



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT
ÁREA ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD
COORDINACIÓN DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**APORTES A LA NORMATIVA DE LA ATENCIÓN MÉDICA
PREHOSPITALARIA: UNA PROPUESTA DE ADICIÓN A LA
LEY DE SALUD DEL ESTADO DE NAYARIT, MÉXICO**

**TRABAJO RECEPCIONAL PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
ÁREA GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

Aspirante: Jorge Adalberto Flores Villarreal

Director: MSP. Saúl Hernán Aguilar Orozco

Codirector: Dr. Rogelio Alberto Fernández Argüelles

Asesora: Dra. Claudia Cruz Dionisio

Asesor: Mtro. Julio González Juárez

Asesor: Dr. Leopoldo Domínguez González

Este proyecto fue realizado con el apoyo de una beca nacional del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT, MÉXICO.



julio de 2021.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT
ÁREA ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD
COORDINACIÓN DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**APORTES A LA NORMATIVA DE LA ATENCIÓN MÉDICA
PREHOSPITALARIA: UNA PROPUESTA DE ADICIÓN A LA
LEY DE SALUD DEL ESTADO DE NAYARIT, MÉXICO**

**TRABAJO RECEPCIONAL PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
ÁREA GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

Aspirante: Jorge Adalberto Flores Villarreal

Director: MSP. Saúl Hernán Aguilar Orozco

Codirector: Dr. Rogelio Alberto Fernández Argüelles

Asesora: Dra. Claudia Cruz Dionisio

Asesor: Mtro. Julio González Juárez

Asesor: Dr. Leopoldo Domínguez González

Este proyecto fue realizado con el apoyo de una beca nacional del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT, MÉXICO.



julio de 2021.

Índice	Pág.
1. Introducción	05
2. Descripción del escenario.	06
2.1. Escenario general de la Atención Médica Prehospitalaria en Nayarit.	15
3. Antecedentes normativos.	16
4. Gestión de la información sobre los antecedentes.	21
5. Diagnóstico de carencias normativas.	26
6. Consecuencias de las carencias normativas.	27
7. Metodología de la elaboración de propuestas.	30
8. Consulta de Expertos.	37
8.1. Procedimiento de recolección de información.	38
8.2. Expertos consultados.	39
8.3. Resultados de la consulta.	39
9. Actores involucrados.	42
9.1. Listado de involucrados.	43
10. Descripción de las modificaciones o novedades del aporte.	50
11. Análisis detallado de la relación de las modificaciones o aportes con la salud de la población o sus determinantes.	51
11.1. Relación de las FESP y el proyecto de AMP.	54
11.2. La AMP y las actividades de la Salud Pública.	55
12. Factibilidad de la aplicación de las modificaciones o aportes.	57
12.1. Factibilidad Política.	57
12.2. Factibilidad Administrativa.	59
12.3. Factibilidad Legal.	60
12.4. Factibilidad Presupuestal.	61

13. Simulación y Perspectivas de la aplicación del impacto de la normativa propuesta.	63
14. Propuesta de iniciativa con proyecto de decreto con técnica legislativa.	65
15. Referencias Bibliográficas.	83
16. Anexos.	92

Siglas y Acrónimos

- AMP (Atención Médica Prehospitalaria).
- ERUM (Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas).
- SSP (Secretaría de Seguridad Pública).
- SUEM (Sistema de Urgencias del Estado de México).
- SSA (Secretaría de Salud).
- ISEM (Instituto de Salud del Estado de México).
- CONALEP (Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica).
- UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México).
- CRM (Cruz Roja Mexicana).
- SEP (Secretaría de Educación Pública).
- CONAPRA (Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes).
- STCONAPRA (Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes).
- DGPLADES (Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud).
- TUM (Técnico en Urgencias Médicas).
- SEM (Servicio de Emergencias Médicas).
- SAMU (Servicio de Atención Médica de Urgencias).
- CRUM (Centro Regulador de Urgencias Médicas).
- APH (Atención Prehospitalaria).
- EMS (Servicio de Emergencias Médicas).
- OMS (Organización Mundial de la Salud).
- OPS (Organización Panamericana de la Salud).
- RCP (Reanimación Cardio-Pulmonar).
- CONRICYT (Consortio Nacional de Recursos de Información Científica y Tecnológica).
- FRAP (Formato de Registro de Atención Prehospitalaria).
- NOM (Norma Oficial Mexicana).
- IV (Incidentes Viales).

