de mejoría continua de la calidad de la atención en salud, que realiza la misma entidad que pretende acreditarse, en lo relacionado con la seguridad de las prestaciones que otorga, que involucra la globalidad de los procesos de relevancia clínica de la institución considerando, entre otros procesos críticos, aquellos por los que postula a ser acreditado<sup>187</sup>.

Se adecúa a los efectos del presente trabajo, el “*Formato para la confección del Informe de Autoevaluación para Establecimientos de Atención Cerrada*”, transformándolo y adaptándolo en el documento: “***Propuesta - Formato de Confección del Informe de Autoevaluación para Sistemas de Atención Sanitaria Urgencia Pre Hospitalarios***” (*Apéndice N° 2*).

---

<sup>187</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. Decreto N° 15 de 2007. Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud.

***Cap. IV – Parte 1.3.- Propuesta de Pauta de Cotejo del Manual del Estándar General de Acreditación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios.***

La Pauta de Cotejo se encuentra in extenso en el ***“Apéndice N° 3.- Pauta de Cotejo. Manual del Estándar General de Acreditación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios”***. En ella se describen cada uno de los 8 Ámbitos, 48 Componentes y sus 110 Características, con sus correspondientes verificadores (estos van desde 1 a 10 por característica según sea la necesidad), de acuerdo a lo normativa vigente. En este caso hemos incluido varios ítems, ya que consideramos que la Acreditación para un Sistema Sanitario tan Complejo como el que se estudia, amerita un nivel de exigencia elevado.

La *Ilustración 11.- Imagen de la Pauta de Cotejo. Manual del Estándar General de Acreditación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios*, muestra un ejemplo del ***Ámbito 1: Respeto a la Dignidad del Paciente (DP)***, donde su enunciado es: *“El prestador Institucional provee una atención que cumple con lo establecido en la Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”*, con su ***Componente DP 1.3, Reglamento de Campo Clínico Docente por carrera y tipo de estudios. Respeto de los pacientes que participan en investigaciones en seres humanos desarrolladas en la institución, se aplican procedimientos para resguardar su derecho a su consentimiento,***

la seguridad y confidencialidad y su **Característica 1.3.a** Las actividades docentes de pre grado se regulan mediante convenios docente asistencial y un marco reglamentario suficiente, que vela por proteger la seguridad, respeto y trato digno a pacientes y funcionarios. Y cuyos **Verificadores** específicos de cumplimiento serán:

*Existe un Convenio Docente Asistencial, que cumple con al menos lo siguiente:*

- *El Convenio está a disposición de quien lo requiera, en un lugar conocido y accesible, en forma física.*
- *El Convenio está a disposición de quien lo requiera, en una dirección Web, de acceso institucional o público, en formato electrónico.*
- *El Convenio fue aprobado por la Dirección de Servicio y/o el Director de la Institución, y se tiene acceso visual a esta aprobación.*
- *El Convenio define explícitamente que se debe velar por Proteger la Seguridad de los Pacientes.*
- *El Convenio define explícitamente que se deben Proteger los Derechos de los Pacientes.*
- *El Convenio define explícitamente que existe precedencia de la Actividad Asistencial por sobre la Docente.*

**Ilustración 11.- Imagen de la Pauta de Cotejo. Manual del Estándar General de Acreditación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios.**

CODIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN								OBSERVACIONES	
DP – 1.3.a	100 %	Elementos Medibles DP – 1.3.a	Dirección o Gerencia del Prestador	CRU	Bases			Ambulancias / Vehículos				
		Existe un Convenio Docente Asistencial, que cumple con al menos lo siguiente:			M	A	B	M	A	B	Ot	
		El Convenio está a disposición de quien lo requiera, en un lugar conocido y accesible, en forma física.										
		El Convenio está a disposición de quien lo requiera, en una dirección Web, de acceso institucional o público, en formato electrónico.										
		El Convenio fue aprobado por la Dirección de Servicio y/o el Director de la Institución, y se tiene acceso visual a esta aprobación.										
		El Convenio define explícitamente que se debe velar por Proteger la Seguridad de los Pacientes.										
		El Convenio define explícitamente que se deben Proteger los Derechos de los Pacientes.										
		El Convenio define explícitamente que existe precedencia de la Actividad Asistencial por sobre la Docente.										

Fuente: Impresión de pantalla de “Apéndice N° 3.- Pauta de Cotejo. Manual del Estándar General de Acreditación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios”. Elaboración propia.

De la misma manera, se desglosan cada uno de los **Ámbitos**, sus **Componentes**, **Características** y **Verificadores**.

## **Cap. IV – Parte 2.- Validación del Instrumento Generado: “Manual del Estándar General de Acreditación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios”**

*“...validez significa cuán bien un resultado obtenido refleja al fenómeno bajo estudio, o la capacidad del instrumento para medir la cualidad para la que fue construido.”<sup>188</sup>*

Viendo la perspectiva positivista de la investigación, confiabilidad y validez, son constructos que le aportan a los instrumentos e información científica, exactitud y consistencia para poder generalizar los hallazgos derivados del análisis de un estudio. Según esto, todo investigador deberá tener en cuenta lo anterior cuando realiza un estudio, analiza los resultados y emite juicio acerca de su calidad<sup>189</sup>.

El diseño y validación de instrumentos, es una tarea medular para los procesos de acreditación en Salud y en todas las áreas, donde es necesario acreditar determinadas condiciones o aptitudes. La recolección de la información debe realizarse mediante instrumentos que garanticen la validez y confiabilidad de la información, evitando de esta forma, que ésta no sea meramente opiniones aportadas por distintos participantes en

---

<sup>188</sup> Alarcón A. M., Muñoz S. Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. Rev. Méd. Chile. 2008; 136: 125-130

<sup>189</sup> Hidalgo L. Confiabilidad y Validez en el Contexto de la Investigación y Evaluación Cualitativa. En [www.ucv.ve/uploads/media/Hidalgo2005.pdf](http://www.ucv.ve/uploads/media/Hidalgo2005.pdf)

el proceso. La validez de la información de los procesos de evaluación y acreditación es un requerimiento fundamental para garantizar la legitimidad de estos procesos<sup>190</sup>.

Un instrumento que mide con precisión y ausencia de errores, es un instrumento fiable, o sea, el instrumento es capaz de emplearse en repetidas y constantes condiciones, logrando resultados veraces, cada vez.

Martin-Arribas (2004), en “Diseño y validación de cuestionarios”, expone textual que *“La fiabilidad de un instrumento de medida se valora a través de la consistencia, la estabilidad temporal y la concordancia inter observadores.”*<sup>191</sup>

Nuestro instrumento de acreditación, será consistente en la medida que los Ámbitos, Componentes y Características en las diferentes Dimensiones, estén relacionados entre sí, es decir, el instrumento o herramienta es homogénea, con lo que consecuentemente, existe un acuerdo entre los ítems, lo que permite acumularlos, y puntuarlos globalmente.

La validez es un concepto que nos habla de credibilidad, utilidad y relevancia de la información obtenida en una medición. Esta se aplica a los resultados que reflejan la condición del fenómeno medido y no al instrumento que lo produjo.<sup>192</sup>

---

<sup>190</sup> <http://www.cca.ucr.ac.cr/node/503>, visitado en junio de 2013.

<sup>191</sup> Martín-Arribas M.C. Diseño y validación de cuestionarios. Matronas Profesión 2004; Vol. 5, n° 17

<sup>192</sup> Serón P., López A. Validez. Que es y para qué sirve. Rev. Kinesiología N° 75. 2004

La validez de un diseño científico indica el grado que son juzgadas como verídicas, útiles y con bases, las conclusiones del mismo, es por ello que la validez de un estudio, se subdivide en dos tipos, *Validez Interna*, que indica que este estudio es consistente en su diseño, por ende sus observaciones y conclusiones son un reflejo de la realidad en forma adecuada, con lo que se aceptan y la *Validez Externa*, por su lado, lo que nos indica es el grado en que los resultados son aplicables a otras poblaciones.<sup>193</sup>

Es el grado en que un instrumento de medida mide aquello que realmente pretende medir o sirve para el propósito para el que ha sido construido. A pesar de que se describen diferentes tipos de validez, ésta, sin embargo, es un proceso unitario y es precisamente la validez la que permitirá realizar las inferencias e interpretaciones correctas de las puntuaciones que se obtengan al aplicar un test y establecer la relación con el constructo/variable que se trata de medir.<sup>194</sup>

Conocemos tres formas o tipos para determinar la validez de una herramienta o instrumento, la Validez de Criterio, la Validez de Constructo y la Validez de Contenido.

La Validez de Criterio, “...se asocia generalmente a la capacidad de un instrumento para predecir una conducta o evento de salud.”<sup>195</sup>

---

<sup>193</sup> Serón P., López A. Validez. Que es y para qué sirve. Rev. Kinesiología Nº 75. 2004

<sup>194</sup> Martín-Arribas M.C. Diseño y validación de cuestionarios. Matronas Profesión 2004; Vol. 5, nº 17

<sup>195</sup> Alarcón A. M., Muñoz S. Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. Rev. Méd. Chile. 2008; 136: 125-130

*“Validez de constructo. El propósito de la validez de constructo es ratificar la teoría que fundamenta la utilización de un test, más que el test en sí mismo; por ello, la validez de constructo se pregunta cuán bien la medición refleja la naturaleza del concepto o “constructo” que se pretende medir (como constructo), el investigador debería preguntarse por las dimensiones teóricas que subyacen en el tema, y las relaciones que se configuran entre éstas.”*<sup>196</sup>

La Validez de Constructo, evalúa el grado en que el instrumento refleja la teoría del fenómeno o del concepto que mide, garantiza que las medidas que resultan de las respuestas del cuestionario pueden ser consideradas y utilizadas como medición del fenómeno que queremos medir.<sup>197</sup>

La *“Validez de contenido o aparente”*, se refiere *“...al grado en que un instrumento representa el universo o la totalidad de los contenidos del fenómeno que se pretende medir, apunta por tanto, a cuán bien la muestra de preguntas del cuestionario representa el concepto bajo estudio.”*<sup>198</sup>

Por otro lado Martín Arribas y Col. (2004), es categórico al decir: *“Se refiere a si el cuestionario elaborado y por tanto los ítems elegidos, son indicadores de lo que se pretende medir. Se trata de someter el cuestionario a la valoración de investigadores y expertos, que deben juzgar la capacidad de éste para evaluar todas las dimensiones que*

---

<sup>196</sup> Alarcón A. M., Muñoz S. Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. Rev. Méd. Chile. 2008; 136: 125-130

<sup>197</sup> Martín-Arribas M.C. Diseño y validación de cuestionarios. Matronas Profesión 2004; Vol. 5, nº 17

<sup>198</sup> Alarcón A. M., Muñoz S. Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. Rev. Méd. Chile. 2008; 136: 125-130

*deseamos medir. No cabe, por tanto, cálculo alguno, sólo las valoraciones cualitativas que los investigadores expertos deben efectuar.*”<sup>199</sup>

Sobre la validez y la fiabilidad, según los mismos autores, “...; *la validación es un proceso continuo y dinámico y la teoría desempeña un papel muy importante como guía tanto del desarrollo de un test como de su proceso de validación.*”<sup>200</sup>

Los programas de acreditación en salud para América latina y el Caribe, están vinculados a las necesidades y avances generados por el desarrollo humano y la globalización, que buscando eficiencia en el sector, han realizado con ello reformas a los sistemas sanitarios de varios países del continente, en búsqueda de la reducción de la inequidad.

María Concepción Martín Arribas, en “Diseño y Validación de Cuestionarios” (2004), plantea que “...frente al desarrollo de programas y proyectos de acreditación y de calidad en algunos países de Latinoamérica y el Caribe se evidencia la manera como estos han buscado articularse con las crecientes reformas del sistema de salud y como desde sus inicios sus esfuerzos han estado encaminados a favorecer la mejora del servicio, desde una perspectiva que permita la unificación de conceptos entorno de los procesos de acreditación, lo cual permitirá la eliminación de ambigüedades en el desarrollo de la acreditación, de igual forma se podrían llegar hacer extensivos los

---

<sup>199</sup> Martín-Arribas M.C. Diseño y validación de cuestionarios. Matronas Profesión 2004; Vol. 5, nº 17

<sup>200</sup> Martín-Arribas M.C. Diseño y validación de cuestionarios. Matronas Profesión 2004; Vol. 5, nº 17

*procesos de acreditación a toda la red involucrada en estos servicios, haciendo participe a la comunidad como actor fundamental en los servicios de salud, además de una sostenibilidad financiera que permita el desarrollo continuo y mantenido de estos proyectos, a fin de conseguir las metas propuestas y de favorecer la prestación de un servicio bajos los lineamientos de calidad, eficiencia, efectividad, universalidad, solidaridad y accesibilidad.”<sup>201</sup>*

#### **Cap. IV – Parte 2.1.- Validación a través de Modelos Vigentes en Chile.**

El Sistema de Acreditación de Salud para Prestadores Institucionales en Chile, posee Estándares para Atención Abierta y Atención Cerrada. También posee Instrumentos específicos para Acreditar Servicios y Establecimientos que si bien, pueden estar dentro de los Servicios de Apoyo tanto en Atención Cerrada como Atención Abierta, fueron diseñados específicamente para suplir o cubrir la brecha de aquellos Servicios de Apoyo que en muchos establecimientos se externalizan o tercerizan, como Laboratorio Clínico, Imagenología, Esterilización, Centros de Diálisis, Atención Cerrada de Psiquiatría, Unidades de Quimioterapia Ambulatoria y Servicios de Radioterapia.

Estos instrumentos de Acreditación, miden las dimensiones establecidas por ley y abarcan una muestra representativa de sus dominios, representando en alto grado,

---

<sup>201</sup> Martín-Arribas M.C. Diseño y validación de cuestionarios. Matronas Profesión 2004; Vol. 5, nº 17

efectividad para lo que están hechos, dándole de esta forma *Validez de Contenido o Aparente* a cada uno de ellos, según el artículo “*Medición en salud. Algunas consideraciones metodológicas.*”<sup>202</sup>

En la medida que el instrumento o herramienta en uso genera o reproduce el mismo efecto y logra resultados reproducibles, se considera confiable, siendo la información reproducible, aumentando las posibilidades de representar bien el fenómeno en estudio, lo que reafirmara su Validez.<sup>203</sup>

Sobre esta base, podríamos asumir que los Instrumentos existentes en Chile para la Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud en sus diferentes modalidades, son confiables y por ende válidos, de otra manera no se utilizarían por el Estado de Chile, eso los hace replicables, adaptables y modificables para otras modalidades de atención sanitaria, como es el caso de la Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalaria en el presente trabajo.

Sobre la misma base, es que nos atrevimos a adecuar y modificar el “*Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada*”<sup>204</sup>, generando un Manual ad hoc a la Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias para Chile.

---

<sup>202</sup> Alarcón A. M., Muñoz S. Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. Rev. Méd. Chile. 2008; 136: 125-130

<sup>203</sup> Serón P., López A. Validez. Que es y para qué sirve. Rev. Kinesiología Nº 75. 2004

<sup>204</sup> Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación. Atención Cerrada.

## **Cap. IV – Parte 2.2.- Validación a través de Opinión de Expertos. Método.**

En determinadas materias de investigación o herramientas, la validez de contenido, es necesaria establecerla a través de la Opinión de Expertos, sea por la ausencia de herramientas similares o por que las existentes son específicas para un área o materia en especial o éstas no son capaces de medir o dimensionar todas las áreas, modalidades, sistemas o formas involucradas.

“La validez de contenido descansa generalmente en el juicio de expertos (métodos de juicio).”<sup>205</sup>

Los profesores Alarcón y Muñoz (2008), en su artículo *“Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas”*, plantean y sugieren, que: *“Una forma habitual de establecer la validez de contenido es la consulta a expertos en el tema, quienes evalúan a través de una pauta elaborada por el investigador, si los contenidos de un test son pertinentes y adecuados; no obstante, es el investigador clínico, quien finalmente decidirá hasta dónde desea extender el contenido de su cuestionario.”*<sup>206</sup>

---

<sup>205</sup> Chiner E. Tema 6. La Validez. <http://ua.es/dspace/bitstream/10045/19380/25/Tema06-Validez.pdf>

<sup>206</sup> Alarcón A. M., Muñoz S. Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. Rev. Méd. Chile. 2008; 136: 125-130

Basado en las aseveraciones anteriores, las conversaciones con el Tutor de la presente Tesis, el Profesor W. Diener y las recomendaciones en las diferentes revisiones previas hechas a este trabajo, durante el programa de Magister en Epidemiología del CIGES, decidimos someter la *Validación de Contenido* de este Instrumento a la *Opinión de Expertos en Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalaria*.

Para ello, escogimos diecisiete Profesionales Expertos, doce chilenos, dos argentinos, un brasileño, una española y un francés. Entre ellos se cuentan, trece médicos, tres enfermeros y un ingeniero comercial. En el caso de los chilenos, todos ellos, conocedores del Sistema de Acreditación en Salud nacional, seis de ellos, actualmente ocupan cargos de jefatura de SAMU en diferentes regiones o lo ocuparon en algún momento de su trayectoria laboral, uno es actualmente Director Médico de un prestador privado de la modalidad en estudio, otros cinco son miembros activos de sistemas de atención sanitaria de urgencia, todos poseen algún grado de participación en la planificación, organización, funcionamiento, operatividad de los sistemas de este tipo en Chile.

En el caso de los extranjeros, y de ahí su proporción, los latinoamericanos, son los actuales referentes de sistemas públicos y privados de este tipo de modalidad de atención en sus países, la Dra. Limiñana es referente del SAMU Español y específicamente conocedora de Sistemas de Emergencia mundial y en el caso del Profesor Martínez Almoyna, con gran experiencia en la Colaboración Francesa para con los países en

desarrollo, y Sistemas de Atención de Urgencia Pre Hospitalarios en Asia, África, Oceanía y Latinoamérica, incluida la formación de los progenitores de esta Modalidad de Atención Sanitaria en Chile.

Este proceso de *Validación de Contenido a través de expertos* consistió en los siguientes pasos que describimos a continuación:

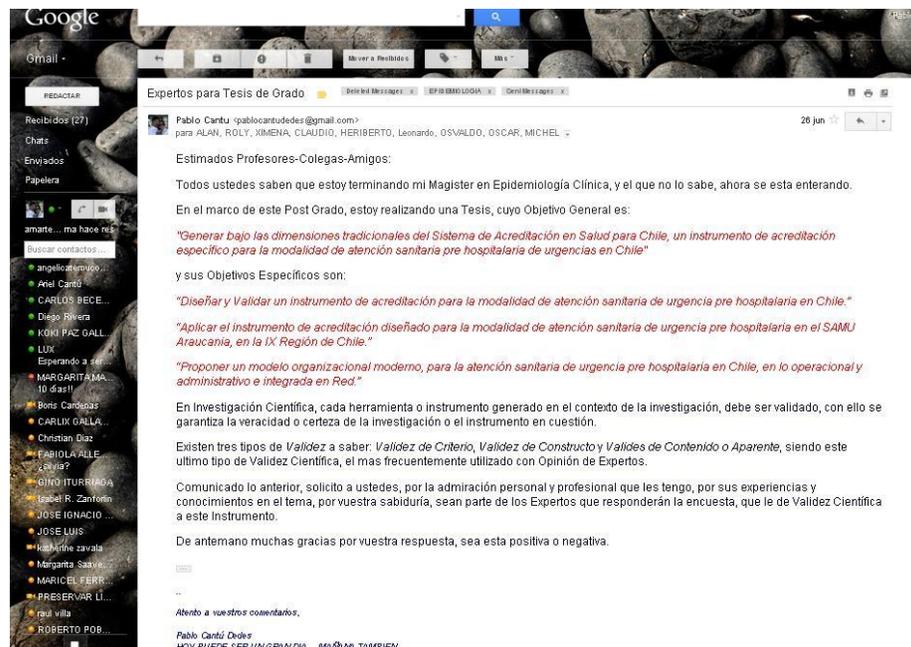
**Primero:** Se estableció contacto con cada uno de ellos a través de una conversación telefónica o vía correo electrónico personal (*Ilustración N° 12*), en esta conversación se les informo verbal y resumidamente la idea, los objetivos generales y específicos del trabajo, se les consulto si estarían de acuerdo en ser parte de este Equipo de Expertos, para evaluar y con ello Validar este instrumento.

**Segundo:** Se envió un correo electrónico a todos, con una *Carta Personalizada Modelo (Apéndice N° 4)* en formato PDF a cada uno, formalizando lo anterior y se solicitó el envío de Currículo Vitae resumido de cada uno, para poder justificar su elección como Expertos en la materia.