1. Introducción

El ámbito prehospitalario es uno de los más importantes ya que desde hace varios años ha representado la forma más rápida de iniciar la atención médica hacia una persona que ha sufrido algún tipo de accidente, enfermedad repentina o alguna crisis de una enfermedad que la persona ya padecía. La finalidad es que estos servicios médicos se otorguen oportunamente en cuanto a la evaluación, diagnóstico, procedimientos y en caso de requerirlo, el traslado como tal a un nosocomio de segundo nivel para continuar con una atención más especializada, con el equipo necesario, con mayores insumos y por personal médico con mayores competencias, siendo el objetivo general de estas intervenciones el de preservar la integridad física de las personas, así como su vida misma en un momento dado.

En México, en el periodo de enero-marzo del año 2021 se realizaron al número de emergencias 911 3,940,941 llamadas reales aproximadamente solicitando algún tipo servicio y de las cuales 554,993 llamadas fueron para solicitar una ambulancia. Esto significa que el 14% de las llamadas son para la atención médica prehospitalaria sin contar las que entran directo a las dependencias que prestan este servicio, sin saber la cifra en Nayarit por no encontrarse datos.

Existen aproximadamente 15 empresas privadas que ofrecen servicios de ambulancia en todo el estado de Nayarit y más de 5 organizaciones voluntarias; 2 de estas encargadas de proporcionar servicios de urgencias médicas prehospitalarias. Las dependencias de gobierno que brindan AMP son de protección civil y bomberos del estado y municipales, así como de la Cruz Roja Mexicana con más de 20 ambulancias aproximadamente. Cabe señalar que la responsabilidad de regular y controlar estos servicios no está claramente especificada.

El presente trabajo se enfoca a crear una propuesta normativa para la Ley de Salud de Nayarit mediante la cual se corrija y mejore los servicios de AMP donde se garantice una adecuada regularización de este servicio y la seguridad del paciente al momento de su atención por personal capacitado, generando estadísticas de utilidad para la detección de patrones y coadyuvar al mejoramiento de la Salud Pública de Nayarit.

2. Descripción del escenario

La Atención Médica Prehospitalaria (AMP) ha representado una de las formas más rápidas de tener contacto con alguna persona que ha sufrido algún tipo de accidente, enfermedad repentina o alguna crisis de una enfermedad propia de la persona, esto con la finalidad de prestarle los servicios médicos de manera oportuna en cuanto a la evaluación, diagnóstico, procedimientos y en caso de requerirlo, el traslado como tal a un hospital de segundo nivel para que se continúe con una atención avanzada, con un aumento de equipo, con mayores insumos y por personal médico más especializado, siendo el objetivo general de estas intervenciones el de preservar la integridad física de las personas, así como su vida misma en un momento dado.

La atención en urgencias y emergencias tiene la particularidad de iniciar en el lugar donde se presentan los acontecimientos, o sea en la población. Una vez que se presenta el suceso que pone en riesgo la salud de los seres humanos. Esta primera atención médica que se proporciona antes del ámbito hospitalario, implica la coordinación de una serie de acciones y toma de decisiones por parte del personal que la ejecuta, lo cual precisa su nivel de complejidad. Pero para entender un poco la definición e importancia de este tipo de atención, es conveniente remontarnos un poco a los inicios de las primeras apariciones de dichos servicios ¹.

Antiguamente, este tipo de servicio era utilizado para recoger a los soldados heridos durante las guerras, los primeros saberes clásicos griegos y romanos sobre esta atención surge con sus primitivos carros ambulancia que utilizaban para trasladar a los lesionados del campo de guerra hasta los resguardos para su atención médica y es así como se constituyen las primeras imágenes históricas fuertes sobre la actividad de la emergencia médica.