**Tercero:** Se envió un ejemplar del borrador del documento el 10 de noviembre de 2013, en formato PDF, de la *Propuesta de: “Manual del Estándar General de Acreditación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios.”(Apéndice N° 1)*, y la *Propuesta de: “Pauta de Cotejo. Manual del Estándar General de Acreditación*

*para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios.”(Apéndice N° 3)*  
con una *“Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a través de Expertos en la Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalaria” (Apéndice N° 5),*  
encuesta tipo Likert.<sup>207</sup>

*ustración 12.- Fotografía de Pantalla del correo enviado a Profesionales Expertos en Atención Pre Hospitalaria.*



Fuente: Correo electrónico personal pablocantudes@gmail.com, del 26 de junio de 2013.

<sup>207</sup> La escala de Likert se denomina así por Rensis Likert, quien publicó en 1932 un informe donde describía su uso. Es una escala psicométrica comúnmente utilizada en cuestionarios y es la escala de uso más amplia en encuestas para la investigación, principalmente en ciencias sociales. Al responder a una pregunta de un cuestionario elaborado con la técnica de Likert, se especifica el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración

**Ilustración 13.- Imagen de Pantalla. Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a través de Expertos en la Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalaria.**

**Pregunta 7. Sobre el ámbito SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO (EQ)**

	Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni en Desacuerdo, Ni de Acuerdo	De Acuerdo	Muy de Acuerdo
<b>Sobre el enunciado del Ámbito:</b> El equipamiento clínico cumple con las condiciones necesarias de seguridad para su funcionamiento y es operado de manera adecuada.					
<b>COMPONENTE EQ – 7.1:</b> Seguridad del Equipamiento del Centro Regulador, Oficinas, Bases y Vehículos.					
<b>EQ – 7.1.a</b> El prestador institucional posee programas de Seguridad del Equipamiento del Centro Regulador y Oficinas.					
<b>EQ – 7.1.b</b> El prestador institucional posee programas de Seguridad del Equipamiento en las Bases.					
<b>EQ – 7.1.c</b> El prestador institucional posee programas de Seguridad del Equipamiento de los Vehículos.					
<b>COMPONENTE EQ – 7.2:</b> Seguridad de los Equipos e Instrumental Sanitario, en Centro regulador, Oficinas, Bases y Vehículos.					
<b>EQ – 7.2.a</b> El prestador institucional posee programas de Seguridad de los Equipos e Instrumental Sanitario en Centro Regulador y Oficinas.					
<b>EQ – 7.2.b</b> El prestador institucional posee programas de Seguridad de los Equipos e Instrumental Sanitario de las Bases.					
<b>EQ – 7.2.c</b> El prestador institucional posee programas de Seguridad de los Equipos e Instrumental Sanitario de los Vehículos.					
<b>COMPONENTE EQ – 7.3:</b> Se aplica un procedimiento establecido para la adquisición y reposición del equipamiento en la institución, que vela por mantener la calidad de este.					
<b>EQ – 7.3.a</b> El procedimiento establecido para la adquisición de equipamiento incluye la definición de sus responsables y considera la participación de los profesionales usuarios.					
<b>EQ 7.3.b</b> El prestador institucional conoce la vida útil, las especificaciones de los equipos y las necesidades de reposición del equipamiento crítico para la seguridad de los usuarios.					
<b>COMPONENTE EQ – 7.4:</b> Los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes se encuentran sometidos a un programa de mantenimiento preventivo.					
<b>EQ 7.4.a</b> Se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo según lo establece el fabricante que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes.					
<b>COMPONENTE EQ – 7.5:</b> Los equipos relevantes para la seguridad de los pacientes son utilizadas por personal autorizado para su operación.					
<b>EQ 7.5.a</b> Los equipos clínicos relevantes son utilizados por personal autorizado para su operación.					

**Fuente:** Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a través de Expertos en la Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalaria. Elaboración Propia.

**Cuarto:** Recopilamos las encuestas y las procesamos, consolidando su resultado y buscando el porcentaje de acuerdo o desacuerdo que los expertos tenían con cada uno de los *Ámbitos, Componentes y Características* de nuestra Propuesta de *Manual del Estándar General de Acreditación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios*, los tipos de respuesta que debían entregar para cada *Ámbito, Componente y Característica*, eran de cinco tipos a saber: “Muy en Desacuerdo”, “En Desacuerdo”, “Ni en Desacuerdo, Ni de Acuerdo”, “De Acuerdo” y “Muy de Acuerdo”. Codificamos en columnas y se promediaron la respuesta para cada pregunta, para cada *Ítem*.

La encuesta incluyó la totalidad de los *Ámbitos, Componentes y Características*, buscando fundamentalmente la opinión de expertos para cada ítem.

A continuación, enunciamos en orden alfabético y con una breve reseña su experiencia profesional<sup>208</sup> en la Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalaria, la que a mi juicio, los hace *Expertos en Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalaria*:

---

<sup>208</sup> Los Currículos Vitae de los expertos, son mucho más extensos de lo que acá se resume. Tratamos de destacar su experiencia laboral, científica, docente y administrativa, relacionada a la modalidad de atención de urgencia en estudio, para justificar, las razones que los convierten en expertos en la materia.

***Expertos Nacionales Convocados:***

***Bazán Farfán Alan (anesbazan@ssdr.gov.cl).*** Médico Cirujano. Especialista en Anestesia y Reanimación, Director SAMU X Región, Chile. Socio Fundador y Activo de la Sociedad Chilena de Medicina Pre Hospitalaria y Desastres (SOCHIPRED)

***Curihual Lara Susana (sbcl25@hotmail.com).*** Enfermera, Reanimadora SAMU Araucanía, desde 2003. Se desempeñó como Enfermera UCI en Clínica Alemana de Temuco. Es docente de Enfermería, alumnas e Internas, en Campos Clínicos Móviles Avanzados SAMU Araucanía.

***Eliás Retamoso Roly (relias@traumateam.cl).*** Médico Cirujano. Especialista en Cirugía, Socio fundador, activo y actual Director Sociedad Chilena de Medicina Pre Hospitalaria y Desastres. Médico Jefe SAMU Calama. Médico Interventor SAMU Metropolitano. Director de 2º y 3º Ejercicios de preparación de Equipo de Fuerza de Tarea y Gestión de Catástrofes en Calama.

***Grove Maureira Ximena (xgrove@usa.net).*** Médico Cirujano. Especialista en Cirugía, actual Médico Director del SAMU Metropolitano, Médico Interventor SAMU Metropolitano. Socio Fundador, Activo y actual Vicepresidente de la Sociedad Chilena

de Medicina Pre Hospitalaria y Desastres (SOCHIPRED). Médico Ambulancia Aérea “Aero Rescate”, Médico Ambulancia Aérea “CAT”. En lo científico docente es Traductor y Editor Revista Resucitación de Consejo Europeo de Resucitación, desde 2001. Instructor de Soporte Vital Básico y Avanzado del Consejo Latinoamericano de Resucitación, en RCP Corp., y SAMU Metropolitano. Instructor de Trauma y PCR, ACLS, ATLS, PHTLS, PALS, Combat Casualty Care Course (C4), entre otros. Instructor Curso Reanimación Cardiopulmonar y Soporte Básico en Trauma en SAMU Metropolitano.

***Mac-Lean Allendes Claudio O. (claudio.maclean@gmail.com).*** Médico Cirujano, Especialista en Cirugía General, Especialista en Cirugía Plástica y Quemados, Magister en Derecho de la Salud, mención Pericia Judicial, Diplomado en Gestión de Instituciones de Salud, Fundador del SAMU de Viña del Mar, donde ha desempeñado cargos como Médico Regulador e Interventor y actualmente Médico Jefe del SAMU de Viña del Mar. Socio Fundador y Activo de la Sociedad Chilena de Medicina Pre Hospitalaria y Desastres (SOCHIPRED). Médico del grupo USAR (Urban Search and Rescue), Cuerpo de Bomberos Viña del Mar. Es Instructor de Cursos ATLS, PHTLS, C-4, “Combat Casualty Care Course”.

***Painen Soto Yanine (yaninps@gmail.com).*** Contador Público y Auditor. Ingeniero Comercial, licenciada en Administración de Empresas. Diplomada de Gestión en Salud. Magister en Gerencia Pública. Actualmente se desempeña como Sub Directora

Administrativa Regional de SAMU Araucanía, Centro Regulador SAMU Araucanía. Durante estos últimos 4 Años se ha desempeñado como Tutor Técnico y Social de Cursos a distancia que el Ministerio de Salud Realiza a través de Teleduc de la Universidad Católica de Chile.

***Pérez Alarcón Heriberto (h.perez.alarcon@gmail.com)***. Médico Cirujano, Especialista en Medicina Interna, Intensivista, actualmente Director SAMU V Región. Es fundador y Past President de la Sociedad Chilena de Medicina Pre Hospitalaria y Desastres. Posee estadías de perfeccionamiento en S.A.M.U en Le Havre, Paris y Marsella en Francia. Atención Pre hospitalaria en los Centro de Trauma, Israel. Es Instructor – Docente en temas relacionados con Emergencias, Catástrofes, Urgencias Pre Hospitalarias. Miembro de la Sociedad Ibero Americana de Expertos en Emergencias y Desastres. Coordinador Regional de Salud del Comité de Emergencias y Catástrofes de la V Región. Jefe Programa de Emergencia S.S.V.Q. Presidente Comisión de Urgencia Pre hospitalaria Chilena – Francés Proyecto S.A.M.U S.S.V.Q. Miembro de la Comisión Ministerial para Emergencias: Asesor Comisión Ministerial.

***Poblete Martínez Roberto Omar (poblete.roberto@gmail.com)***. Enfermero. Reanimador SAMU Metropolitano. Posee estadías de capacitación en: Sistema 911 de Seattle, Washington. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. EPES, Andalucía, España. Maguen David Adom, Israel. SAMU de Paris. Actualmente cursando Master of Business Administration con especialización en Salud, Escuela de Salud Pública,

Universidad Andrés Bello, Santiago. Diplomado en Alta Dirección Estratégica en Organizaciones de Salud, Escuela de Salud Pública, Universidad Andrés Bello, Santiago. Diplomado en Gestión y Calidad de Organizaciones de Salud en Entornos Competitivos, Escuela de Salud Pública, Universidad Andrés Bello, Santiago. Diplomado en Diseño de Estrategias Competitivas Exitosas para Organizaciones de Salud, Escuela de Salud Pública, Universidad Andrés Bello, Santiago. Diplomado en Docencia Clínica, Universidad del Desarrollo, Santiago. Diplomado en Gestión de Salud, Universidad del Desarrollo, Santiago. Es Instructor Docente de los Cursos: BLS, ACLS, PALS, NALS, PHTLS, CAPREB, CAPREA, APHA y ATCN. Profesor de Pre y Post Grado, Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Universidad del Desarrollo, Universidad de Concepción y Universidad Andrés Bello.

***Ponce Martínez Juan Carlos (jcponce@help.cl)***. Médico Cirujano, Especialista en Medicina Interna, Sub Especialista en Cardiología. Desde 2006 a la fecha, se desempeña como Director Médico de HELP S.A. Instructor y Director ACLS y BLS Centro de entrenamiento de Clínica Dávila (CERP), con alcances a Servicios de Salud del país, Servicios de Urgencia, Unidades de Intensivos e Intermedios, SAMU, y otros Servicios de Atención Pre – hospitalaria. National ACLS Faculty, de la American Heart Association y de la Fundación Inter Americana del Corazón. Socio Fundador y Activo de la Sociedad Chilena de Medicina Pre Hospitalaria y Desastres (SOCHIPRED)

***Ristori Hernández Leonardo (leoristori@yahoo.com)***. Médico Cirujano. Especialista en

Cirugía General, Ex Director del Hospital de Urgencia Asistencia Pública de Santiago, Ex Director SAMU Metropolitano. Socio Fundador y Activo de la Sociedad Chilena de Medicina Pre Hospitalaria y Desastres (SOCHIPRED). Diploma de Gestión en Salud, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Políticas y Administrativas y Escuela de Salud Pública. Diplomado en Gestión Aplicada en Instituciones de Salud, Universidad Andrés Bello.

***Santibáñez Henríquez Sara Angelina (angesantiba@yahoo.com).*** Enfermera - Matrona, Reanimadora SAMU Metropolitano. Diplomada en Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Diplomada en Calidad y Acreditación en Salud, Diplomada de Gestión en Empresas de Salud en un Entorno Competitivo y Master Business Administration con Especialización en Salud, en el Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello.

***Expertos Internacionales Convocados:***

***Limiñana Asensi María Carmen (carmenlimi@hotmail.com).*** Médico Cirujano. Médico SAMU Servicio de Emergencias Sanitarias de la Consellería de Sanidad desde 1997. Coordinadora de la Comisión de Catástrofes del Servicio de Emergencias Sanitarias de Alicante. Máster en Medicina Humanitaria y Diploma en Enfermedades Tropicales. Miembro de la Unidad Médica del Grupo de Intervención en Catástrofes de Bomberos Unidos Sin Fronteras España. Cooperante Internacional desde 1992 en diferentes conflictos armados y desastres naturales con diferentes niveles de responsabilidad. Profesora, instructora y docente en pre grado y post grado, en la Agencia Española de Cooperación, Organización Mundial de la Salud, Universidad Miguel Hernández, Universidad de Alicante, Universidad Rey Juan Carlos, Universidad Complutense de Madrid.

***Martínez Almoyna Miguel (migmigmig@orange.fr).*** Médico Cirujano. Maitre de Conférences des Universités Participen Hospitalier Emérite. Hizo su carrera en el SAMU de Paris, Université René Descartes, Paris. Es Experto Consultante de la Cooperación Francesa, en la Implementación de Sistemas Integrados de Urgencias Médica y Redes de SAMU en varios países de América Latina, Centro América, el Caribe, Asia y África, incluyendo Chile.

**Soares Nitschke Cesar Augusto (cesarnit@yahoo.com.br).** Médico Cirujano. Especialista en Cirugía General y en Medicina del Trabajo. Coordinador de los SAMU de Brasil.

**Róis Osvaldo (mrois@sinectis.com.ar).** Médico Cirujano. Especialista en Cardiología. Presidente de la Fundación EMME, Argentina. Coordinador Latinoamericano de PHTLS. International Faculty BLS – ACLS– AMLS – PHTLS.

**Valcárcel Oscar (osval@fibertel.com.ar).** Médico Cirujano. Coordinador Ejecutivo del Programa de Docencia e Instrucción Permanente del Sistema de Atención Médica de Emergencias de, Buenos Aires.

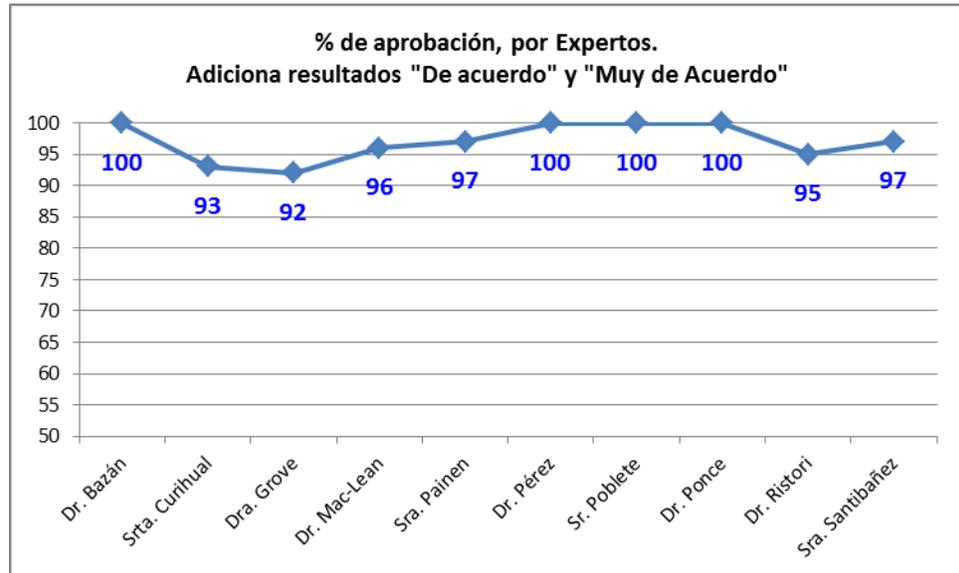
#### **Cap. IV – Parte 2.3.- Validación a través de Opinión de Expertos. Resultados.**

A continuación expondremos, igualmente en orden alfabético, los resultados obtenidos de las “*Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a partir de la Opinión de Expertos, del Manual del Estándar General y Pauta de Cotejo, para Acreditación de prestadores institucionales en Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias*” realizadas a los once expertos en Medicina Pre Hospitalaria chilenos. Los documentos originales con los comentarios correspondientes de cada Experto, están en el *Apéndice N° 5* del presente trabajo.

Se recibieron diez de las once encuestas enviadas a los expertos nacionales, cumpliéndose un 91 % de respuestas. Todas las encuestas de expertos superan el 92 % de aprobación del instrumento generado para esta Tesis. Como se puede apreciar en general todos evalúan y valoran el Instrumento como adecuado y de los cinco expertos internacionales convocados, respondieron dos de ellos.

Cabe destacar, para sorpresa nuestra, que el instrumento generado para Acreditación de Instituciones de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalaria, fue muy bien recibido por los expertos seleccionados, muestra de ello está tanto en los comentarios como sugerencias que nos hicieron y en los resultados de las encuestas realizadas, donde todos responden con opinión sobre el 92 % de respuestas “Muy de acuerdo” y “De acuerdo”.

**Gráfico N° 9.- Consolidado comparativo entre expertos. % de verificadores que adicionan respuestas “De Acuerdo” y “Muy de acuerdo”.**



**Fuente:** Datos obtenidos de la “Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a partir de la Opinión de Expertos, del Manual del Estándar General y Pauta de Cotejo, para Acreditación de prestadores institucionales en Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias”, generado para el presente trabajo de Tesis.

Los detalles de los resultados de las encuestas para cada experto, por separado se describen en el mismo orden alfabético, en que se enunciaron las características que los hacen expertos y como aparecen en el **Gráfico N° 9**, de izquierda a derecha.



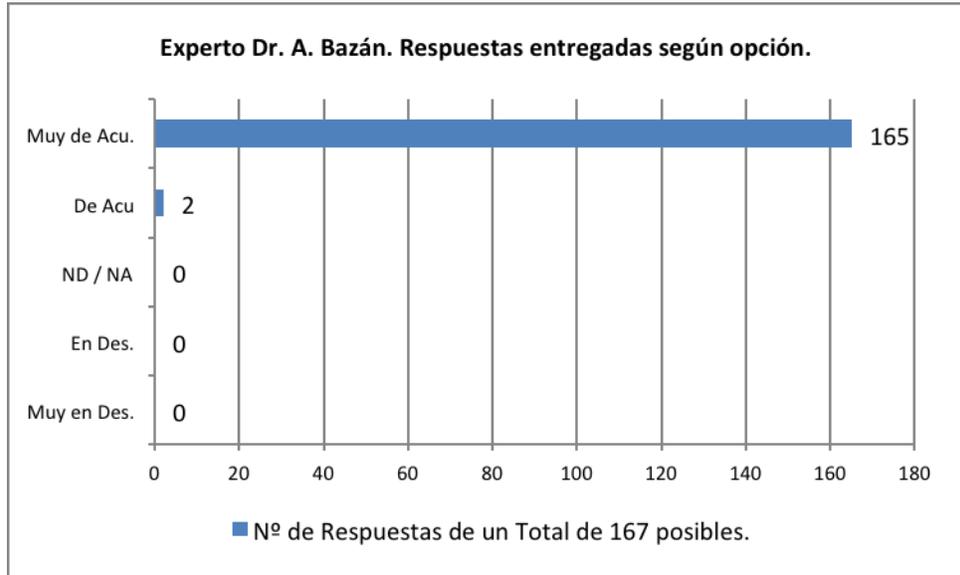
**Experto: Dr. Alan Bazán Farfán.**

El experto, entrega su opinión, con una aprobación del 100 %, con 165 respuestas “Muy de Acuerdo” y 2 respuestas “De acuerdo”, no emitiendo comentarios al respecto sobre su evaluación.

En el correo con la encuesta respondida, refleja su felicitación al trabajo realizado y su deseo de que pronto lleguemos a concretar esta Acreditación en la realidad.

Los *gráficos N° 10 y N° 11*, muestran la opinión de este experto.

**Gráfico N° 10.- Consolidado Total por tipo de respuestas a Encuesta. Experto: Dr. Alan Bazán.**



**Fuente:** Datos obtenidos de la "Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a partir de la Opinión de Expertos, del Manual del Estándar General y Pauta de Cotejo, para Acreditación de prestadores institucionales en Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias", generado para el presente trabajo de Tesis.

**Gráfico N° 11.- Porcentaje sumado de respuestas "De acuerdo" y "Muy de acuerdo". Experto: Dr. Alan Bazán.**



**Fuente:** Datos obtenidos de la "Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a partir de la Opinión de Expertos, del Manual del Estándar General y Pauta de Cotejo, para Acreditación de prestadores institucionales en Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias", generado para el presente trabajo de Tesis.



**Experta: Srta. Susana Curihual Lara.**

En este caso, la experta, expresa una aprobación del 93,4 %, con 116 respuestas “Muy de Acuerdo”, 40 respuestas “De acuerdo” y 11 respuestas “Ni en desacuerdo, ni de acuerdo”. Los *gráficos N° 12 y N° 13*, muestran la opinión de esta experta.

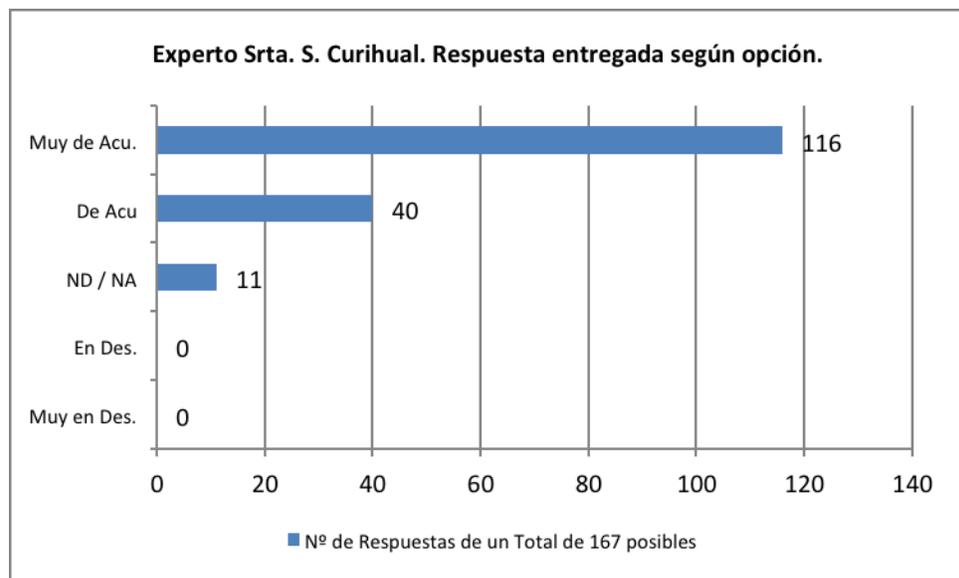
Los comentarios realizados a los distintos ítems, fueron un total de 11, de los cuales, 5 de ellos, son sugerencias de contenido, como: en los ítems 2.1.a y 2.1.b, donde sugiere evaluar con periodicidad menor de un año la seguridad, en el ítem 2.3.a, incluir resolución de reclamos internos a la institución, no solo de la comunidad o usuarios externos. En el ítem 4.1, agregar la existencia de un Protocolo de Transporte Secundarios desde instituciones privadas o Centros de Diálisis y en el ámbito 5, sobre competencias de Recurso Humano, se sugiere clarificar conceptos de técnicos, profesionales médicos y no médicos.

Por su parte los otros 6 comentarios, dicen relación a dudas o preguntas como: en los ítems 1.2.a, 1.2.b y 1.2.c consulta ¿Cómo lo haremos?, en el ítem 1.4, se consulta sobre

la composición (externa o interna) el Comité de Ética y en los ítems 3.5.c y 3.6, consulta por definición de paciente crítico neonatal y efectos adversos, respectivamente.

**Gráfico N° 12.- Consolidado Total por tipo de respuestas a Encuesta. Experto: Srta.**

*Enfermera – Reanimadora, Susana Curihual.*



**Fuente:** Datos obtenidos de la "Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a partir de la Opinión de Expertos, del Manual del Estándar General y Pauta de Cotejo, para Acreditación de prestadores institucionales en Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias", generado para el presente trabajo de Tesis.

**Gráfico N° 13.-** Porcentaje sumado de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo”.  
Experto: Srta. Enfermera – Reanimadora, Susana Curihual.



**Fuente:** Datos obtenidos de la “Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a partir de la Opinión de Expertos, del Manual del Estándar General y Pauta de Cotejo, para Acreditación de prestadores institucionales en Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias”, generado para el presente trabajo de Tesis.



**Experta: Dra. Ximena Grove Maureira.**

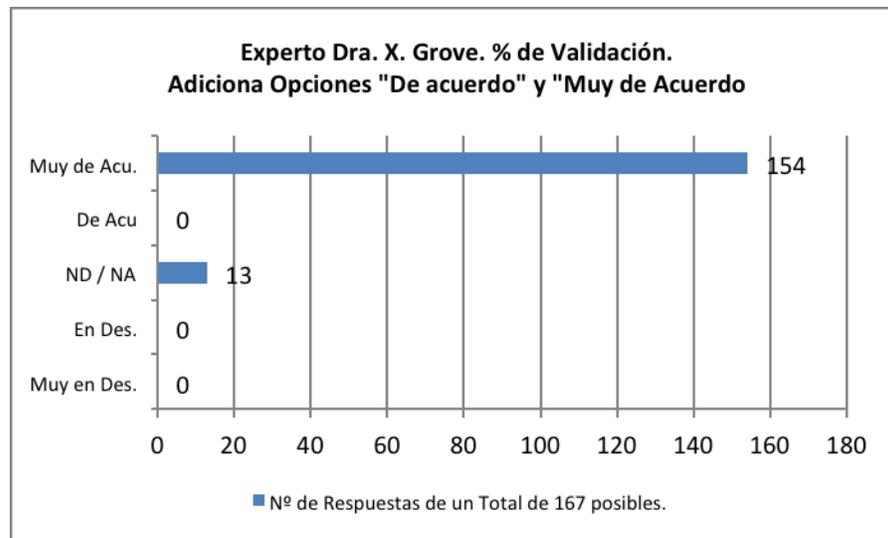
La Dra. Grove, responde la encuesta con una aprobación del 92 %, con 154 respuestas “Muy de Acuerdo” y 13 respuestas “Ni en desacuerdo, ni de acuerdo”.

En este caso, los comentarios realizados a los distintos ítems, fueron 5, de los cuales 4 son reflexiones acerca de: en el componente 1.2, sobre lo engorroso que sería aplicar Consentimiento Informado a Pacientes Graves; en el ítem 3.3.d, reflexiona sobre la diferencia que se hace sobre Manual de Procedimientos para móvil avanzado medicalizado y no medicalizado, planteando que estos son similares; en el ítem 4.1.c, manifiesta que existen varias y disimiles Guías Clínicas de Transporte, que nunca lo abarcan todo y en el ítem 4.5.b, se plantea la necesidad de revisar el tipo de TRIAGE que realizamos. El quinto comentario se refiere a un error en la transcripción de la Pauta de Cotejo a la Encuesta enviada a los expertos, ya que el enunciado que va en la encuesta, al no ir acompañado de los verificadores, que si están presentes en la pauta de cotejo, cada uno de estos ítems quedan escritos de igual manera, haciéndose diferencia en la Pauta de Cotejo, en cada uno de los verificadores.

El correo, de la experta, con la encuesta respondida, manifiesta su satisfacción por el trabajo, manifestando lo “árido” de analizar, pero muy completo.

Los **gráficos N° 14 y N° 15**, muestran la opinión de esta experta.

**Gráfico N° 14.- Consolidado Total por tipo de respuestas a Encuesta. Experto: Dra. Ximena Grove.**



**Fuente:** Datos obtenidos de la “Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a partir de la Opinión de Expertos, del Manual del Estándar General y Pauta de Cotejo, para Acreditación de prestadores institucionales en Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias”, generado para el presente trabajo de Tesis.

**Gráfico N° 15.-** Porcentaje sumado de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo”.  
Experto: Dra. Ximena Grove.



**Fuente:** Datos obtenidos de la “Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a partir de la Opinión de Expertos, del Manual del Estándar General y Pauta de Cotejo, para Acreditación de prestadores institucionales en Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias”, generado para el presente trabajo de Tesis.



**Experto: Dr. Claudio Mac-Lean Allendes.**

Expresa un 97 % de aprobación, 145 respuestas “Muy de Acuerdo”, 16 respuestas “De acuerdo”, 4 respuestas “Ni en desacuerdo, ni de acuerdo” y 2 respuestas “En desacuerdo”. Los *gráficos N° 16 y N° 17*, muestran la opinión del experto.

El correo, del Dr. Mac-Lean, manifiesta una felicitación por el trabajo, la cual también se nos comunicó vía telefónica, en conversación sostenida. En este mail, se manifiesta que es posible que los comentarios sean extensos, pero que están encaminados al buen resultado del presente trabajo.

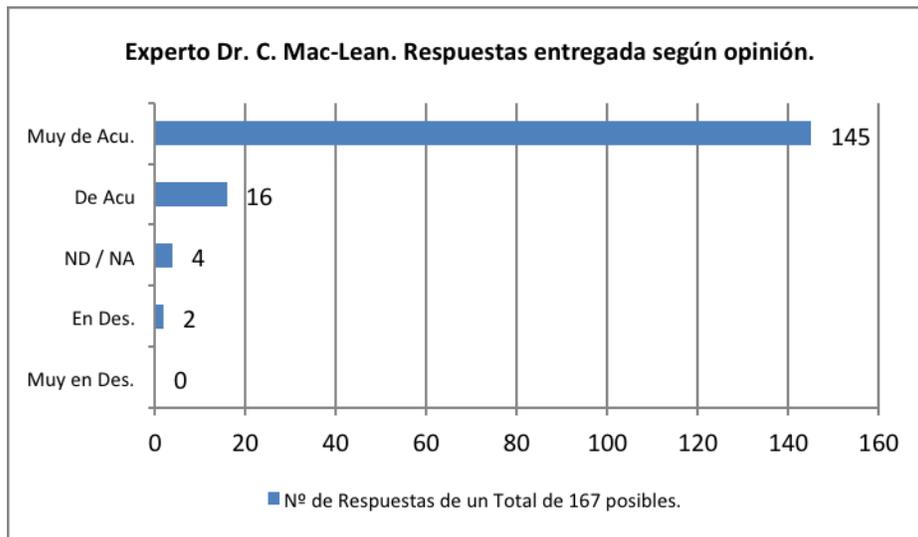
En este caso el experto hizo comentarios generales sobre cada ámbito, desglosado por ítems, exponiendo sus opiniones y sugerencias, así en el ítem 1.1, separar los instrumentos en difusión de derechos y deberes, carácter docente de la institución e investigación, y hacer un ítem nuevo para lo referido al comité de ética.

En el ámbito 2.3, ausencia de un programa de seguimiento de la mejoras a partir del análisis de los reclamos, el punto 2.4, se cuestiona si ¿serán exigibles para todos los

sistemas bioestadísticas?, en el ítem 2.5, separar las características referidas a seguridad laboral y bienestar y clima laboral y en el ítem 2.6, hace referencia a la existencia explícita y conocida de lugares alternativos de funcionamiento en los planes de evacuación.

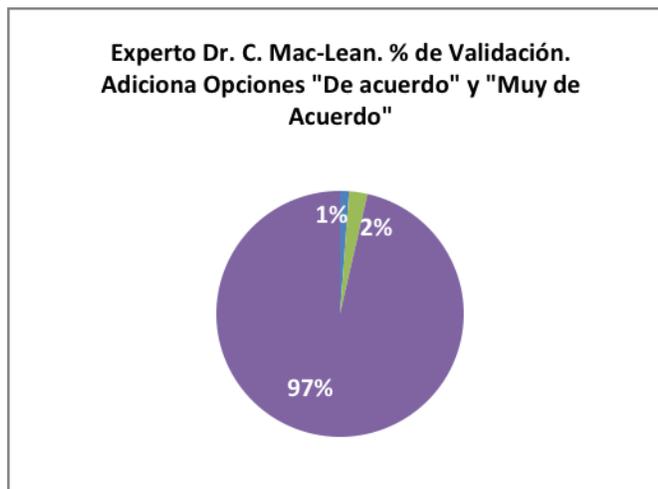
En el ámbito 4, sugiere mejorar descripciones de la característica, en los ítem 4.3 y 4.4.b, entregando una sugerencia para cada una, así como en el ítem 4.5, sugiere reformar todo el ítem, entregando 3 características, referidas a Triage, atención en terreno y apoyo de otras instituciones. Sobre el ítem Recursos Humanos, sus sugerencias son que debería quedar establecido el rol de médicos regulador e interventor, así como definir los perfiles de enfermería, paramédicos, conductores y radio operadores, etc., para la modalidad de atención. En el ámbito de equipamiento, sugiere dejar establecido un mínimo operacional, equipamiento estándar, verificación del estado de los equipos y equipamiento.

**Gráfico N° 16.- Consolidado Total por tipo de respuestas a Encuesta. Experto: Dr. Claudio Mac-Lean.**



**Fuente:** Datos obtenidos de la "Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a partir de la Opinión de Expertos, del Manual del Estándar General y Pauta de Cotejo, para Acreditación de prestadores institucionales en Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias", generado para el presente trabajo de Tesis.

**Gráfico N° 17.- Porcentaje sumado de respuestas "De acuerdo" y "Muy de acuerdo". Experto: Dr. Claudio Mac-Lean.**



**Fuente:** Datos obtenidos de la "Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a partir de la Opinión de Expertos, del Manual del Estándar General y Pauta de Cotejo, para Acreditación de prestadores institucionales en Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias", generado para el presente trabajo de Tesis.



**Experta: Sra. Yanine Painen Soto.**

Es la único experto en la modalidad de atención sanitaria de urgencias pre hospitalarias que no pertenece de profesión al área de la salud, sin embargo su desempeño en los últimos 11 años en gestión de salud y de ellos 5 en Sistemas de Emergencia Pre Hospitalaria le dan vasta experiencia en administración y gestión en salud pública, responde la encuesta con una aprobación del 97 %, con 131 respuestas “Muy de Acuerdo”, 31 respuestas “De acuerdo” y 5 respuestas “Ni en desacuerdo, ni de acuerdo”.

La experta manifiesta con gran detalle, los comentarios referidos al ámbito de Gestión de Calidad, donde manifiesta que este debería considerarse como un plan, “hacer, verificar el hacer y actuar sobre todo lo que hace la organización, son definiciones que deben ser consideradas individualmente en cada acción, para concluir que existe una política explícita de mejoría continua de la calidad y un programa de trabajo estructurado que incluye evaluación anual de los aspectos más relevantes”. A juicio de la experta, se debería revisar y aprobar en detalle un programa definido que debe ser desarrollado, revisado y validado formalmente por las instancias pertinentes.

Sobre los sistemas informáticos, la Sra. Yanine, sugiere que estos deben estar diseñados de acuerdo a la labor que realiza el sistema y que permita entregar la información requerida. Sobre los planes de emergencias deben estar validados formalmente junto al equipo que lo desarrolla y valida.

Referido al ámbito de Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención la experta reflexiona acerca no haber considerado aspectos como la disponibilidad de recursos necesarios para satisfacer la demanda de la población, es decir móviles, Recurso humano e infraestructuras y equipamientos suficientes, stock de medicamentos insumos definidos y ubicados estratégicamente según estándares definidos en el ámbito pre hospitalario.

Así mismo, refiere que los protocolos definidos deben ser desarrollados, revisados y validados formalmente por instancias pertinentes, e informados a todas las instancias que tengan participación en el proceso de atención, interno y externo.

En materia de respaldo de las comunicaciones, definir si se cuenta o no con sistemas alternativos de comunicación y protocolos a seguir en caso de la pérdida de comunicación ante situaciones críticas.

Sobre el ítem 4.4, refiere que es poco claro, debiendo definir procedimientos administrativos de RRHH. En el ámbito de selección y reclutamiento, sugiere que

deberíamos definir si es de selección abierta o a ascensos, o alternativas de desempeño de los colaboradores. Por otro lado, plantea que la verificación de habilitación de un técnico y profesional médico para otorgar guía y apoyo no permite asegurar esta condición, excepto lo que se señala, que “Existe constancia documentada y a la vista, de las evaluaciones realizadas a estos colaboradores”.

También reflexiona sobre los programas de capacitación, que estos deberían ser desarrollados, supervisados y validados formalmente por las instancias pertinentes.

Sobre el componente de Salud Física y Mental de los colaboradores, es necesario definir si existen acciones programadas de la seguridad del personal en terreno y seguros de vida asociados en eventos en que se ve afectado al personal, lo anterior relacionado a la seguridad del funcionario en la asignación de formas de abordar la tarea diaria que le es encomendada, entiéndase, traslados terrestres, aéreos, navieros, etc.

En el ítem 6.3, sugiere especificar que se refiere a sistemas de registros contables, tesorería, proveedores, auxiliares, control de inventario, activo fijo, como financieros y contratos, hoja de vida del personal, como procesos de RRHH.

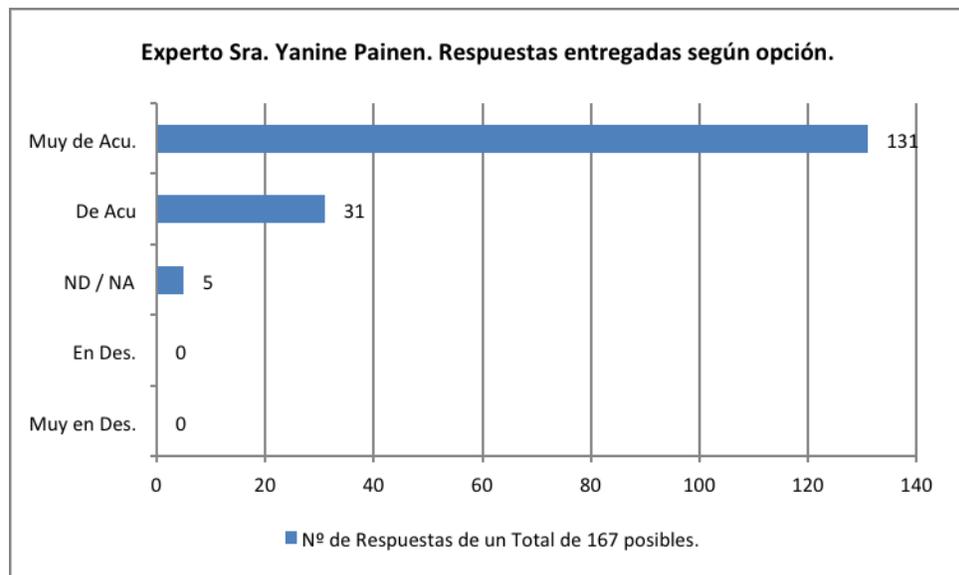
En el ámbito de Seguridad del Equipamiento, reflexiona sobre los programas de seguridad, su desarrollo, revisión y validación formal, con las consideraciones necesarias que aseguren la operatividad del sistema. Sobre los procedimientos de adquisición y

reposición, considerar garantía y certificación de los equipos y proveedores, así como la capacitación de uso adecuado, al personal.

En el ítem 8, Seguridad de las Instalaciones, sugiere que además de garantizar seguridad deben garantizar operatividad, funcionalidad y desarrollo adecuado de los puestos de trabajo. La definición de este estándar, debe ser desarrollado, supervisado y validado por las instancias pertinentes.

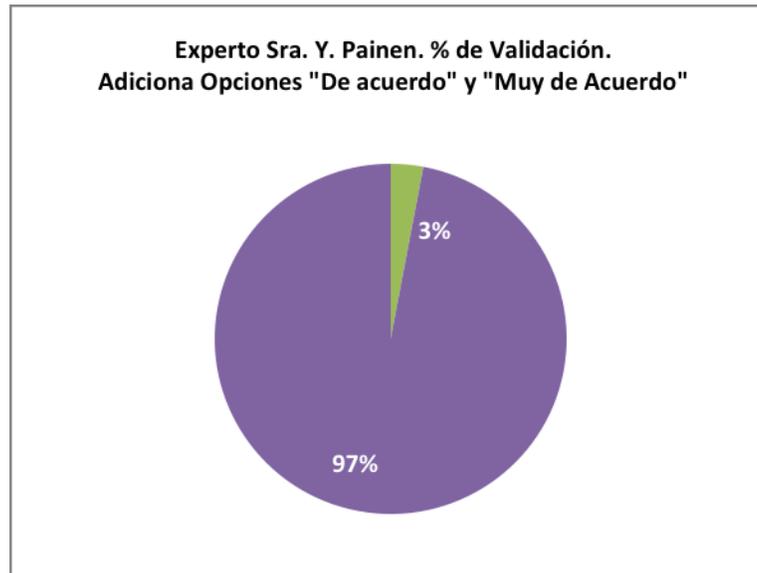
Los **gráficos N° 18 y N° 19**, muestran la opinión de esta experta.

**Gráfico N° 18.- Consolidado Total por tipo de respuestas a Encuesta. Experto: Ingeniero Civil y Contador Auditor, Sra. Yanine Painen.**



**Fuente:** Datos obtenidos de la "Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a partir de la Opinión de Expertos, del Manual del Estándar General y Pauta de Cotejo, para Acreditación de prestadores institucionales en Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias", generado para el presente trabajo de Tesis.

**Gráfico N° 19.-** Porcentaje sumado de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo”.  
Experto: Ingeniero Civil y Contador Auditor, Sra. Yanine Painen.