En la Edad Moderna se empleó esta atención en función a recoger, clasificar y trasladar a los soldados lesionados del ejército napoleónico marcando así el comienzo de un largo trayecto en el que los hitos más importantes fueron desde el punto de vista logístico y asistencial de este tipo de servicios ¹.

Es así como se introduce por primera vez el servicio médico prehospitalario por los Estados Unidos de América, pero ya para una población civil y no exclusivamente para heridos del ejército. Seguido por el continente europeo, en donde se dan los primeros y profundos avances en la consolidación de cualquier forma de unidades que sirvieran para la asistencia en cualquier tipo de emergencia médica.

En el año de 1960 por primera vez la Academia Mexicana de Ciencias introdujo normas para la capacitación de las personas que manejaran las ambulancias y en el año de 1962 se programó el primer curso-taller para la creación de Técnicos en Emergencias Médicas. Los primeros esfuerzos que se desarrollaron estuvieron dirigidos y enfocados principalmente a las enfermedades coronarias, así como a las arritmias graves y muerte súbita, de este modo surgieron las primeras Unidades de Atención Coronaria Móviles. Durante 1968 se implementa en los Estados Unidos un número único asistencial a nivel Nacional para emergencias que es conocido como el 911 ².

En el año de 1979 comienza a redactarse la historia de la atención prehospitalaria latinoamericana, es así como en este año, el Dr. Gustavo Báez, Cirujano de la Cruz Roja Mexicana, intenta realizar un Programa de Entrenamiento para la formación de Técnicos en Emergencias Médicas, sin embargo, dicho programa fue un fracaso.

En México, los registros de atención prehospitalaria tienen sus comienzos a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, desarrollándose principalmente dos tipos de atención la cuales se dividieron en la población civil misma que sería atendida por la Cruz Roja y por personal civil, quienes se capacitarían y formarían como técnicos en emergencias médicas para la atención a civiles. Por otra parte, en el ámbito militar, con la constitución de manera formal de la Sanidad Militar como parte del servicio médico del ejército mexicano, esto después de una reorganización postrevolucionaria ³.

Para comprender más la evolución que ha tenido el servicio prehospitalario en México en los últimos 100 años, se muestra una breve línea del tiempo con los avances más significativos (tabla 1).

Tabla 1. Acontecimientos históricos de la AMP

Año	Acontecimiento
1910	Se reconoce legalmente la Asociación de la Cruz Roja Mexicana, con la participación de voluntarios en la atención de lesionados en la vía pública.
1943	Se inaugura el primer hospital de concentración de Urgencias Médicas y Traumatológicas del D.F., en cuyo interior se instala la primera base de ambulancias, cuya misión es prestar apoyo prehospitalario en el D.F.
1970	Los servicios de ambulancias de la Cruz Verde por decreto, se incorporan a la SSP del D.F. con el nombre de ERUM (Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas).
1976	Los Servicios Coordinados de Salud desarrollan un programa piloto para la Atención Prehospitalaria dentro del Sistema de Urgencias del Edo. De México (SUEM), crea un código funcional de paramédico incluido en el catálogo de puestos de la SSA.
1980 a 1990	Con base en el Hospital Xoco, se fortalece el servicio de ambulancias con un sistema de radiocomunicación, denominado Radio Control que coordina las ambulancias con los hospitales.
1982	Se crea el convenio entre el ISEM/CONALEP para la formación de Técnicos en Urgencias, Emergencias y Desastres, con egresados de nivel postsecundaria con Título y Cédula profesional de Técnicos, emitida por la Dirección General de Profesiones.
1985	Los sismos motivan a incrementar notablemente la cantidad de grupos voluntarios en rescate y atención a urgencias, con pocas preparaciones académicas y autorizadas por la Dirección de Protección Civil.
1987	Se crea el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, con objeto de proponer acciones de prevención y control de accidentes a que se refiere el artículo 163 de la Ley General de Salud, operando por corto tiempo, reanudando actividades en 1998 a la fecha.
1989	Inicia actividades formalmente la Escuela de Técnicos en Urgencias Médicas Avanzadas de la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM y la Escuela Nacional de Paramédicos de la CRM. Egresando cuatro generaciones con reconocimiento de la SEP.
1990-2002	Se integran servicios de atención médica de urgencias con la participación de médicos y técnicos en diversos estados del país.

2000	Se publica la NOM-020-SSA2-1994 para la Prestación de Servicios de Atención Médica en unidades móviles tipo ambulancia.
2002	El CONAPRA, solicita a la Dirección General de Metrología y Normalización la modificación de la NOM-020-SSA2-1994.
2006	Se hace la modificación de la NOM-020-SSA2-1994, para quedar como NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas.
2012	Al cumplir cinco años de vigencia se solicita una nueva Modificación de la NOM-237-SSA1-2004 para quedar como NOM-034-SSA3-2013. Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.
2015	Se Reforma el párrafo segundo del artículo 79 de la Ley General de Salud. Donde el Técnico en Atención Médica Prehospitalaria requiere de diploma avalado por una institución educativa competente. En ese mismo año se trabajó en conjunto con la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) para la implementación del Modelo de Atención médica prehospitalaria a nivel nacional. De la misma forma se Incluye la atención médica prehospitalaria en el Modelo de Atención Integral de Salud el cual está basado en la Atención Primaria de la Salud.

Fuente: Tomado del Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STNCONAPRA).

Para llevar a cabo las acciones propias del servicio de urgencias médicas se requiere un modelo operativo enfocado en este servicio a nivel prehospitalario, favoreciendo así la realización de acciones de manera más eficiente y eficaz por parte del personal paramédico.

A nivel Nacional la Secretaría de Salud por medio del Secretariado Técnico de la Comisión Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA), tiene a su cargo realizar distintos tipos de estrategias e instrumentos para la implantación de un sistema operativo en urgencias médicas que garantice una atención médica con un alto nivel de homogeneidad en cuanto a calidad y seguridad se refiere, y esto debe ser implementado por medio de un Modelo de Atención Médica Prehospitalaria. Estos modelos tienen como objetivo principal coordinar de una manera adecuada tanto la atención médica prehospitalaria como la hospitalaria, así como, estandarizar los protocolos de atención en urgencias para que se otorgue una atención de manera oportuna, eficiente y de alta calidad para que con esto se

pueda contribuir a disminuir ciertos índices de mortalidad, de morbilidad y las complicaciones y secuelas que se puedan suscitar ³.

Esta organización de los servicios médicos de emergencia prehospitalarios puede basarse en dos sistemas: el anglo-americano y el franco-alemán. El primero brinda el servicio médico a través de Técnicos en Urgencias Médicas (TUM) y paramédicos, que fungen como extensión médica. Los pacientes son transportados al área de urgencias de un hospital en donde son valorados con la finalidad de identificar el área de especialidad más adecuada para que reciban tratamiento definitivo. Por otra parte, el sistema franco-alemán utiliza médicos como proveedores prehospitalarios y los pacientes son recibidos directamente en los servicios de especialidad, habiendo sido evaluados en el campo y durante el trayecto por el equipo prehospitalario, que incluye TUM'S, paramédicos, enfermeras y médicos especialistas, entre otros ⁴.

A pesar que la Organización Mundial de la Salud promulgó en el año de 2007 la Resolución EB120.R4, instando al fortalecimiento de los Sistemas de Emergencias Médicas (SEM) y por consiguiente de la Atención Prehospitalaria, no han surgido transiciones favorables desde la década pasada. En su mayoría las estrategias para el control de lesiones están centradas en la prevención primaria y secundaria. La primera disminuye su ocurrencia o minimiza su severidad; la segunda provee la respuesta adecuada para mejorar el tratamiento y, en ese tenor, disminuir las secuelas de la morbilidad lo más posible. Una atención oportuna y eficaz de lesionados en los SEM y la Atención Prehospitalaria (APH), en la escena del incidente y hasta su traslado al hospital, salva vidas, reduce la estancia y el tiempo de recuperación de ciertas lesiones, disminuye la incapacidad y discapacidad a corto plazo al tiempo que tendría una mejoría sustancial observando los resultados a medio y largo plazo ⁵.