**Fuente:** Datos obtenidos de la "Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a partir de la Opinión de Expertos, del Manual del Estándar General y Pauta de Cotejo, para Acreditación de prestadores institucionales en Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias", generado para el presente trabajo de Tesis.



**Experto: Dr. Heriberto Pérez Alarcón.**

El Dr. Pérez, expresa en su encuesta con una aprobación del 100 %, con 163 respuestas “Muy de Acuerdo” y 4 respuestas “De acuerdo”. En su correo, de respuesta con el documento de la encuesta, el experto, nos felicita por el trabajo, manifestando que le parece excelente y que, a su juicio, será un aporte significativo para el SAMU país.

Los comentarios del experto, fueron, según lo refiere el mismo en su correo “*observaciones generales*”, las cuales pasamos a describir someramente a continuación.

Sobre el ámbito 1. Respeto a la Dignidad del Paciente, sugiere definir y especificar aquellas situaciones en que no aplica el consentimiento informado. Sobre el ítem 2, sugiere la necesidad de explicitar un sistema de registro del manejo de las llamadas telefónicas y sobre los sistemas bioestadísticas, explicitar que estos debe estar en función de los indicadores que el sistema está evaluando periódicamente.

Relacionado al ámbito gestión clínica, el experto sugiere definir los criterios de actualización de las guías.

Referente al ámbito de acceso, oportunidad y continuidad de la atención, el Dr. Pérez, reflexiona y sugiere, sobre la priorización, que en el caso de la modalidad de atención, está determinada por la gravedad del cuadro y los recursos disponibles. En el mismo ámbito el experto, realiza una reflexión y sugerencia sobre la redacción del ítem 4.1, el que cito textual: “debería decir Existen Protocolos, Manual de Procedimientos o Guías Clínicas, que permitan reducir la variabilidad, en la respuesta a una solicitud de ambulancia, en una clave primaria, evitando el sesgo por diferencia de criterio de la persona que recibe la solicitud de ayuda”.

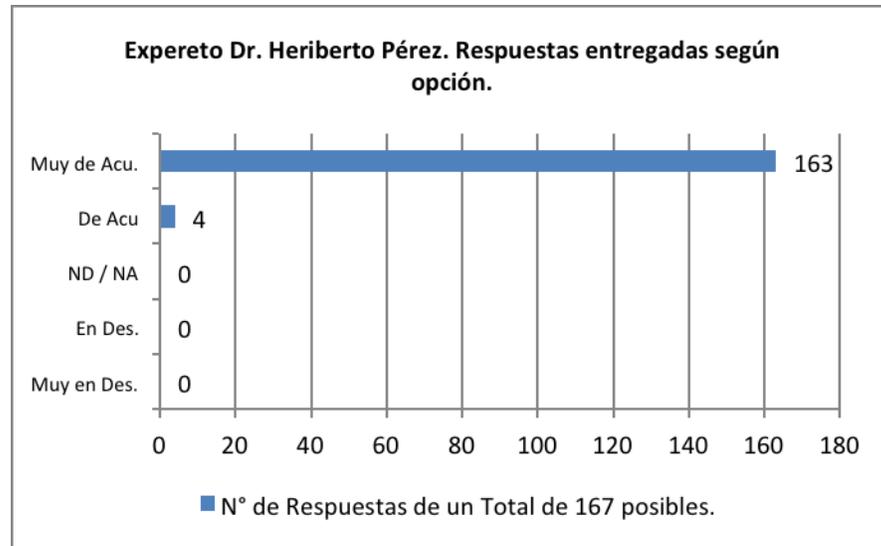
En el encabezado del ámbito 5, competencias del RRHH, el experto sugiere agregar el concepto de “Especialidad”, ya que grado académico no es una especialidad y viceversa.

Para el ámbito 6, relacionado a los registros, el Dr. Pérez, señala la ausencia de componentes o características que informen de los registros de grabación de las llamadas telefónicas y el tráfico radial.

En el punto de Seguridad del Equipamiento, coincide con la Experta Sra. Yanine Painen, en el énfasis de la seguridad del equipamiento, programas de mantención y realizadas por organismos certificados.

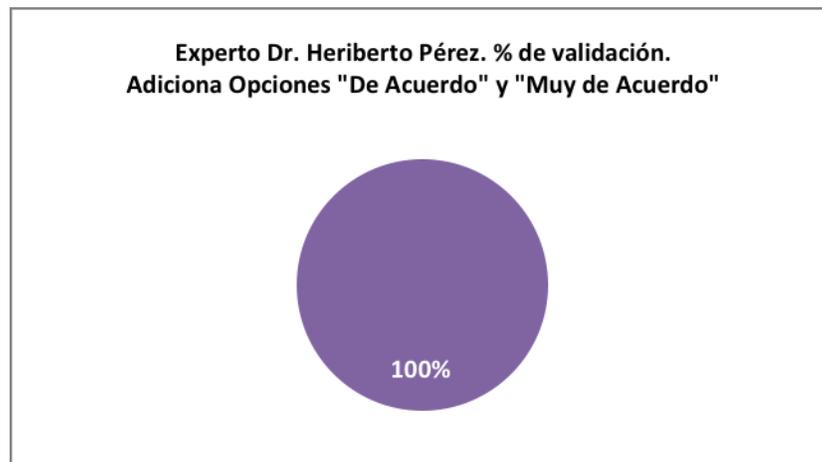
Los **gráficos N° 20 y N° 21**, muestran la opinión del experto.

**Gráfico N° 20.- Consolidado Total por tipo de respuestas a Encuesta. Experto: Dr. Heriberto Pérez.**



**Fuente:** Datos obtenidos de la "Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a partir de la Opinión de Expertos, del Manual del Estándar General y Pauta de Cotejo, para Acreditación de prestadores institucionales en Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias", generado para el presente trabajo de Tesis.

**Gráfico N° 21.- Porcentaje sumado de respuestas "De acuerdo" y "Muy de acuerdo". Experto: Dr. Heriberto Pérez.**



**Fuente:** Datos obtenidos de la "Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a partir de la Opinión de Expertos, del Manual del Estándar General y Pauta de Cotejo, para Acreditación de prestadores institucionales en Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias", generado para el presente trabajo de Tesis.



**Experto: Sr. Roberto Poblete Martínez.**

El enfermero – Reanimador, señor Poblete, responde la encuesta con una aprobación del 100 %, con 163 respuestas “Muy de Acuerdo” y 4 respuestas “De acuerdo”.

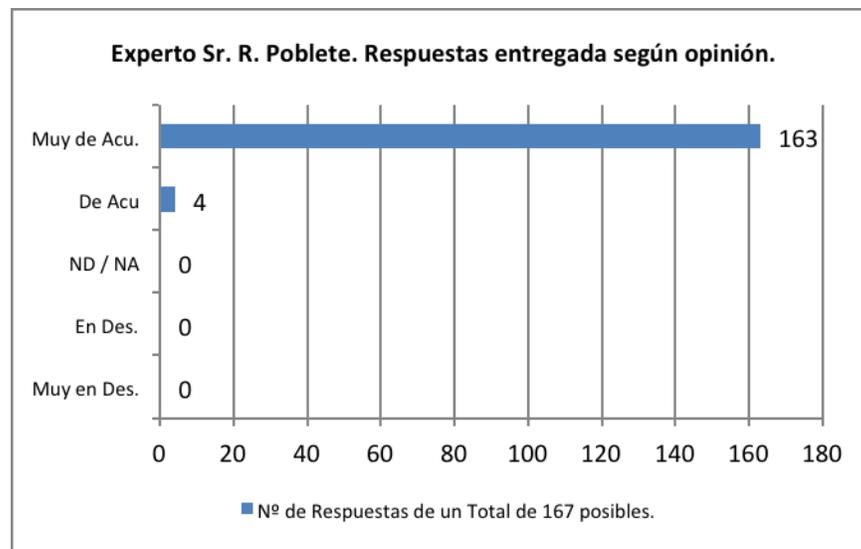
Entre sus comentarios y sugerencias por ítems, encontramos coincidencias con otros expertos, como en el ítem 1.2, donde también plantea que este no sería aplicable a todos los pacientes, argumentando que debe incluir las limitaciones y la representación en caso de incapacidad para decidir. En el mismo ámbito, el ítem 1.3.b, reflexiona y se cuestiona, sobre si fueran sólo investigaciones descriptivas, ¿será necesario?

Sobre el ámbito Gestión Clínica, el experto sugiere que en el ítem 3.3, debieran ser protocolos de intervención avanzada estandarizados, en el mismo ámbito, en el ítem 3.5.a, sugiere definir si está ligado a establecer una alianza estratégica al respecto, ya que, al menos en el sistema público esta modalidad no cuenta con este tipo de transporte.

Referido al ámbito de acceso, oportunidad y continuidad de la atención, al igual que otros de los expertos, el Sr. Poblete, también reflexiona sobre, si debería ser este el modelo de Triage a utilizar.

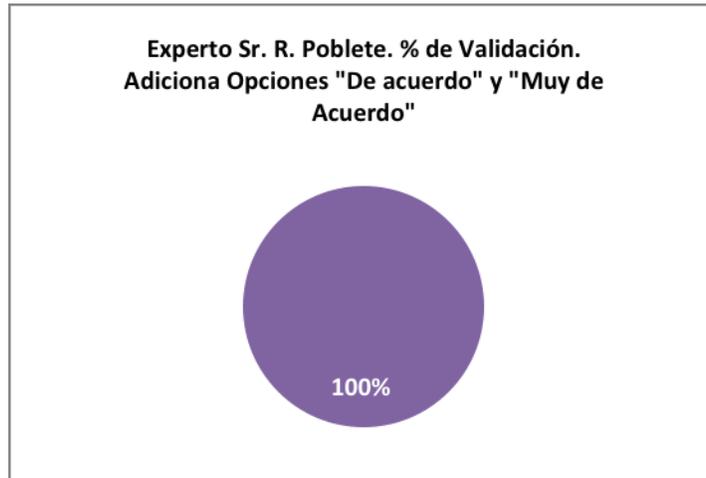
Los **gráficos N° 22 y N° 23**, muestran la opinión del experto.

**Gráfico N° 22.- Consolidado Total por tipo de respuestas a Encuesta. Experto: Enfermero – Reanimador, Sr. Roberto Poblete.**



**Fuente:** Datos obtenidos de la "Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a partir de la Opinión de Expertos, del Manual del Estándar General y Pauta de Cotejo, para Acreditación de prestadores institucionales en Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias", generado para el presente trabajo de Tesis.

**Gráfico N° 23.-** Porcentaje sumado de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo”.  
Experto: Enfermero – Reanimador, Sr. Roberto Poblete.



**Fuente:** Datos obtenidos de la “Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a partir de la Opinión de Expertos, del Manual del Estándar General y Pauta de Cotejo, para Acreditación de prestadores institucionales en Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias”, generado para el presente trabajo de Tesis.



**Experto: Dr. Juan Carlos Ponce Martínez.**

El Dr. Ponce, responde la encuesta con una aprobación del 100 %, con 163 respuestas “Muy de Acuerdo” y 4 respuestas “De acuerdo”.

Este experto, no hace comentarios ni sugerencias al margen de la evaluación realizada en la encuesta pero en su correo de respuesta, el Dr. Ponce, menciona que es un tema de tesis interesante que apunta a un problema existente en nuestro país, como lo es el hecho de disponer un adecuado marco regulatorio en la atención pre hospitalaria.

Menciona que en HELP S.A., empresa Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias, donde él es Médico Director, con el objetivo de asegurar las mejores prácticas y calidad en la atención de nuestros pacientes, han desarrollado normas y guías, así como la creación de Unidades de Calidad y de Gestión de riesgo, que nos ha ofrecido conocer, discutir y compartir experiencias.

Más adelante el propio Dr. Ponce, plantea que en el entendido de que hoy los sistemas de Acreditación para las Instituciones de Salud son una realidad, y que

desgraciadamente en lo que se refiere a la atención pre hospitalaria no hay absolutamente nada, nuestra tesis apunta justamente a resolver este sería falencia.

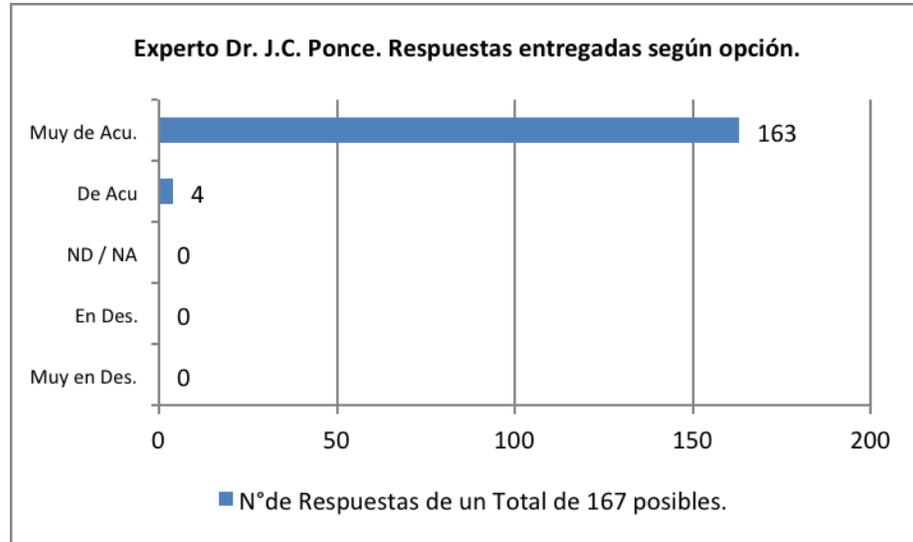
En términos generales se manifiesta muy de acuerdo con el objetivo en lo que se refiere a “Sistemas de Atención de Urgencia Pre Hospitalaria”, y plantea que no sea exclusivo para el SAMU, sino inclusivo para el resto de los sistemas de Atención Pre Hospitalarios privados, tanto de alta como de baja complejidad existentes en el resto del país.

Plantea además, coincidiendo con la mayoría de los expertos, lo que se refiere a consentimiento informado en la atención pre hospitalaria, en lo referente Ficha Clínica, sugiere avanzar al concepto de Ficha Electrónica, integrando regulación e intervención, así como aplicar la tecnología existente en las radiocomunicaciones.

El Dr. Ponce, finaliza su correo, con una frase, que nos hace mucho sentido, desde la perspectiva de la integración de lo público y privado, en el beneficio de nuestros pacientes y cito: “...espero haber podido ayudar en algo, si te va bien en esta Tesis, como así lo creo, no solo nos va bien a todos los que nos dedicamos al pre hospitalario, sino que los más favorecidos serán nuestros pacientes”.

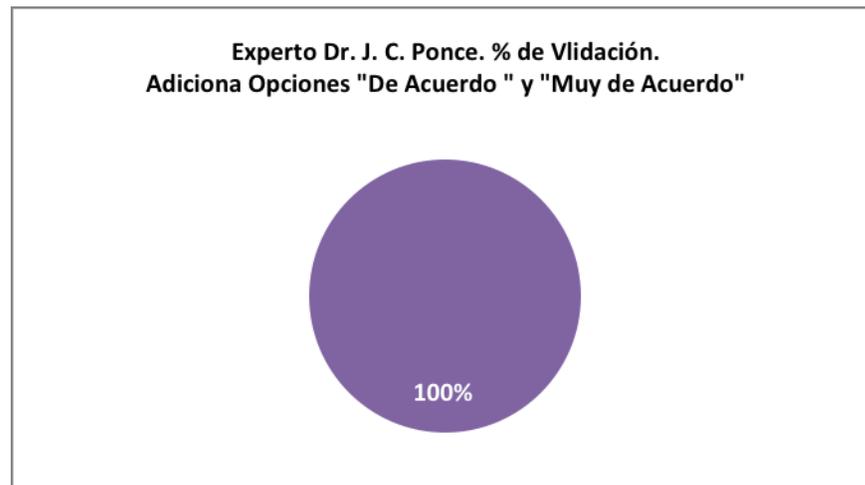
Los **gráficos N° 24 y N° 25**, muestran la opinión del experto.

**Gráfico N° 24.- Consolidado Total por tipo de respuestas a Encuesta. Experto: Dr. Juan Carlos Ponce.**



**Fuente:** Datos obtenidos de la "Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a partir de la Opinión de Expertos, del Manual del Estándar General y Pauta de Cotejo, para Acreditación de prestadores institucionales en Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias", generado para el presente trabajo de Tesis.

**Gráfico N° 25.- Porcentaje sumado de respuestas "De acuerdo" y "Muy de acuerdo". Experto: Dr. Juan Carlos Ponce.**



**Fuente:** Datos obtenidos de la "Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a partir de la Opinión de Expertos, del Manual del Estándar General y Pauta de Cotejo, para Acreditación de prestadores institucionales en Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias", generado para el presente trabajo de Tesis.



**Experto: Dr. Leonardo Ristori Hernández.**

El Profesor Ristori, en su encuesta, responde con un 95 % de aprobación, 143 respuestas “Muy de Acuerdo”, 16 respuestas “De acuerdo”, 3 respuestas “Ni en desacuerdo, ni de acuerdo” y 5 respuestas “En desacuerdo”. En su carta introductoria a la encuesta contestada, manifiesta que encuentra muy bueno el documento de “Pauta de Acreditación”, exhaustivo, extenso, necesario y útil, en el entendido de que necesitamos en Chile un “formato común y una base mínima de calidad a la actividad pre hospitalaria en Chile”. Manifiesta la necesidad y refiere la ausencia en el documento de la existencia de convenios inter – institucionales.

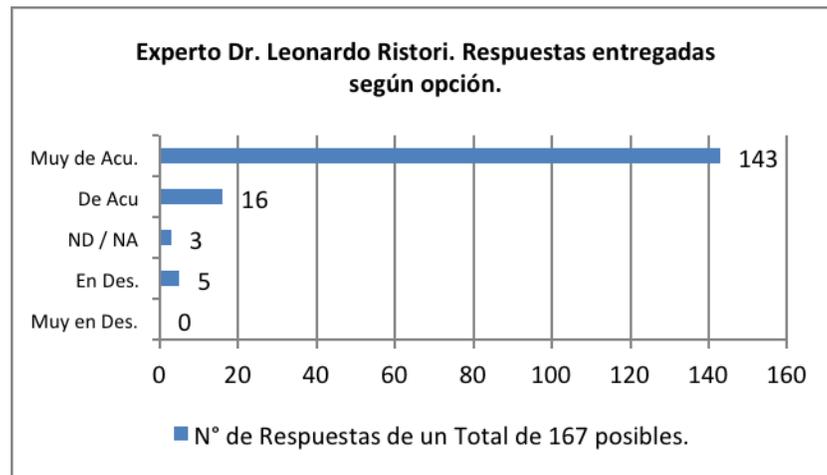
Referido al ámbito de Respeto a la Dignidad del Paciente, el Dr. Ristori, manifiesta al igual que otros expertos, la necesidad de establecer diferencias en algunos casos.

Respecto al ámbito 2, Gestión de Calidad, comenta que no hay mención sobre inmunizaciones preventivas, rutinarias para el personal. Y nuevamente, como otros expertos, menciona la necesidad de seguros para los funcionarios.

Sobre el ámbito 5, Competencias del Recurso Humano, hace una reflexión sobre la existencia de programas de capacitación y actualización, pero hay ausencia de vigilancia y obligatoriedad de cumplimiento de esta enseñanza.

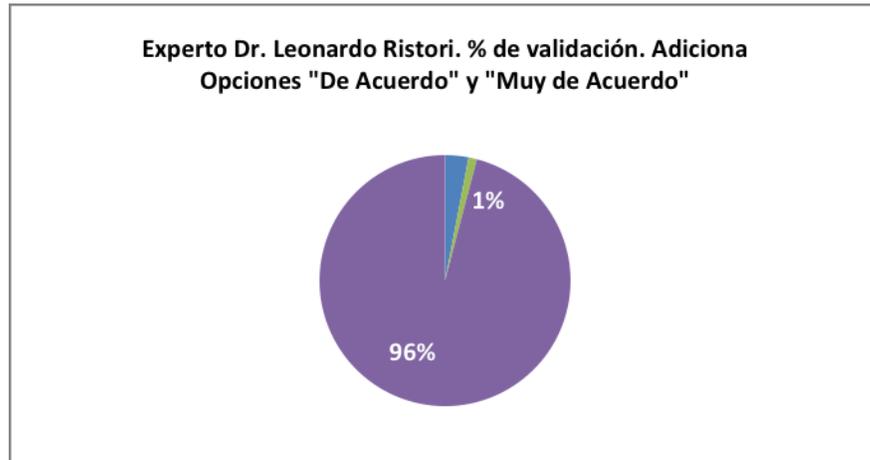
Los **gráficos N° 26 y N° 27**, muestran la opinión del experto.

**Gráfico N° 26.-** Consolidado Total por tipo de respuestas a Encuesta. Experto: Dr. Leonardo Ristori.



**Fuente:** Datos obtenidos de la "Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a partir de la Opinión de Expertos, del Manual del Estándar General y Pauta de Cotejo, para Acreditación de prestadores institucionales en Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias", generado para el presente trabajo de Tesis.

**Gráfico N° 27.-** Porcentaje sumado de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo”.  
Experto: Dr. Leonardo Ristori.



**Fuente:** Datos obtenidos de la “Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a partir de la Opinión de Expertos, del Manual del Estándar General y Pauta de Cotejo, para Acreditación de prestadores institucionales en Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias”, generado para el presente trabajo de Tesis.



**Experta: Sra. Angelina Santibáñez Henríquez.**

La encuesta respondida por la experta, posee una aprobación del 93 %, con 150 respuestas “Muy de Acuerdo”, 5 respuestas “De acuerdo” y 12 respuestas “Ni en desacuerdo, ni de acuerdo”.

Entre los comentarios de esta experta, en lo referente al ámbito de gestión de calidad, en el ítem 2.6.d, sugiere la conformación de un plan para conformar comité operativo de emergencias Institucional.

Sobre el ámbito Gestión Clínica, ítem 3.6, en el componente completo, sugiere incorporar un registro y seguimiento de Eventos Adversos (EA) y en el ítem 3.7, sugiere modificar el texto que incluya en alguna parte la frase “adaptado o adecuado a la modalidad de atención sanitaria de urgencia pre hospitalaria”

Referente al ámbito acceso, oportunidad y continuidad de la atención, en los ítems 4.3.a, 4.4.b y 4.5.a, se sugiere una nueva redacción.

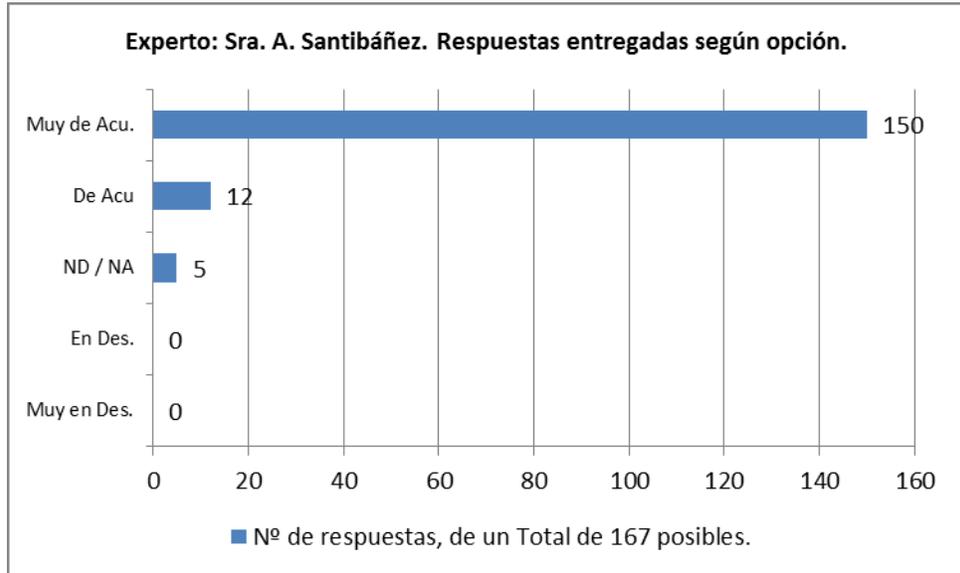
En el ámbito Recursos Humanos, al igual que otros expertos, sugiere que se definan funciones, capacidades, competencias, habilitaciones, etc.

Al igual que otros expertos, la Sra. Angelina Santibáñez, coincide en que equipamientos e instalaciones deben contar con estándares mínimos, definidos por expertos.

En el correo de respuesta con la encuesta, esta experta en atención de urgencia pre hospitalaria, refiere que le parece un “*excelente trabajo, minucioso, estructurado, idealista (positivamente) y exigente*”.

Los **gráficos N° 28 y N° 29**, muestran la opinión de esta experta.

**Gráfico N° 28.- Consolidado Total por tipo de respuestas a Encuesta. Experto: Enfermera – Matrona y Reanimadora, Sra. Angelina Santibáñez.**



**Fuente:** Datos obtenidos de la "Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a partir de la Opinión de Expertos, del Manual del Estándar General y Pauta de Cotejo, para Acreditación de prestadores institucionales en Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias", generado para el presente trabajo de Tesis.

**Gráfico N° 29.- Porcentaje sumado de respuestas "De acuerdo" y "Muy de acuerdo". Enfermera – Matrona y Reanimadora, Sra. Angelina Santibáñez.**



**Fuente:** Datos obtenidos de la "Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a partir de la Opinión de Expertos, del Manual del Estándar General y Pauta de Cotejo, para Acreditación de prestadores institucionales en Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias", generado para el presente trabajo de Tesis.

***Expertos internacionales.***

Con relación a los expertos extranjeros, solo respondieron dos de ellos, la Dra. Carmen Limiñana y el Dr. Michel Martínez Almoyna, la comprensión del ejercicio y la respuesta a la encuesta, en general fue bien valorada, desde la perspectiva que es un trabajo detallado y extenso, sobre la validación de contenido, obtuvimos opiniones de expertos que no conociendo los procesos de Acreditación y el detalle legal de la realidad chilena, igualmente nos entregaron sus comentarios y notas.



***Dra. María Carmen Limiñana Asensi.***

La Dra. Limiñana, su porcentaje de acuerdo fue de un 51%, 61 respuestas como “Muy de acuerdo”, 24 respuestas “De acuerdo”, en 81 ocasiones manifestó “Ni de acuerdo, ni en desacuerdo”, manifestando indecisión, creemos que por desconocimiento de los procesos legales y administrativos chilenos y no existiendo respuestas como “En desacuerdo” y una “Muy en desacuerdo”, en el ítem 1.2.c, referido a la existencia de algún documento que indique pasos a seguir en caso que el paciente este imposibilitado de consentir . Este último punto es muy importante ya que es el único experto que

contempla una respuesta tan categórica, que creemos, se debió a una interpretación del enunciado, ya que si bien la mayoría de los expertos nacionales, hicieron señalamientos y recomendaciones sobre el mismo punto, todos lo ven como necesario, con las excepciones y análisis necesarios, como se ve reflejado en varias de las encuestas.

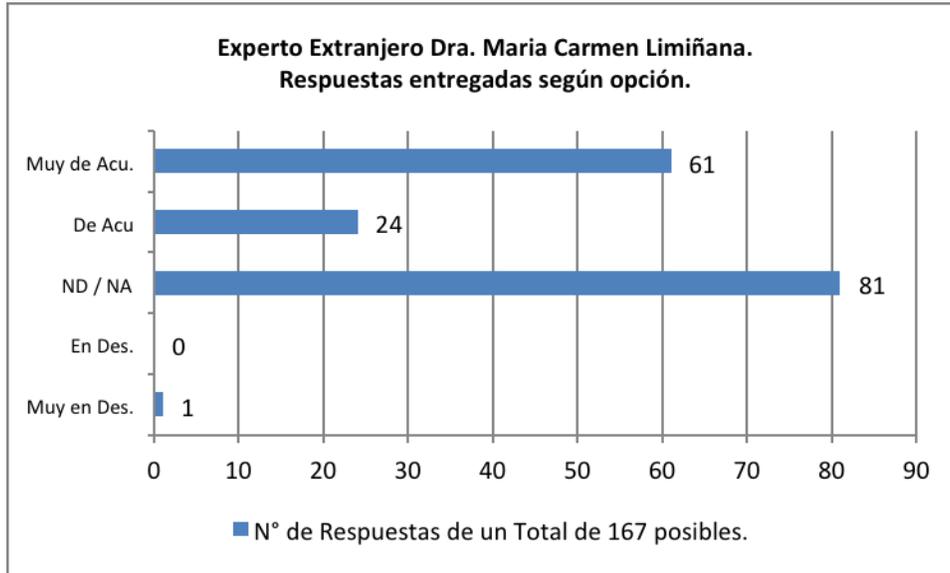


***Dr. Miguel Martínez Almoyna.***

Al Profesor Martínez Almoyna, le pareció, desde su apreciación, burocrático y distante de su apreciación de la medicina extra hospitalaria, con una visión externa muy crítica, basado evidentemente en su experiencia como experto en la materia, por lo que hizo comentarios en el documento del “*Manual del Estándar General de Acreditación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios*” (***Apéndice N° 1***), no respondiendo la encuesta en sí, sino más bien comentando algunos puntos conceptuales en el mismo documento antes mencionado. El documento in extenso y copia de los correos donde el expone sus apreciaciones, están ***Apéndice N° 5***.

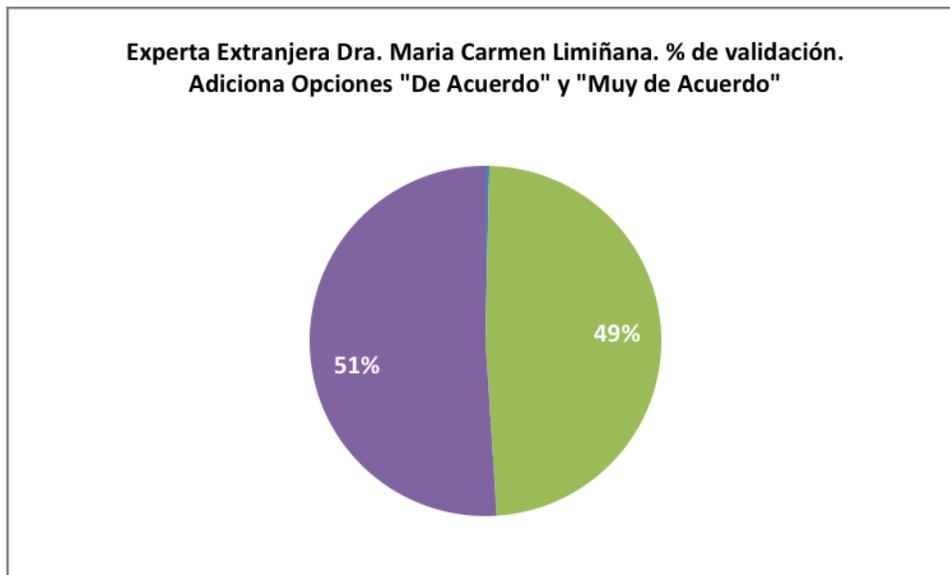
Los ***gráficos N° 30 y N° 31***, muestran la opinión de esta experta extranjera.

**Gráfico N° 30.- Consolidado Total por tipo de respuestas a Encuesta. Experta Extranjera: Dra. María Carmen Limiñana A.**



**Fuente:** Datos obtenidos de la "Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a partir de la Opinión de Expertos, del Manual del Estándar General y Pauta de Cotejo, para Acreditación de prestadores institucionales en Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias", generado para el presente trabajo de Tesis.

**Gráfico N° 31.- Porcentaje sumado de respuestas "De acuerdo" y "Muy de acuerdo". Experta Extranjera: Dra. María Carmen Limiñana A.**



**Fuente:** Datos obtenidos de la "Encuesta de Evaluación y Validación de Contenido a partir de la Opinión de Expertos, del Manual del Estándar General y Pauta de Cotejo, para Acreditación de prestadores institucionales en Modalidad de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias", generado para el presente trabajo de Tesis.

***Cap. IV – Parte 3.- Análisis y Resultados del Ejercicio de Aplicación de la Propuesta de Pauta de Cotejo del Manual del Estándar General de Acreditación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios, en el Sistema de Atención Médica de Urgencias en la Región de la Araucanía.***

Es importante mencionar que el *Ejercicio de Aplicación de la Propuesta de Pauta de Cotejo del Manual del Estándar General de Acreditación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios, en el Sistema de Atención Médica de Urgencias en la Región de la Araucanía*, es solo una aplicación piloto y como ejercicio y posee los inconvenientes propios de ello.

El ***primer inconveniente*** es producto de la aplicación del Instrumento Generado, ya que fue en el mismo Sistema Pre Hospitalario del postulante a magister y autor del presente trabajo y se hizo de esa forma, ya que siendo el mismo Director Regional de esa Organización, es conocedor de todos los detalles del Sistema, ya que en los últimos 7 años, es quien ha encabezado el proceso de transformación y consolidación organizativa de dicha organización. Este inconveniente podemos eliminarlo, aplicando el instrumento generado, por una comisión de acreditación externa, en el mismo sistema donde se probó el instrumento.

El ***segundo inconveniente***, se manifiesta en que el propio autor aplicó la pauta de cotejo a su propia organización, toda vez que para efectos de la presente Tesis, se necesita conocer cuál es su real aplicación, queda claro que en ello hubo transparencia y autocrítica en la aplicación de ésta, en ningún caso se pretende que el instrumento generado, sea validado por la aplicación de éste en el SAMU Araucanía, esa validación deberá ser en un segundo tiempo y para efectos de otro trabajo, en otra institución de atención sanitaria de urgencia pre hospitalaria. Este se evita y soluciona, tal como se plantea arriba, aplicándolo en otro SAMU o sistema privado de la modalidad de atención.

El ***tercer inconveniente*** dice relación con que en este instrumento y esta pauta de cotejo, no se realizó selección de características obligatorias como es tradicional en el Sistema de Acreditación vigente en Chile, sino que se tomaron todas las características como válidas y necesarias, esto específicamente para evaluar en la práctica, cuales son las que ostentan el mayor peso una vez consensuado con otros profesionales del sistema. Este se solucionara en el tiempo, cuando el instrumento haya sido aplicado por expertos en varios sistemas de atención de urgencia pre hospitalarios y se den las condiciones para comparar los resultados y los informes de la aplicación.

Conocidos y planteados los inconvenientes, pasaremos a desarrollar los resultados de la aplicación de la “Pauta de Cotejo” generada en el Sistema de Atención Medica de Urgencias actualmente funcionando en la Región de la Araucanía.

Resultados de la aplicación al Sistema de Atención Médica de Urgencias de la Región de la Araucanía, de la *“Pauta de Cotejo del Manual del Estándar General de Acreditación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalaria”* generada.

**Cap. IV – Parte 3.1.- Análisis y Resultados por ámbitos, del Ejercicio de Aplicación del Instrumento Generado en el Sistema de Atención Médica de Urgencias en la Región de la Araucanía.**

A continuación se detallan con una Tabla y un Gráfico, cada uno de los resultados obtenidos por ámbitos, en el ejercicio de aplicación del instrumento, y se hace una breve explicación de las razones de cada uno de los resultados.

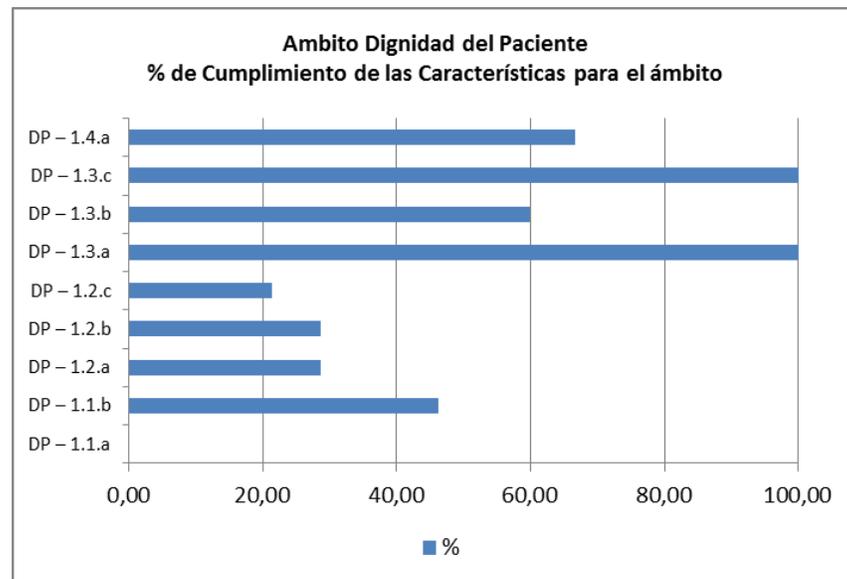
Resultados para el *Ámbito 1.- Respeto a la Dignidad del Paciente (DP)*,

**Tabla 19.-** *Ámbito N° 1. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía.*

Ámbito 1.- Respeto a la Dignidad del Paciente (DP)	Puntos de Verificación Cumplidos	Puntos de Verificación No Cumplidos	% de Cumplimiento
DP - 1.1.a	0	12	0,00
DP - 1.1.b	6	13	46,15
DP - 1.2.a	4	14	28,57
DP - 1.2.b	4	14	28,57
DP - 1.2.c	3	14	21,43
DP - 1.3.a	8	8	100,00
DP - 1.3.b	6	10	60,00
DP - 1.3.c	21	21	100,00
DP - 1.4.a	10	15	66,67

Fuente: Generación Propia, datos obtenidos de la Pauta Aplicada. SAMU Araucanía.

**Gráfico N° 32.-** *Ámbito N° 1. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía.*



Fuente: Generación Propia, datos obtenidos de la Pauta Aplicada. SAMU Araucanía.

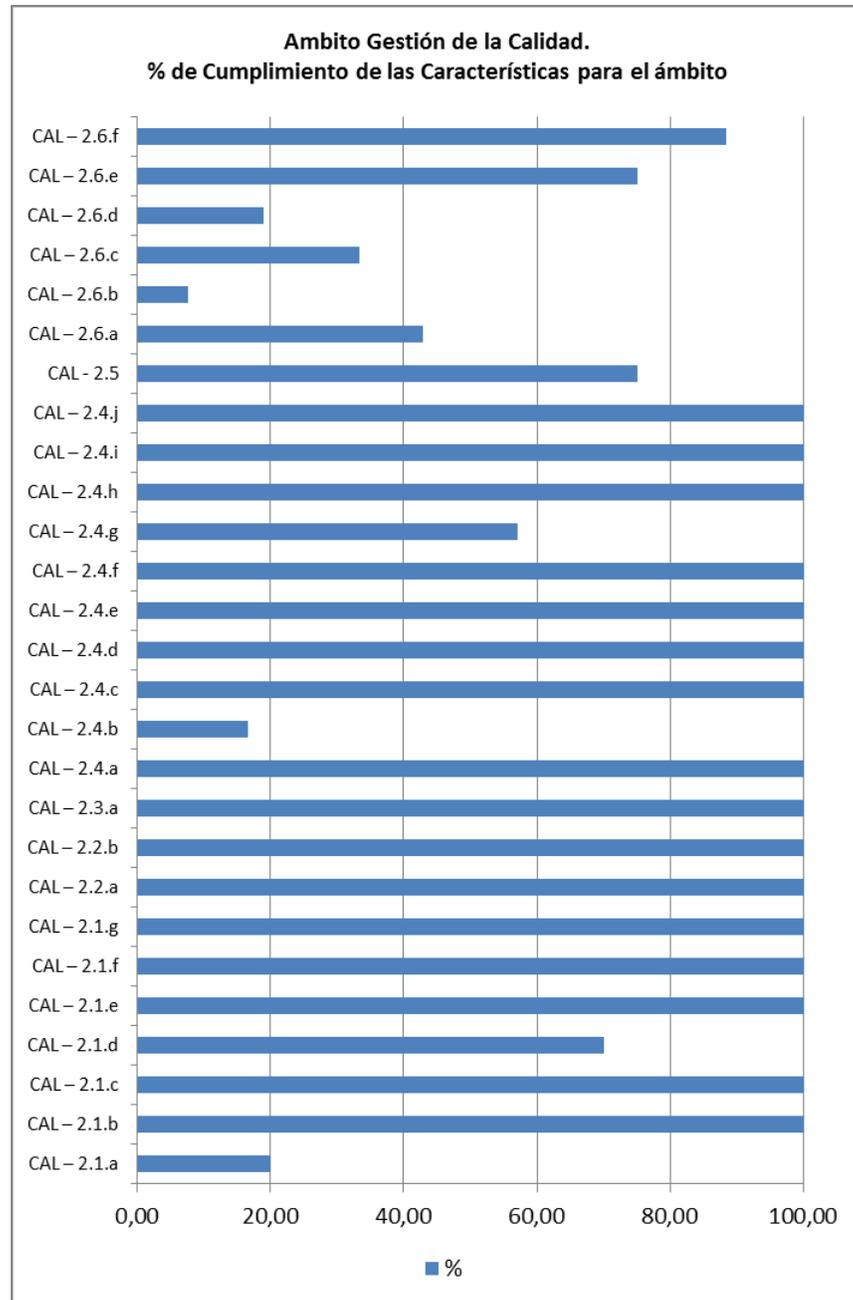
Resultados para el *Ámbito 2.- Gestión de la Calidad (CAL)*.