No obstante, se puede observar que la escasa coordinación entre los servicios médicos prehospitalarios y los servicios médicos hospitalarios se podría considerar uno de los principales problemas de la elevada tasa de mortalidad por accidentes de tráfico en los países en vías de desarrollo y posiblemente uno de los mayores

retos a vencer, ya que estos conflictos por la falta de coordinación pueden ser evitables. Son muchos los problemas que se suscitan en esta colaboración extra e intrahospitalaria, la complejidad de las actividades en los servicios de urgencias hospitalarias, los problemas entre profesionales, las limitaciones de tiempo, equipo y camas, la gran multitud de remisiones, ambiente ruidoso y estresante en el momento de la entrega del paciente por parte del personal del servicio prehospitalario al hospitalario conducen a la falta de información de los pacientes, el intercambio de información falsa o manejo de información confusa, lo que ocasiona diversos errores y expone la cooperación con retos especiales ⁶.

Es por ello la importancia de que la coordinación, regulación y registro de prestadores de atención médica prehospitalaria la debería de tener en absoluto la Secretaría de Salud como eje rector, ya que el mayor control en nuestro país es conducido por las Secretarías de Seguridad Pública, siendo que en otros países desarrollados como los europeos o en vías de desarrollo como algunos de Latinoamérica; tienen esta coordinación directamente los Ministerios de Salud y de Salud Pública por tratarse de un tema sanitario.

En un estudio cualitativo realizado en Colombia los participantes opinaron que, una de las barreras en la colaboración es la insuficiencia de insumos y de infraestructura. La falta de recursos y de infraestructura ocasionan demoras en la ambulancia y del paciente en el momento de la entrega, así como tensiones entre el personal, causando así una falla que frena un adecuado sistema de salud. La subcategoría de esta categoría fue: escasez de equipo, espacio físico de trabajo y falta de personal ⁶.

El estado de Nayarit al igual que el resto del país, no está tan alejada de esta realidad, ya que la falta de coordinación, regulación e implementación de un modelo de atención médica prehospitalaria ha provocado que no se logre cubrir las demandas de accidentes e incidentes que pasan día al día. En los hospitales que se tienen para la recepción de pacientes de urgencia no se cuenta con la capacidad en cuanto a número de personal que labora, camas, equipo médico e insumos. Se puede observar cómo es que en ocasiones los carro-camillas de las ambulancias

quedan retenidas en los nosocomios haciendo que las unidades dejen de brindar el servicio prehospitalario hasta que le sea liberada la camilla.

En otras ocasiones, no reciben al paciente por falta de espacio donde continuar con su atención y son reenviados a otros nosocomios particulares generalmente haciendo aún más largo el traslado y el tiempo en que el lesionado empieza a recibir una atención más especializada. Por otro lado, como en el caso de la investigación de la universidad de Antioquia, las rencillas que existen entre el personal médico hospitalario y el personal médico prehospitalario dificultan la entrega del paciente donde evidentemente el afectado en este caso son, en primera instancia el paciente mismo y en segunda el desprestigio que se le da a los sistemas de salud.

Parte de lo que se atiende por la AMP son los incidentes viales (IV) los cuales provocaron a nivel mundial el deceso de 1.3 millones de personas en 2016; especialmente para los individuos de clases socioeconómicas medias y bajas, que también correspondieron la mayor parte de los 50 millones de lesionados no fatales que requirieron atención médica hospitalaria y prehospitalaria. Se señala que en la Región de las Américas los IV son la principal causa de muerte en la población de 5 a 14 años y la segunda de 15 a 44 ⁷. Los primeros servicios que se brindan en estos casos son los de la atención prehospitalaria, se debe considerar prestar más atención hacia estos servicios ya que las acciones que más se han encaminado para reducir estos índices de mortalidad son en materia peatonal, en la construcción de puentes, cruces seguros e inclusive promoción a la seguridad vial a la población y a conductores ⁸.