**Tabla 20.-** *Ámbito N° 2. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía.*

Ámbito 2.- Gestión de la Calidad (CAL)	Puntos de Verificación Cumplidos	Puntos de Verificación No Cumplidos	% de Cumplimiento
CAL - 2.1.a	1	5	20,00
CAL - 2.1.b	12	12	100,00
CAL - 2.1.c	10	10	100,00
CAL - 2.1.d	7	10	70,00
CAL - 2.1.e	5	5	100,00
CAL - 2.1.f	5	5	100,00
CAL - 2.1.g	5	5	100,00
CAL - 2.2.a	10	10	100,00
CAL - 2.2.b	4	4	100,00
CAL - 2.3.a	16	16	100,00
CAL - 2.4.a	5	5	100,00
CAL - 2.4.b	2	12	16,67
CAL - 2.4.c	6	6	100,00
CAL - 2.4.d	7	7	100,00
CAL - 2.4.e	7	7	100,00
CAL - 2.4.f	7	7	100,00
CAL - 2.4.g	8	14	57,14
CAL - 2.4.h	7	7	100,00
CAL - 2.4.i	7	7	100,00
CAL - 2.4.j	7	7	100,00
CAL - 2.5	6	8	75,00
CAL - 2.6.a	3	7	42,86
CAL - 2.6.b	1	13	7,69
CAL - 2.6.c	2	6	33,33
CAL - 2.6.d	4	21	19,05
CAL - 2.6.e	9	12	75,00
CAL - 2.6.f	38	43	88,37

Fuente: Generación Propia, datos obtenidos de la Pauta Aplicada. SAMU Araucanía.

**Gráfico N° 33.-** *Ámbito N° 2. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía.*



**Fuente:** Generación Propia, datos obtenidos de la Pauta Aplicada. SAMU Araucanía.

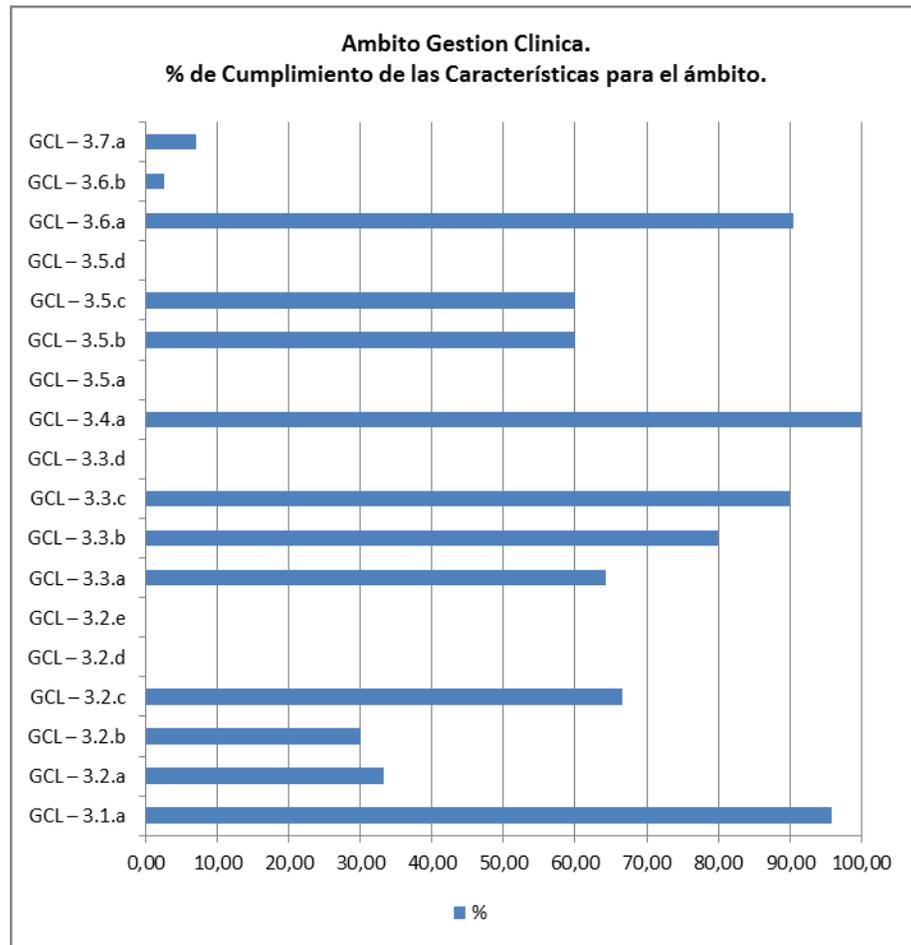
Resultados para el *Ámbito 3.- Gestión Clínica (GC)*.

**Tabla 21.-** *Ámbito N° 3. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía.*

Ámbito 3 – Gestión Clínica (GCL)	Puntos de Verificación Cumplidos	Puntos de Verificación No Cumplidos	% de Cumplimiento
GCL – 3.1.a	47	49	95,92
GCL – 3.2.a	7	21	33,33
GCL – 3.2.b	3	10	30,00
GCL – 3.2.c	4	6	66,67
GCL – 3.2.d	0	11	0,00
GCL – 3.2.e	0	11	0,00
GCL – 3.3.a	9	14	64,29
GCL – 3.3.b	8	10	80,00
GCL – 3.3.c	9	10	90,00
GCL – 3.3.d	NA	NA	NA
GCL – 3.4.a	5	5	100,00
GCL – 3.5.a	0	15	0,00
GCL – 3.5.b	9	15	60,00
GCL – 3.5.c	9	15	60,00
GCL – 3.5.d	0	15	0,00
GCL – 3.6.a	19	21	90,48
GCL – 3.6.b	1	37	2,70
GCL – 3.7.a	1	14	7,14

Fuente: Generación Propia, datos obtenidos de la Pauta Aplicada. SAMU Araucanía.

**Gráfico N° 34.-** *Ámbito N° 3. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía.*



**Fuente:** Generación Propia, datos obtenidos de la Pauta Aplicada. SAMU Araucanía.

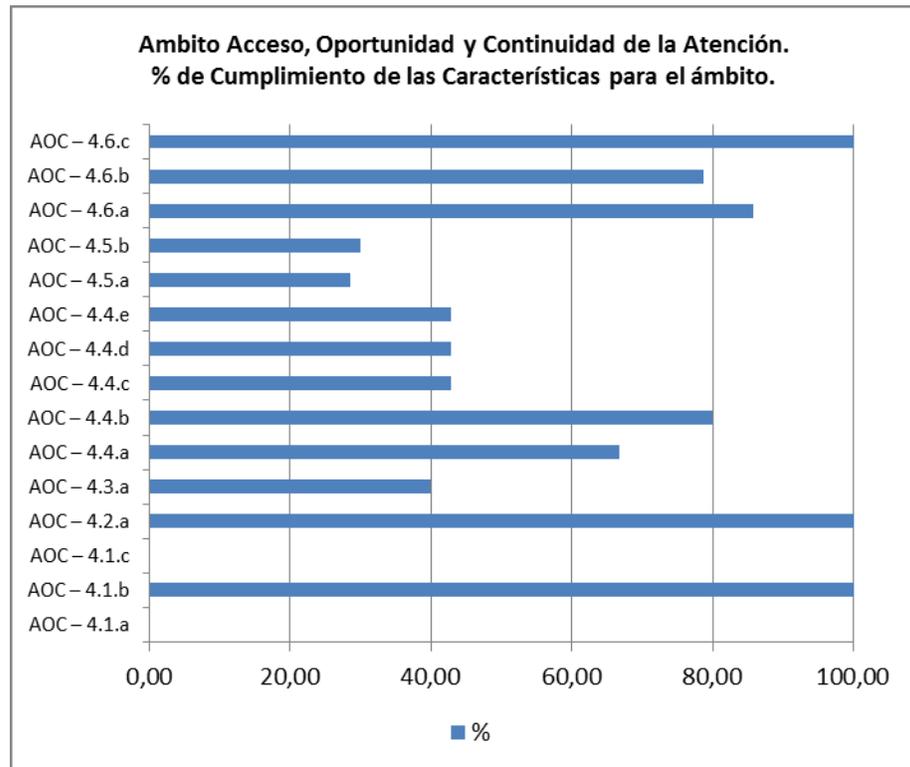
Resultados para el *Ámbito 4.- Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención (AOC)*.

*Tabla 22.- Ámbito N° 4. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía.*

Ámbito 4 – Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención (AOC)	Puntos de Verificación Cumplidos	Puntos de Verificación No Cumplidos	% de Cumplimiento
AOC – 4.1.a	0	10	0,00
AOC – 4.1.b	10	10	100,00
AOC – 4.1.c	0	10	0,00
AOC – 4.2.a	12	12	100,00
AOC – 4.3.a	4	10	40,00
AOC – 4.4.a	8	12	66,67
AOC – 4.4.b	16	20	80,00
AOC – 4.4.c	6	14	42,86
AOC – 4.4.d	6	14	42,86
AOC – 4.4.e	6	14	42,86
AOC – 4.5.a	6	21	28,57
AOC – 4.5.b	6	20	30,00
AOC – 4.6.a	18	21	85,71
AOC – 4.6.b	26	33	78,79
AOC – 4.6.c	11	11	100,00

Fuente: Generación Propia, datos obtenidos de la Pauta Aplicada. SAMU Araucanía.

**Gráfico N° 35.-** *Ámbito N° 4. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía.*



**Fuente:** Generación Propia, datos obtenidos de la Pauta Aplicada. SAMU Araucanía.

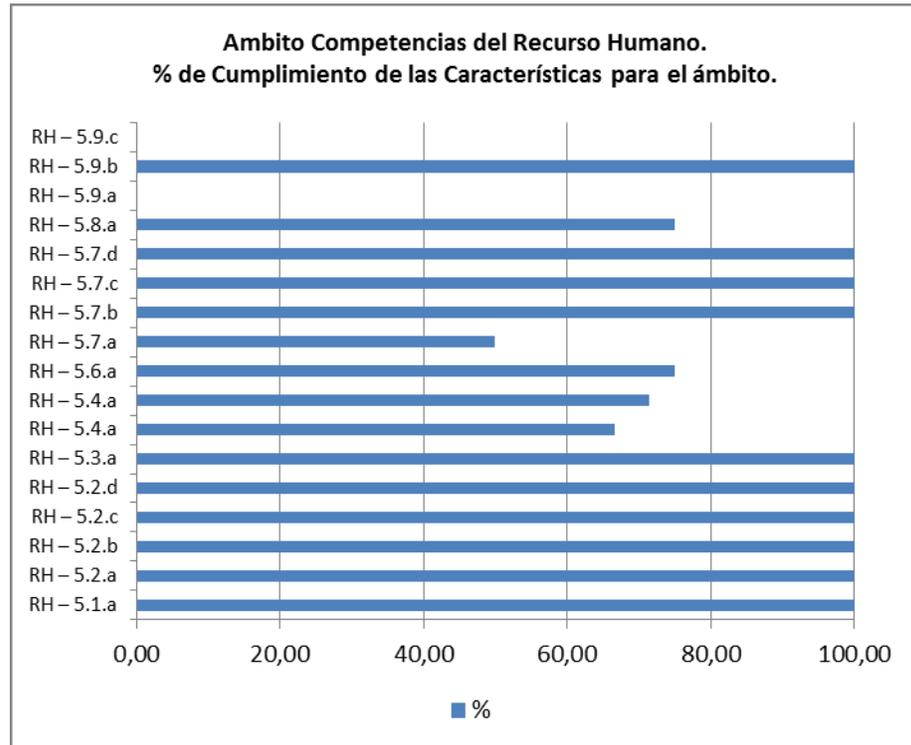
Resultados para el *Ámbito 5.- Competencias del Recurso Humano (RH)*.

**Tabla 23.-** *Ámbito N° 5. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía.*

Ámbito 5 – Competencias del Recurso Humano (RH)	Puntos de Verificación Cumplidos	Puntos de Verificación No Cumplidos	% de Cumplimiento
RH – 5.1.a	13	13	100,00
RH – 5.2.a	14	14	100,00
RH – 5.2.b	13	13	100,00
RH – 5.2.c	13	13	100,00
RH – 5.2.d	12	12	100,00
RH – 5.3.a	8	8	100,00
RH – 5.4.a	4	6	66,67
RH – 5.4.a	10	14	71,43
RH – 5.6.a	6	8	75,00
RH – 5.7.a	2	4	50,00
RH – 5.7.b	4	4	100,00
RH – 5.7.c	4	4	100,00
RH – 5.7.d	4	4	100,00
RH – 5.8.a	3	4	75,00
RH – 5.9.a	0	4	0,00
RH – 5.9.b	4	4	100,00
RH – 5.9.c	0	5	0,00

Fuente: Generación Propia, datos obtenidos de la Pauta Aplicada. SAMU Araucanía.

**Gráfico N° 36.-** *Ámbito N° 5. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía.*



**Fuente:** Generación Propia, datos obtenidos de la Pauta Aplicada. SAMU Araucanía.

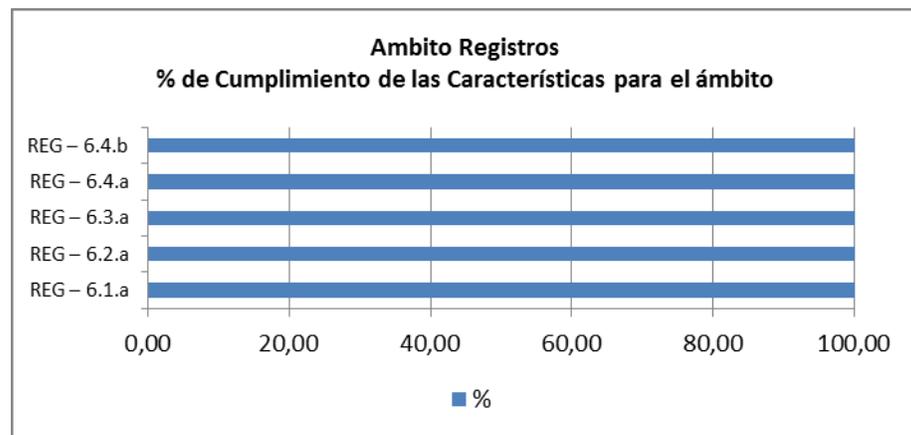
Resultados para el **Ámbito 6.- Registros (REG)**.

**Tabla 24.-** *Ámbito N° 6. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía.*

Ámbito 6 – Registros (REG)	Puntos de Verificación Cumplidos	Puntos de Verificación No Cumplidos	% de Cumplimiento
REG – 6.1.a	13	13	100,00
REG – 6.2.a	22	22	100,00
REG – 6.3.a	9	9	100,00
REG – 6.4.a	9	9	100,00
REG – 6.4.b	9	9	100,00

Fuente: Generación Propia, datos obtenidos de la Pauta Aplicada. SAMU Araucanía.

**Gráfico N° 37.-** *Ámbito N° 6. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía.*



Fuente: Generación Propia, datos obtenidos de la Pauta Aplicada. SAMU Araucanía.

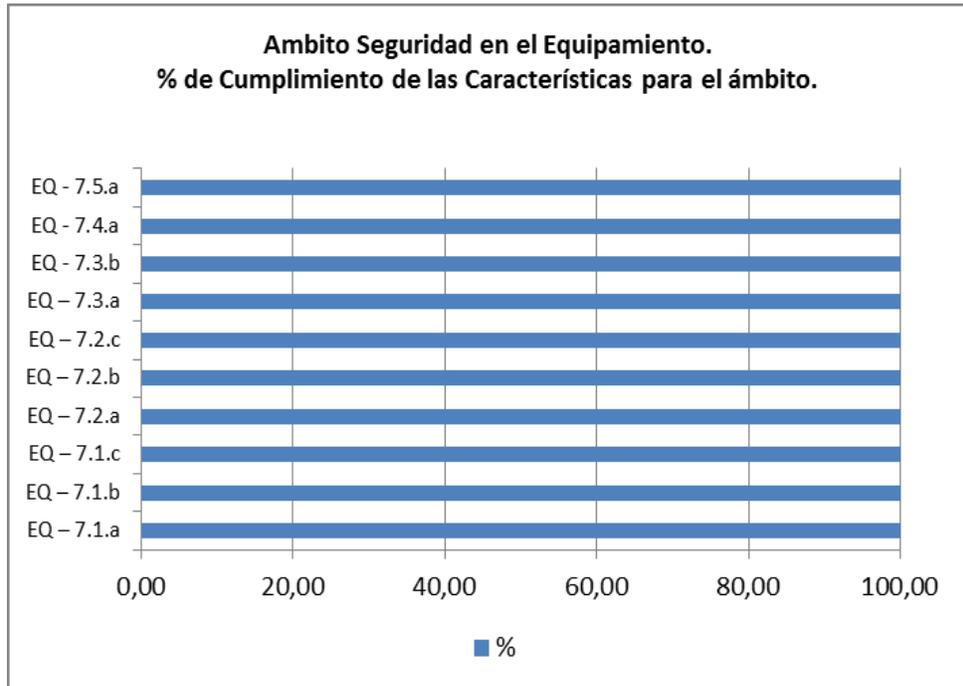
Resultados para el *Ámbito 7.- Seguridad del Equipamiento (EQ)*.

**Tabla 25.-** *Ámbito N° 7. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía.*

Ámbito 7 – Seguridad del Equipamiento (EQ).	Puntos de Verificación Cumplidos	Puntos de Verificación No Cumplidos	% de Cumplimiento
EQ – 7.1.a	16	16	100,00
EQ – 7.1.b	32	32	100,00
EQ – 7.1.c	32	32	100,00
EQ – 7.2.a	16	16	100,00
EQ – 7.2.b	32	32	100,00
EQ – 7.2.c	32	32	100,00
EQ – 7.3.a	2	2	100,00
EQ - 7.3.b	2	2	100,00
EQ - 7.4.a	3	3	100,00
EQ - 7.5.a	6	6	100,00

**Fuente:** Generación Propia, datos obtenidos de la Pauta Aplicada. SAMU Araucanía.

**Gráfico N° 38.-** *Ámbito N° 7. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía.*



**Fuente:** Generación Propia, datos obtenidos de la Pauta Aplicada. SAMU Araucanía.

Resultados para el *Ámbito 8.- Seguridad de las Instalaciones (INS)*.

**Tabla 26.-** *Ámbito N° 8. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía.*

**Tabla N° 21.-** *Ámbito N° 8. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes.*

Ámbito 8 – Seguridad de las Instalaciones (INS).	Puntos de Verificación Cumplidos	Puntos de Verificación No Cumplidos	% de Cumplimiento
INS – 8.1.a	5	5	100,00
INS – 8.1.b	8	8	100,00
INS – 8.1.c	8	8	100,00
INS – 8.2.a	5	5	100,00
INS – 8.2.b	8	8	100,00
INS – 8.3.a	3	3	100,00
INS – 8.3.b	4	4	100,00
INS – 8.4.a	3	3	100,00
INS – 8.5.a	10	10	100,00
INS – 8.6.a	2	12	16,67
INS – 8.6.b	6	6	100,00

**Fuente:** Generación Propia, datos obtenidos de la Pauta Aplicada. SAMU Araucanía.

**Gráfico N° 39.-** *Ámbito N° 8. Puntajes de Verificación Cumplidos y no Cumplidos y sus porcentajes. Resultado aplicación en SAMU Araucanía.*

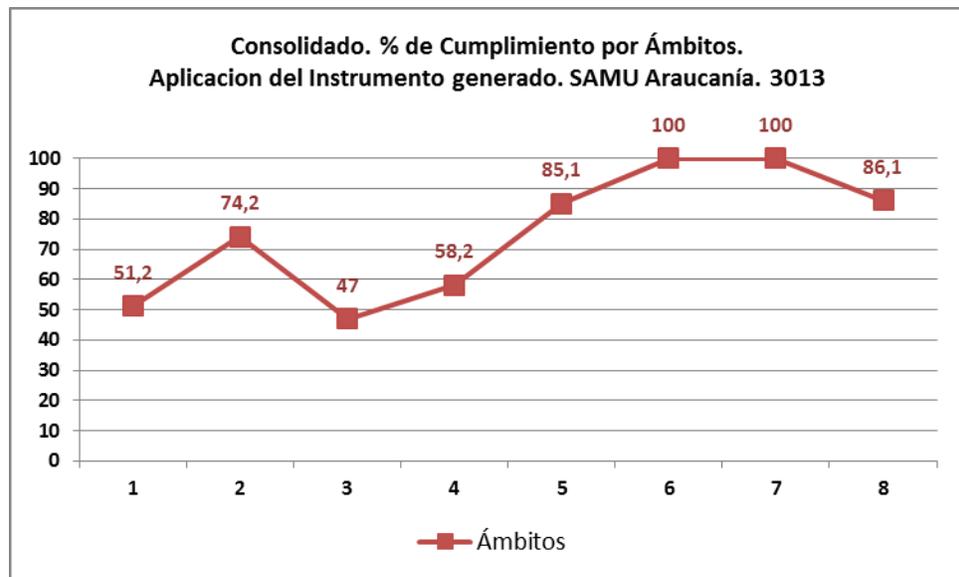


**Fuente:** Generación Propia, datos obtenidos de la Pauta Aplicada. SAMU Araucanía.

### Cap. IV – Parte 3.2.- Análisis y Resultados globales del Ejercicio de Aplicación del Instrumento Generado en el Sistema de Atención Médica de Urgencias en la Región de la Araucanía.

En esta parte, mostramos en forma general, los resultados obtenidos como institución una vez realizada la aplicación de la Pauta de Cotejo generada para la modalidad de atención. En el Grafico N° 40, se observa con que porcentajes el SAMU Araucanía, sería capaz de cumplir con las exigencias de este instrumento de acreditación por ámbitos en general.

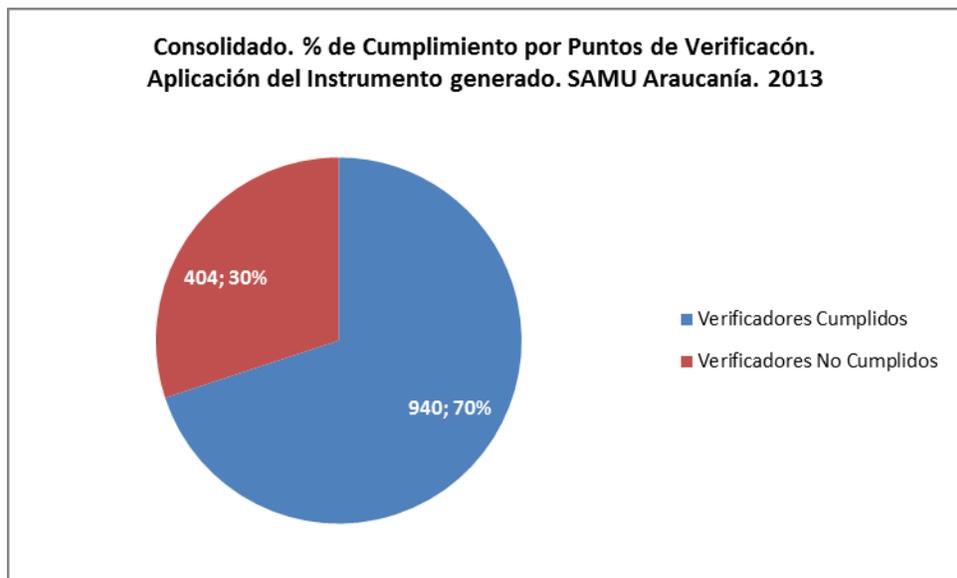
**Gráfico N° 40.- Consolidado. Porcentaje de Cumplimiento por Ámbitos. Aplicación del Instrumento en SAMU Araucanía.**



Fuente: Generación Propia, datos obtenidos de la Pauta Aplicada. SAMU Araucanía.

En el Grafico N° 41, se observa que porcentaje de Verificadores cumplidos obtuvo el el SAMU Araucanía, con las exigencias de este instrumento de acreditación por Puntos de Verificación.

**Gráfico N° 41.- Consolidado. Porcentajes de Cumplimiento por Puntos de Verificación. Aplicación del Instrumento en SAMU Araucanía.**



**Fuente:** Generación Propia, datos obtenidos de la Pauta Aplicada. SAMU Araucanía.

***Cap. IV – Parte 4.- Resultados Finales del Trabajo de Creación de un Instrumento para la Acreditación de Prestadores Institucionales de Atención Sanitaria de Urgencias Pre Hospitalarias.***

Finalmente luego de haber recibido los comentarios, acotaciones, críticas y sugerencias realizadas por los Expertos Nacionales y Extranjeros, que participaron en el proceso de “Validación a través de Expertos en Atención de Urgencia Pre Hospitalaria”, durante el periodo de agosto a diciembre de 2013, se redactan las versiones finales y definitivas, para el presente trabajo, de el “***Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalaria***” (Apéndice N° 1), su “***Informe de Autoevaluación. Manual del Estándar General de Acreditación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios***” (Apéndice N° 2) y la “***Pauta de Cotejo. Manual del Estándar General de Acreditación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios.***” (Apéndice N° 3).

El instrumento generado, cuenta finalmente con Estos documentos constituyen una herramienta de generación de datos, obtención de información y generación de insumos, para políticas publicas futuras.

## **CAPITULO V – CONCLUSIONES**

### ***Primera Conclusión***

Sobre el objetivo específico de ***Diseñar y Validar un instrumento de acreditación para la modalidad de atención sanitaria de urgencia pre hospitalaria en Chile.***

Se generó el instrumento “*Manual del Estándar General de Acreditación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios*”, que incluye “*Formato para la Confeción del Informe de Autoevaluación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios*” y “*Pauta de Cotejo del Manual del Estándar General de Acreditación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios*” con la máxima exigencia, un umbral de cumplimiento de 100 %, para cada ítem, se mantuvieron todos los 167 verificadores y características, pensando que la aplicación, como ejercicio piloto en otros SAMU, puede dar luces de cuáles son las características obligatorias que deberíamos sostener para reducir la extensión de la Pauta de Cotejo y optimizarla en el presente instrumento de acreditación.

Este instrumento cumple con las exigencias, que para la ley chilena y lo establecido en las instrucciones ministeriales y superintendencia de salud, existen y se exigen al momento de Acreditar a prestadores institucionales de salud en las diferentes modalidades de atención sanitaria, sea ésta abierta, cerrada o específica de algún servicio de apoyo o la que estamos estudiando y para la cual se ha realizado el presente trabajo.

## ***Segunda Conclusión***

Sobre el objetivo específico de *Diseñar y Validar un instrumento de acreditación para la modalidad de atención sanitaria de urgencia pre hospitalaria en Chile.*

La validación del Instrumento Generado: “Manual del Estándar General de Acreditación para Sistemas de Atención Sanitaria de Urgencia Pre Hospitalarios”, a través de Estándares Internacionales y Modelos Vigentes en Chile, es más que evidente, ya que no realizamos modificaciones de estructura, ni lenguaje en el instrumento oficial de acreditación de la superintendencia de prestadores institucionales de salud para Chile, sino que modificamos y adecuamos los contenidos, acorde a las necesidades de una modalidad de atención sanitaria que posee su propia especificidad y complejidad.

Por su parte el proceso de Validación de Contenido, que realizamos a través de la Opinión de Expertos en Medicina Pre Hospitalaria, resulto muy exitoso, entregando una contundencia en los aspectos aprobatorios y recomendaciones, con un 100 % de aprobación del instrumento y comentarios sobre la necesidad, que en el contexto nacional ven, los expertos, en la materia a la existencia de un instrumento como este, y por otra parte, la importancia que estos mismos expertos ven en el instrumento, concordando en su evaluación.

Sobre los resultados de la opinión de los expertos extranjeros, los análisis realizados sobre el proceso de acreditación chileno, hizo que alguno de ellos, se marginaran, y así lo manifestaron, por desconocimiento de la realidad legal y sanitaria de Chile, así como de los procesos y formas de acreditación sanitaria para estos efectos. Los expertos extranjeros que contestaron nuestra solicitud, no invalidan el documento, pero tampoco lo validan, por desconocimiento de la legislación chilena.

### ***Tercera Conclusión***

Sobre el objetivo específico de ***Aplicar el instrumento de acreditación diseñado para la modalidad de atención sanitaria de urgencia pre hospitalaria en la Región de la Araucanía.***

La aplicación del instrumento de acreditación diseñado para la modalidad de atención sanitaria de urgencia pre hospitalaria en el Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) de la Región de la Araucanía, encontramos algunas situaciones que bien vale la pena mencionar, como que los sesgos son evidentes pero no invalidantes a nuestro entender, ya que el instrumento en una segunda instancia podría arrojar resultados similares aplicado en una estructura organizacional similar en otra región del país o más de uno.

El ejercicio de aplicación del instrumento generado en la región de la Araucanía y su sistema pre hospitalario de urgencias estatal, el SAMU Araucanía, fue engorroso y muy autocrítico. Toda vez que la organización evaluada o supuestamente sometida a acreditación es la organización que dirige el propio autor de esta tesis. Los resultados fueron satisfactorios a pesar de la poca preparación y sin haber existido un periodo de diagnóstico previo, tal como se realiza en el proceso nacional de acreditación de prestadores institucionales de salud.

### ***Cuarta Conclusión***

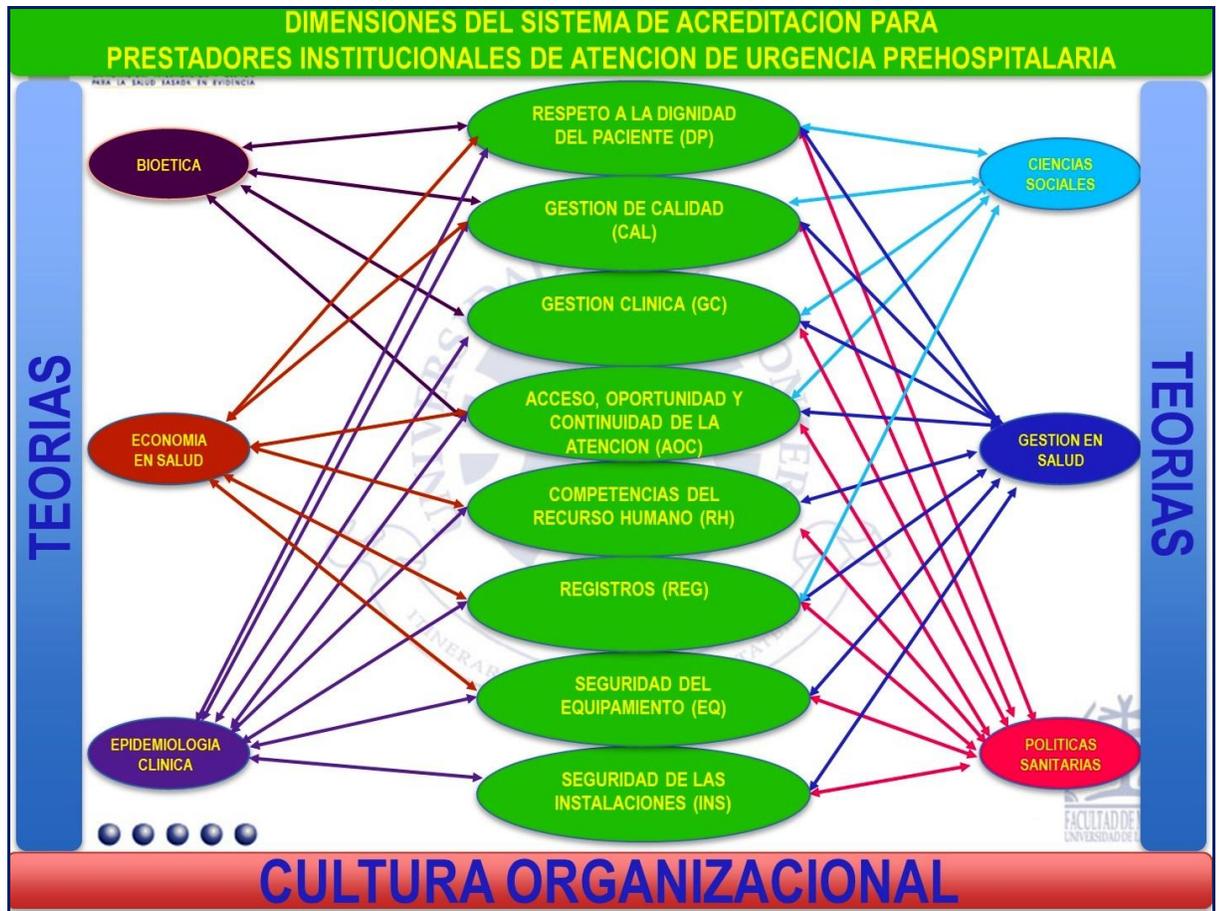
El instrumento generado, para los efectos del presente trabajo de tesis, está en condiciones de entregarlo a las autoridades, para su análisis, revisión, mejora y utilización, como patrón o piloto, para que pronto el sistema sanitario chileno cuente con un instrumento para la Acreditación Sanitaria de Instituciones de Salud que se desempeñan en la modalidad de atención sanitaria de urgencia pre hospitalaria.

### ***Quinta Conclusión***

La combinación e interrelación que se ejercita en el presente trabajo y el Instrumento Generado, va directamente relacionado con la aplicación de las Teorías Epidemiológicas y Sociales, que hemos aprendido en este Magister de Epidemiología Clínica y su aplicación en la generación de información de Salud, partiendo desde las Dimensiones o Ámbitos a Acreditar y la vinculación bidireccional e interdependiente que estas tienen con las Teorías estudiadas, donde queda muy claro, nítidamente demostrado que los resultados de la aplicación del Instrumento en algunas organizaciones o prestadores institucionales de atención de urgencia pre hospitalaria, generará los datos, antecedentes, evidencias e información necesarios, para en forma objetiva e irrefutable, generar los insumos con los que el estado chileno y sus poderes ejecutivo, legislativo y judicial, puedan abordar desde la Medicina Basada en Evidencias, las Políticas Públicas de Salud, para esta modalidad de atención sanitaria de nuestro país en el futuro inmediato.

***(Grafico N° 42.- Combinación e Interrelación Ámbitos, Teorías Epidemiológicas y Medicina Basada en Evidencias. a continuación)***

**Gráfico N° 42.-** Combinación e Interrelación Ámbitos, Teorías Epidemiológicas y Medicina Basada en Evidencias.



### ***Conclusión Final y Proyección del Presente Estudio***

Con el instrumento generado, habiendo cumplido con el supuesto, que es posible generar un Instrumento de Acreditación para prestadores Institucionales de Salud que ejercen esta modalidad de atención, nos abrimos a la posibilidad de que en un futuro cercano, el sistema sanitario chileno cuente con un Sistema de Atención Extra Hospitalaria de Urgencias a la altura de las necesidades del entorno.

### ***Algunos Temas Pendientes***

- Evaluar de manera conjunta, con una mirada humana, desde la Salud Pública, como un bien y derecho ciudadano, hacia economistas y políticos, y no al revés, las bases conceptuales de nuestro sistema sanitario y sus procesos de atención.
- Reformular el concepto de atención pre hospitalaria, considerando que la labor es más bien de índole extra hospitalaria, lo que nos obligaría a convertir a los Centros Reguladores de Urgencia Medicalizados en entes rectores de los procesos de continuidad de los cuidados de los pacientes atendidos en todos los niveles de atención previo a su llegada a la unidad crítica o quirúrgica. En otras palabras, un Servicio Integrado de Urgencias, Emergencias y Catástrofes, que vele por la dignidad, gestión clínica, gestión de calidad, acceso, oportunidad, continuidad de la atención, colaboradores con competencias técnicas, seleccionados, registros para la gestión, equipamiento e instrumental adecuado, suficiente y seguro, que permita ofrecer buenas condiciones de trabajo y la mejor atención a las personas que necesiten de nuestro servicio, desde el domicilio, vía pública o institución primaria de salud (pública o privada), hasta su acceso a la unidad crítica o quirúrgica, que resolverá definitivamente su problema de salud.

- Creemos necesario avanzar en procesos de acreditación para la modalidad de atención sanitaria de urgencias pre hospitalaria, generando instrumentos similares o mejores, para aquellas instituciones que ejercen la atención de salud en la modalidad pre hospitalaria, ya no de urgencia, sino, como atención domiciliaria y/o transporte secundario crítico y no crítico, sea por tierra o aire. Cada una de estas variables de la medicina pre hospitalaria, necesitara de un instrumento adecuado a sus necesidades, características, especificidades y complejidades, que habrá que evaluar en su momento, con los expertos en cada una de esas áreas, para modificar el presente instrumento o definitivamente crear otro específico para cada uno de ellos.
- Reformular legal y constitucionalmente la organización extra hospitalaria de atención sanitaria de urgencias, emergencias y catástrofes, para Chile.
- Establecer políticas comunicacionales institucionales y gubernamentales, para educar a la ciudadanía sobre el buen uso de los sistemas de emergencia, su pertinencia, oportunidad, necesidad, etc. Esto debería, a nuestro juicio, comenzar desde la enseñanza pre básico, hasta la universitaria.

## **CAPITULO VI – GLOSARIO**

***Área de Regulación:***

Conjunto relacionado de acciones destinadas a analizar la demanda de atención expresada en la llamada al Centro Regulador Medicalizado y tomar de decisión de asignar de los recursos más adecuados para la intervención requerida para ese caso.<sup>209</sup>

***Atención a la salud (servicios asistenciales):***

Conjunto de intervenciones principalmente en el área de la salud individual.<sup>210</sup>

***Atención Pre Hospitalaria:***

Atención que se otorga desde que se comunica un evento que amenaza la salud, en cualquier lugar donde este ocurra, hasta que el o los pacientes son admitidos en la Unidad de Emergencia u otro establecimiento de salud cuya capacidad resolutive sea adecuada.<sup>211</sup>

Atención otorgada al paciente cuya condición clínica se considera que pone en peligro la vida, un órgano o su función, con el fin de lograr la limitación del daño y su estabilización orgánico funcional, desde el primer contacto hasta la llegada y entrega a un establecimiento para la atención médica con servicio de urgencias.<sup>212</sup>

---

<sup>209</sup> Ministerio de Salud, Chile. (2005). Res. Exta. N° 338 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU). Santiago de Chile.

<sup>210</sup> Boelen, C. (2001). Actuando Unidos para la Salud. Desafíos y Oportunidades de las Asociaciones en el Desarrollo de la Salud. Ginebra.

<sup>211</sup> Ministerio de Salud, Chile. (2005). Res. Exta. N° 338 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU). Santiago de Chile.

<sup>212</sup> Gobierno de México. Secretaría de Salud, S. d. (2006). Norma Oficial Mexicana. NOM-237-SSA1-2004. Regulación de los Servicios de Salud. Atención Pre Hospitalaria de la Urgencias Médicas. DF - Ciudad de México.

***Centro Regulator:***

En Chile: Es la instancia que recibe, analiza y orienta la resolución de las llamadas de solicitud de atención de urgencia a través del despacho de móviles o del consejo telefónico, de acuerdo a la complejidad de los pacientes, además de dar el soporte técnico a los equipos de intervención en terreno.<sup>213</sup>

En México: Es la instancia técnico – médico – administrativa, responsabilidad de la Secretaría de Salud Estatal o del Gobierno del Distrito Federal, en su caso, que establece la secuencia de las actividades específicas para la atención pre hospitalaria en el sitio del evento crítico, el traslado y la recepción en el establecimiento para la atención médica designado, con la finalidad de brindar atención médica oportuna y especializada las 24 horas del día, los 365 días del año.<sup>214</sup>

***Cultura Organizacional:***

“El conjunto de premisas básicas sobre las que se construye el decidir organizacional”<sup>215</sup>.

“... constituye una expresión del estar de la organización en el mundo. La cultura organizacional es la explicación que la organización se da de su estar en el mundo”<sup>216</sup>.

---

<sup>213</sup> Ministerio de Salud, Chile. (2005). Res. Exta. N° 338 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU). Santiago de Chile.

<sup>214</sup> Gobierno de México. Secretaría de Salud, S. d. (2006). Norma Oficial Mexicana. NOM-237-SSA1-2004. Regulación de los Servicios de Salud. Atención Pre Hospitalaria de la Urgencias Médicas. DF - Ciudad de México.

<sup>215</sup> Rodríguez D. (2011) Gestión Organizacional. Elementos para su estudio. Cap. XI. Cultura Organizacional y Cultura Latinoamericana. 5° Ed. Ediciones UC. Pág. 267

<sup>216</sup> Rodríguez D. (2011) Gestión Organizacional. Elementos para su estudio. Cap. XI. Cultura Organizacional y Cultura Latinoamericana. 5° Ed. Ediciones UC. Pág. 267

Es un sistema de creencias, valores, que se manifiestan en normas, actitudes, conductas, comportamientos, relaciones interpersonales, el estilo de liderazgo, que se desarrollan en un grupo dentro de la organización, con el fin de dar cumplimiento a la materialización de la visión en su interacción con el entorno en un tiempo dado.<sup>217</sup>

### ***Efectividad:***

Es “el grado en el que una organización es capaz de lograr sus metas”. Si una organización se establece para una función específica, esta se realiza por medio de sus metas y estos se traducen en los resultados y las actividades que realiza la Organización.<sup>218</sup>

Equilibrio entre Eficacia y Eficiencia<sup>219</sup>.

“Es el mejor resultado para un nivel dado de recursos o el mínimo costo para un máximo beneficio con un nivel dado de recursos”<sup>220</sup>

“Nivel Máximo de producción alcanzable a un mínimo costo”<sup>221</sup>

En salud, es una medida del impacto en los Indicadores de Salud como resultado de la Eficiencia y la Calidad de Atención<sup>222</sup>.

---

<sup>217</sup> Vallejo, C. (2004). Indicadores en Salud. Consideraciones Metodológicas. [Apuntes para Alumnos de Magister en Epidemiología Clínica]. Apuntes CIGES - UFRO. Temuco, Chile.

<sup>218</sup> Vallejo, C. (2004). Indicadores de la Gestión en Salud. [Apuntes Magister en Epidemiología Clínica]. Apuntes CIGES - UFRO. Temuco, Chile.