También es de relevancia señalar que los Servicios Médicos de Emergencia (EMS) son para la sociedad en general una parte importante e integral de la atención de emergencia y vital para proporcionar una atención médica que sea de una manera inmediata en el entorno prehospitalario. Con este tipo de atención se puede garantizar una respuesta adecuada, por lo que es fundamental una planificación adecuada de la infraestructura de los prestadores de servicios y de los insumos. En gran parte de los países desarrollados como España, Francia y Estados Unidos, se hace resaltar un incremento de la utilización de ambulancias de emergencia en los

últimos 20 años. Con la finalidad de proporcionar una atención prehospitalaria de calidad es importante vigilar y regular adecuadamente el buen uso de las ambulancias que presten este servicio. También es importante que se preste atención adecuadamente en todas las regiones urbanas y rurales que no cuenten con este servicio o tarde más tiempo en llegar a ciertos lugares ⁹.

Desde el punto de vista epidemiológico a nivel mundial mueren cada año, aproximadamente, 3,500,000 personas a consecuencia de lesiones debidas a diversas causas no patológicas (mordeduras sospechosas de rabia, picaduras de insectos y otros animales, accidentes de transporte terrestre, accidentes del hogar y laborales, efectos adversos de medicamentos, emponzoñamiento ofídico y efectos adversos de vacunas), ubicándose así entre la tercer y cuarta causa de muerte general con gran afectación de la población joven principalmente (menores de 34 años), esta última es la económicamente productiva para la sociedad, lo que puede llegar a generar en ella incapacidad temporal o permanente, al tiempo que disminuye los años-persona de vida útil ¹⁰.

Así mismo, se ha observado una mayor elevación de enfermedades crónicas (metabólicas o no) lo que representa que se brinde una atención médica de emergencia a personas que sufran alguna alteración a causa de su enfermedad que ponga en riesgo su vida. También, las lesiones debidas a causas externas representan para los estados mayor inversión monetaria en atención a la salud, porque se estima que entre el 20 y el 40% de las camas en los hospitales están ocupadas por lesionados en quienes el tiempo de estadía es más largo que el de otros pacientes. En toda América la situación es similar, por ejemplo, En 2015 fallecieron 37 mil 190 personas por lesiones accidentales. De estas, 16 mil 39 (el 43.1 %) se atribuyen a accidentes de tránsito ^{10,11}.

En este sentido, se calcula una tasa de 13.3 defunciones por cada 100 mil habitantes, cifra solo un 0.1% menor a la registrada en 2014. De acuerdo con el Informe sobre la Situación de la Seguridad Vial en la Región de las Américas (OMS/OPS, 2015), México ocupaba la posición número 19, de 32 países que conforman esta región ^{10,11}.

En México en el año 2015, la mortalidad por accidentes o hechos violentos mostraron cifras de 35,690 defunciones, con una tasa de 36.4 por cada 100,000 habitantes, y la discapacidad en el mexicano, por las mismas lesiones externas, llega al 9.4%. En ambos casos, la discapacidad y la muerte, es superior en los menores de 20 años. Las lesiones causadas por el tránsito siguen encontrándose entre las diez principales causas de muerte. Las entidades federativas que presentaron el mayor aumento de la tasa de mortalidad con respecto al 2014 fueron: Baja California (+33.3 %), Tlaxcala (+23.3 %), Colima (+21.2 %), Guerrero (+20.1 %) y Chiapas (+14.1 %). En contraste, las entidades que más disminuyeron su tasa fueron: Coahuila (-31 %), Campeche (-17.8 %), Veracruz (-17.2 %), Sonora (-16.1 %) y San Luis Potosí (-12.6 %). Así observamos que el manejo del paciente lesionado es heterogéneo en nuestro país, ejemplifica la inequidad y desigual calidad en la atención que se otorga a los habitantes ¹¹.