<sup>219</sup> Vallejo, C. (2011). Gestión de Atención en Salud. Clase - Magister en Epidemiología Clínica. CIGES - UFRO. Temuco, Chile.

<sup>220</sup> Aday LA, Begley CE y Col. Evaluating the medical care system. Effectiveness, efficiency, and equity. AHSR: Health Serv Res. 1993;23-116.

<sup>221</sup> Aday LA, Begley CE y Col. Evaluating the medical care system. Effectiveness, efficiency, and equity. AHSR: Health Serv Res. 1993;23-116.

### ***Eficacia, Relevancia o el Efecto del Resultado.***

Se define “como la capacidad de una Organización de satisfacer las necesidades y conseguir apoyo de sus principales interesados directos, de mantener su Misión, sus metas y sus actividades en concordancia con la evolución del entorno”.<sup>223</sup>

Relevancia, es la medida con la que se han establecido las prioridades en un programa de acción bajo la premisa de que deben abordarse primero los problemas más importantes.<sup>224</sup>

### ***Eficiencia:***

...“producir más resultados con menos recursos”.<sup>225</sup>

El logro de los objetivos al mínimo costo<sup>226</sup>.

Efectividad en función de los costos<sup>227</sup>.

### ***Emergencia:***

Alteración clínica que requiere atención y resolución inmediata. Esta condición lo llevará a la muerte en minutos.<sup>228</sup>

---

<sup>222</sup> Vallejo, C. (2011). Gestión de Atención en Salud. Clase - Magister en Epidemiología Clínica. CIGES - UFRO. Temuco, Chile.

<sup>223</sup> Vallejo, C. (2004). Indicadores en Salud. Consideraciones Metodológicas. Apuntes - Magister en Epidemiología Clínica. CIGES - UFRO. Temuco, Chile.

<sup>224</sup> Boelen, C. (2001). Actuando Unidos para la Salud. Desafíos y Oportunidades de las Asociaciones en el Desarrollo de la Salud. Ginebra.

<sup>225</sup> Citado por: Vallejo, C. (2004). Indicadores en Salud. Consideraciones Metodológicas. Apuntes - Magister en Epidemiología Clínica. CIGES - UFRO. Temuco, Chile.

<sup>226</sup> Vallejo, C. (2011). Gestión de Atención en Salud. Clase - Magister en Epidemiología Clínica. CIGES - UFRO. Temuco, Chile.

<sup>227</sup> Vallejo, C. (2011). Gestión de Atención en Salud. Clase - Magister en Epidemiología Clínica. CIGES - UFRO. Temuco, Chile.

<sup>228</sup> Código. Sanitario de Chile. DFL N° 1; Decreto Ley N° 2763.

Alteración clínica que siendo evaluada por un profesional capacitado, determina una acción sanitaria pronta y activa.<sup>229</sup>

Problema de salud cuya atención no es postergable, de acuerdo con la definición que de esta hace el equipo médico sobre la base de la aplicación de criterios clínicos.<sup>230</sup>

Problema de salud en el cual existe, por parte de la población, la percepción de que la atención a su problema no puede ser pospuesta.<sup>231</sup>

### ***Gestión en Salud:***

Conjunto de acciones organizacionales para convertir la Visión en realidad. “La gestión es la acción efectiva de aplicar el saber y es acción con un resultado medible.”<sup>232</sup>

### ***Gestión:***

(Del lat. *gestio*, -ōnis). 1. f. Acción y efecto de gestionar. 2. f. Acción y efecto de administrar. ~ de negocios. 1. f. Der. Cuasicontrato que se origina por el cuidado de intereses ajenos sin mandato de su dueño.<sup>233</sup>

Conjunto de acciones organizacionales para convertir la Visión en Realidad.<sup>234</sup>

Coordinar todos los recursos disponibles para conseguir determinados objetivos.<sup>235</sup>

---

<sup>229</sup> Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. 1960.

<sup>230</sup> Ministerio de Salud, Chile. (2005). Res. Exta. N° 338 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU). Santiago de Chile.

<sup>231</sup> Ministerio de Salud, Chile. (2005). Res. Exta. N° 338 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU). Santiago de Chile.

<sup>232</sup> Vallejo, C. (2010). Evaluación de la Gestión. Clase. Magister en Epidemiología Clínica]. CIGES - UFRO. Temuco, Chile.

<sup>233</sup> Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L.

<sup>234</sup> Diener W., Fetis G., Rodríguez D., Vallejos C.: "Génesis y Desarrollo de una Organización Sustentable. Construyendo un Pensamiento Estratégico". Material Académico Curso Gestión en Salud. 2° Edición. CIGES – UFRO. Temuco, 2011.

<sup>235</sup> <http://www.slideshare.net/albertososa/gestion-en-salud-clase32010#btnPrevious>

### ***Red.***

Tanto en el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, su sitio en Internet, en Word Reference y en otras páginas<sup>236</sup>, se define Red en las siguientes acepciones: (Del lat. rete). **7. f.** Conjunto de elementos organizados para determinado fin. Red del abastecimiento de aguas, Red telegráfica o telefónica, Red ferroviaria o de carreteras. **8. f.** Cadena (conjunto de establecimientos o construcciones pertenecientes a una sola empresa). **9. f.** Conjunto de personas relacionadas para una determinada actividad, por lo general de carácter secreto, ilegal o delictivo. Red de contrabandistas, Red de espionaje.<sup>237</sup>

### ***Regulación Médica Pre Hospitalaria:***

Acción que consiste en la recepción de la llamada, el análisis de la demanda, la decisión de la asignación de recursos para la intervención en relación a la disponibilidad de medios, apoyo médico a los equipos de intervención, decisión de la destinación y preparación a la recepción en la Unidad de Emergencia.<sup>238</sup>

### ***Seguridad del paciente:***

Es un componente fundamental de la atención de salud. La OMS define la seguridad de los pacientes como “la ausencia para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria”. La seguridad de la atención en salud es un proceso que

---

<sup>236</sup> <http://definicion.de>

<sup>237</sup> <http://www.wordreference.com/definicion/red>, <http://definicion.de/red/>, <http://lema.rae.es/drae/?val=red>

<sup>238</sup> Ministerio de Salud, Chile. (2005). Res. Exta. N° 338 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU). Santiago de Chile.

se centra en la reducción de riesgos de eventos adversos, principalmente en la prevención de aquellos en que existen intervenciones de efectividad conocidas de acuerdo a la evidencia científica disponible<sup>239</sup>.

***Servicio de Salud:***

Institución nacional o sub nacional, responsable del buen funcionamiento de las organizaciones, la gestión, las normativas, lo administrativo y todo cuanto sea necesario para el adecuado funcionamiento de los servicios de salud, bajo su jurisdicción, de acuerdo a políticas establecidas.<sup>240</sup>

***Sistema de Atención de Salud en Red:***

El ordenamiento de los establecimientos de atención de salud, operando coordinadamente dentro de un territorio asignado, mediante vínculos institucionales o contractuales y por lo tanto con mutua interdependencia y complementariedad en sus respuestas, cubriendo de esta manera la amplia gama de necesidades de salud.<sup>241</sup>

***Sistema de Atención de Salud:***

Organización de los establecimientos de salud con diferentes niveles de complejidad y cartera de servicios, que participan en los distintos procesos de la atención de salud.<sup>242</sup>

---

<sup>239</sup> Miller-Franco L., Silimperi D y Cols. Sostenibilidad de la Calidad en la Atención de Salud. Institucionalización de la Garantía de la Calidad. Center for Human Services. 2004

<sup>240</sup> Boelen, C. (2001). Actuando Unidos para la Salud. Desafíos y Oportunidades de las Asociaciones en el Desarrollo de la Salud. Ginebra.

<sup>241</sup> <http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/ORIENT070907.pdf>, "Orientaciones para la Programación en Red", Ministerio de Salud, Chile, 2008.

<sup>242</sup> <http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/ORIENT070907.pdf>, "Orientaciones para la Programación en Red", Ministerio de Salud, Chile, 2008.

### ***Sistema de Atención Médica de Urgencia:***

Es la modalidad de atención fuera del hospital, es la atención pre hospitalaria, denominada “Urgencia – 131” (SAMU).<sup>243</sup>

Atención, traslado y coordinación de urgencia – emergencia, individual y colectiva, por medio de ambulancias equipadas y con personal idóneo para resolver emergencias.<sup>244</sup>

La atención de urgencia especializada que se brinda a él o los individuos desde el momento en que ocurre el evento, ya sea en la vía pública o la comunidad, hasta que es derivado, trasladado y recibido en el centro asistencial más adecuado.<sup>245</sup>

### ***Urgencia:***

Alteración Clínica, que requerirá atención rápida, en horas. Pone en riesgo la vida del paciente.<sup>246</sup>

Toda preocupación de una persona, cuando ve amenazada su salud.<sup>247</sup>

Problema de salud en el cual existe, por parte de la población, la percepción de que la atención a su problema no puede ser pospuesta.<sup>248</sup>

---

<sup>243</sup> Ministerio de Salud, Chile. (2005). Res. Exta. N° 338 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU). Santiago de Chile.

<sup>244</sup> Ministerio de Hacienda, Chile. (2001). *Programa Reforzamiento de Urgencia y Unidades Críticas (R. Urgencia)*. Santiago de Chile.

<sup>245</sup> Ministerio de Hacienda, Chile. (2001). *Programa Reforzamiento de Urgencia y Unidades Críticas (R. Urgencia)*. Santiago de Chile.

<sup>246</sup> Código Sanitario de Chile. DFL N° 1; Decreto Ley N° 2763.

<sup>247</sup> Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. 1960.

<sup>248</sup> Ministerio de Salud de Chile, (2005). Res. Exta. N° 338 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU). Santiago de Chile.

Alteración de la integridad física o mental de una persona causada por un trauma o enfermedad de cualquier origen que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.<sup>249</sup>

---

<sup>249</sup> <http://www.husi.org.co/urgencias/Lists/Urgencias/DispForm.aspx?ID=2>

## **CAPITULO VII – REFERENCIAS**

1. Acreditación en Salud. Curso on Line. 1º parte. Marco Regulatorio. [www.uvirtual.cl](http://www.uvirtual.cl). 2011
2. Aday LA, Begley CE y Col. Evaluating the medical care system. Effectiveness, efficiency, and equity. *AHSR: Health Serv Res.* 1993;23-116.
3. Alarcón A. M., Muñoz S. Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. *Rev. Méd. Chile.* 2008; 136: 125-130
4. Análisis de Situación de los Sistemas de Servicios de Emergencias Médicas en la Región de AL y el Caribe. 2009 - 2011
5. Barragan H., Cesar-Corsiglia D. La Atención Medica Emergencias Pre Hospitalarias. *Fundamentos de Salud Pública.* Capítulo 31.
6. Barroeta J., Boada N. y Col. (2011) Los Servicios de Emergencia y Urgencias Extrahospitalarias en España. Ed. Mensur.
7. Blanco N., Sánchez J. Complejidad de los Cuidados de Enfermería en la Medicina PH - Reflexiones a Propósito de un caso. *Rev. Emergencias* 2011
8. Boelen, C. (2001). Actuando Unidos para la Salud. Desafíos y Oportunidades de las Asociaciones en el Desarrollo de la Salud. Ginebra.
9. Cantú, P. (2001). Evaluación Primaria y Secundaria en Trauma. Publicado en: <http://www.cursosdeurgencias.es/urgencias/colabora/aph.pdf>.
10. Cardenete C., Polo C. Escala de Valoración del Riesgo del Transporte Interhospitalario de Pacientes Críticos - Aplicación en el Servicio de Urgencias Médicas de Madrid. *Emergencias.* 2001

11. Castiglione S. Organización Panamericana de la Salud. Compilación de Legislación sobre Sistemas de Servicios de Emergencia en América Latina. 2010
12. Colegio Médico de Chile. Comité de Expertos en Servicios de Urgencia. Situación de los Sistemas de Atención de Urgencia en Chile. 2012
13. Chiner E. Tema 6. La Validez. <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/19380/25>
14. Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L.
15. Diener W., Fetis G., Rodríguez D., Vallejos C.: “Génesis y Desarrollo de una Organización Sustentable. Construyendo un Pensamiento Estratégico”. Material Académico Curso Gestión en Salud. 2º Edición. CIGES – UFRO. Temuco, 2011.
16. García Hernández R. (2009) El Sistema Integrado de Urgencias Médicas en la Habana. Editorial. Revista Ciencias Médicas de La Habana.
17. Gobierno de Brasil. Resolución Consejo Federal de Medicina N° 1.671, sobre Reglamento de Atención Prehospitolaria en Brasil. 2003.
18. Gobierno de Brasil. Secretaria de Salude Publica. Resolução CFM N° 1.529. 1998. Diario Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 170, 4 set. 1998. Seção 1, p. 69.
19. Gobierno de Colombia. Ministerio de Protección Social. INCOTEC. Guía Práctica de Preparación para la Acreditación en Salud (2005).
20. Gobierno de Costa Rica. Manual de Normas para la Habilitación de Servicios de Atención Extra-hospitalaria de pacientes. Ambulancia “Tipo B”. Soporte Intermedio (Bases y Ambulancias). 2004

- 21.** Gobierno de Chile. Comisión Nacional de Seguridad de Transito. Manual ABC de la Emergencia. 2002.
- 22.** Gobierno de Chile. Ministerio de Hacienda. Dirección de Presupuestos. Programa Reforzamiento de Urgencia y Unidades Críticas (Red Urgencia) - MINSAL. 2001.
- 23.** Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Chile. Dpto. de Calidad y Seguridad del Paciente. Orientaciones para el Diseño de Requerimientos del Proceso de Acreditación en Salud. 2008 - 2010.
- 24.** Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. Res. Exta. N° 338 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) – 2005
- 25.** Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. Decreto N° 15 de 2007. Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud.
- 26.** Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. Res. Exta. N° 338 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) - 2005
- 27.** Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. Decreto N° 15 de 2007. Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud.
- 28.** Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Proyecto. Sistema de Atención Médica de Urgencia de la Región Metropolitana. Proyecto 10. 1995

- 29.** Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Res. Exta. 338 - Aprueba Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) - 2005
- 30.** Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Servicio de Salud Araucanía Sur. Res. Exta. N° 1494. Aprueba Convenio entre SSAS, SSAN y HHA para SAMU Araucanía. 2008
- 31.** Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública, Ley N° 20.584. Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su Atención en Salud.
- 32.** Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública, Ley N° 20.394 de 2009. Prohíbe condicionar la atención de salud al otorgamiento de cheques o dinero en efectivo.
- 33.** Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública, Ley N° 20.584. Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su Atención en Salud.
- 34.** Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación. Atención Cerrada.
- 35.** Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores de Salud. Pauta de Cotejo. Manual de Atención Abierta.
- 36.** Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores de Salud. Pauta de Cotejo. Manual de Atención Cerrada.

37. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Intendencia de Prestadores de Salud. Manual del Estándar General de Acreditación. Atención Abierta.
38. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Unidad de Gestión Centralizada de Camas. 2009.
39. Gobierno de Chile. Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones. Dcto. Exto. N° 50, Aprueba Manual de Operaciones Multi Institucional ante Emergencias. 2002
40. Gobierno de Chile. Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones. Comisión Nacional de Seguridad de Transito. Manual ABC de la Emergencia. 2002
41. Gobierno de España. Andalucía. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias - Los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias. Una Reevaluación Después de 14 Años. 2008
42. Gobierno de España. Galicia. Fundación Pública de Urgencias Sanitarias. Coordinación Médica de la Demanda Urgente en Centrales de Coordinación Sanitaria. 2002
43. Gobierno de México. Secretaria de Salud, S. d. (2006). Norma Oficial Mexicana. NOM-237-SSA1-2004. Regulación de los Servicios de Salud. Atención Pre Hospitalaria de la Urgencias Médicas. DF - Ciudad de México.
44. Gobierno de México. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas.

45. Guerrero R., Gallego AI., Becerril-Montelkio V., Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud Pública México. 2011. Vol. 53, supl. 2. 144 - 155
46. Hidalgo L. Confiabilidad y Validez en el Contexto de la Investigación y Evaluación Cualitativa. En [www.ucv.ve/uploads/media/Hidalgo2005.pdf](http://www.ucv.ve/uploads/media/Hidalgo2005.pdf)
47. II Encuentro Internacional de Sistemas de Atención Médica de Urgencias y Emergencias. Declaración de Jalisco. Guadalajara. México 2000.
48. Martín-Arribas M.C. Diseño y validación de cuestionarios. Matronas Profesión 2004; Vol. 5, nº 17
49. Miller-Franco L., Silimperi D y Cols. Sostenibilidad de la Calidad en la Atención de Salud. Institucionalización de la Garantía de la Calidad. Center for Human Services. 2004
50. Morales N. Plan Hospitalario para Desastres. Perú. 2000
51. Muro M., Maffei D., Cohen R. Los Sistemas de Atención Médica de Emergencias en la República Argentina. 2004
52. Pinet L. Atención prehospitalaria de urgencias en el Distrito Federal- las oportunidades del sistema de salud Pública de México, vol. 47, núm. 2005
53. Ristori L., Tay L. (2005) El Sistema de Atención Médica Urgente (SAMU) de la Región Metropolitana. El Hospital Público en Chile.
54. Rodríguez D. (2011) Gestión Organizacional. Elementos para su estudio. Cap. XI. Cultura Organizacional y Cultura Latinoamericana. 5° Ed. Ediciones UC. Pág. 267

55. Serón P., López A. Validez. Que es y para qué sirve. Rev. Kinesiología N° 75. 2004
56. Sistema de Atención Médica de Urgencias. Chile. Declaración de Antofagasta. 2009.
57. Sistema de Atención Médica de Urgencias. Chile. Declaración de Concepción. 2010
58. Sistema de Atención Médica de Urgencias. Chile. Declaración de Valdivia. 2010
59. Sociedad Chilena de Medicina Pre Hospitalaria y Desastres. Asociación de Médicos del SAMU de Chile. Propuesta de Modelo de Gestión SAMU. Documento de Trabajo. 2012.
60. Sociedad Chilena de Medicina Pre Hospitalaria y Desastres. SOCHIPRED. Documento de Consenso de Temuco 2011. [www.sochipred.cl](http://www.sochipred.cl).
61. Sociedad Chilena de Medicina Pre Hospitalaria y Desastres. SOCHIPRED. Acta de Constitución. 2011. [www.sochipred.cl](http://www.sochipred.cl)
62. Vallejo, C. (2004). Indicadores de la Gestión en Salud. [Apuntes Magister en Epidemiología Clínica]. Apuntes CIGES - UFRO. Temuco, Chile.
63. Vallejo, C. (2004). Indicadores en Salud. Consideraciones Metodológicas. [Apuntes para Alumnos de Magister en Epidemiología Clínica]. Apuntes CIGES - UFRO. Temuco, Chile.
64. Vallejo, C. (2010). Evaluación de la Gestión. Clase. Magister en Epidemiología Clínica]. CIGES - UFRO. Temuco, Chile.

65. Vallejo, C. (2011). Gestión de Atención en Salud. Clase - Magister en Epidemiología Clínica. CIGES - UFRO. Temuco, Chile.
66. World Health Organization. Directorate General for Health and Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment. 2008
67. World Health Organization. Guías para la Atención PH de los Traumatismos. 2001
68. World Health Organization. Manual de Evaluación de Daños y Necesidades en Salud para Situaciones de Desastre. Serie manuales y Guías sobre Desastres N° 4. 2004
69. <http://definicion.de/red/>,
70. [http://intradeis.minsal.cl/egresoshospitalarios/menu\\_publica\\_nueva/menu\\_publica\\_nueva.htm](http://intradeis.minsal.cl/egresoshospitalarios/menu_publica_nueva/menu_publica_nueva.htm)
71. <http://lema.rae.es/drae/?val=red>
72. <http://lema.rae.es/drae/definicion/acreditacion>.
73. <http://www.wordreference.com/definicion/acreditacion>.
74. <http://definicion.de/acreditacion/>
75. <http://lema.rae.es/drae/definicion/acreditacion>.
76. <http://www.wordreference.com/definicion/acreditacion>.
77. <http://definicion.de/acreditacion/>
78. <http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=es>
79. <http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/ORIENT070907.pdf>,

“Orientaciones para la Programación en Red”, Ministerio de Salud, Chile, 2008.

80. <http://www.bibliotecacochrane.com/>
81. <http://www.cca.ucr.ac.cr/node/503>, visitado en junio de 2013.
82. <http://www.censo.cl/2012/08/resultados-preliminares-censo-2012/index.html>.
83. <http://www.husi.org.co/urgencias/Lists/Urgencias/DispForm.aspx?ID=2>.
84. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
85. [http://www.saludresponde.cl/quienes\\_somos/](http://www.saludresponde.cl/quienes_somos/). Salud Responde (600 360 77 77)
86. <http://www.slideshare.net/albertososa/gestion-en-salud-clase32010#btn>.
87. <http://www.wordreference.com/definicion/red>.