De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), nuestro país actualmente ocupa el séptimo lugar a nivel mundial y el tercero en la región de Latinoamérica en muertes por incidentes viales según datos de 2017, con 22 decesos de jóvenes de entre 15 y 29 años al día, y 24 mil decesos en promedio al año. Los incidentes viales constituyen la primera causa de muerte en jóvenes entre 5 y 29 años de edad y la quinta entre la población general ¹².

En el estado de Nayarit según cifras de la CONAPRA en el 2013, se registraron 2,720 accidentes viales de los cuales 390 ocurrieron en carreteras federales y 2,330 en las zonas urbanas y suburbanas. En esos accidentes 221 personas perdieron la vida, de los cuales 56 eran peatones, 2 ciclistas, 56 motociclistas y 107 eran ocupantes. La tasa de mortandad en accidentes viales supera la media Nacional por aproximadamente 5 puntos. Por cada 100 mil habitantes se estima que mueren 18.8 personas. Tepic es el municipio donde se concentra el mayor número de accidentes viales con el 44%, le sigue Bahía de Banderas con el 16%, Santiago Ixcuintla con el 15% y en la cuarta posición esta Xalisco con el 9% por ciento del total de accidentes ¹³.

Hasta el 2014, en el estado la tasa de mortalidad por accidentes viales principalmente era de 18.1 por cada 100 mil habitantes, la tasa de accidentalidad era de 6.9 por cada 100 mil habitantes y la de letalidad era de 8.2 por cada 100 mil habitantes. En 2015 que es el último reporte que se tiene, cada día se registraron 34 pacientes con lesiones en hospitales. En las semanas 12, 23 de ese año y las semanas 1 y 2 del 2016 fue donde se registraron mayor número de casos que el resto del año. El número de accidentes viales seguía con el 44% para Tepic, el 14% para Bahía de Banderas, el 11% para Xalisco y el 9% para Santiago ¹⁴.

2.1. Escenario general de la Atención Médica Prehospitalaria en Nayarit

Existen aproximadamente 15 empresas privadas que ofrecen servicios de ambulancia en todo el estado de Nayarit y más de 5 organizaciones voluntarias 2 de estas encargadas de proporcionar servicios de urgencias médicas prehospitalarias. Las dependencias de gobierno que brindan AMP son de protección civil y bomberos del estado y municipales, así como de la Cruz Roja Mexicana que son los que brindan atención prehospitalaria con más de 20 ambulancias aproximadamente. La responsabilidad de regular y controlar estos servicios no está claramente especificada ya que como se vislumbró en la normativa, esta regulación de servicios debe tenerla constantemente la Secretaría de Salud, sin embargo, quien coordina y dirige a estos servicios es la Secretaría de Seguridad Pública (SSP) por lo que la responsabilidad de proveer el servicio se le atribuye parcialmente al campo de la Seguridad Pública ¹⁵.

En México, en el periodo de enero-marzo del año 2021 se realizaron al número de emergencias 911 3,940,941 llamadas reales aproximadamente solicitando algún tipo servicio y de las cuales 554,993 llamadas han sido para solicitar la presencia para la atención médica. Esto significa que el 14% de las llamadas son para la atención médica prehospitalaria sin contar las que entran directo a las dependencias que prestan este servicio, sin saber la cifra en Nayarit por no encontrarse datos ¹⁶.

Considerando lo anterior, se hace notable que la atención prehospitalaria es una parte fundamental del sistema de salud, la cual atiende directamente lesionados por accidentes de todo tipo lo cual muchos de ellos representan principales causas de

muerte, por otra parte los prestadores de estos servicios son quienes tienen en muchas de las ocasiones el primer contacto con pacientes que por alguna razón no cuentan con ningún tipo de seguridad social, pudiendo ser dentro del sistema de salud una herramienta para reportar posibles pacientes que representen riesgo ante un brote y que al no tener acceso a servicios médicos de otra índole pudiese no tenerse registro en ninguna base de datos de estos.

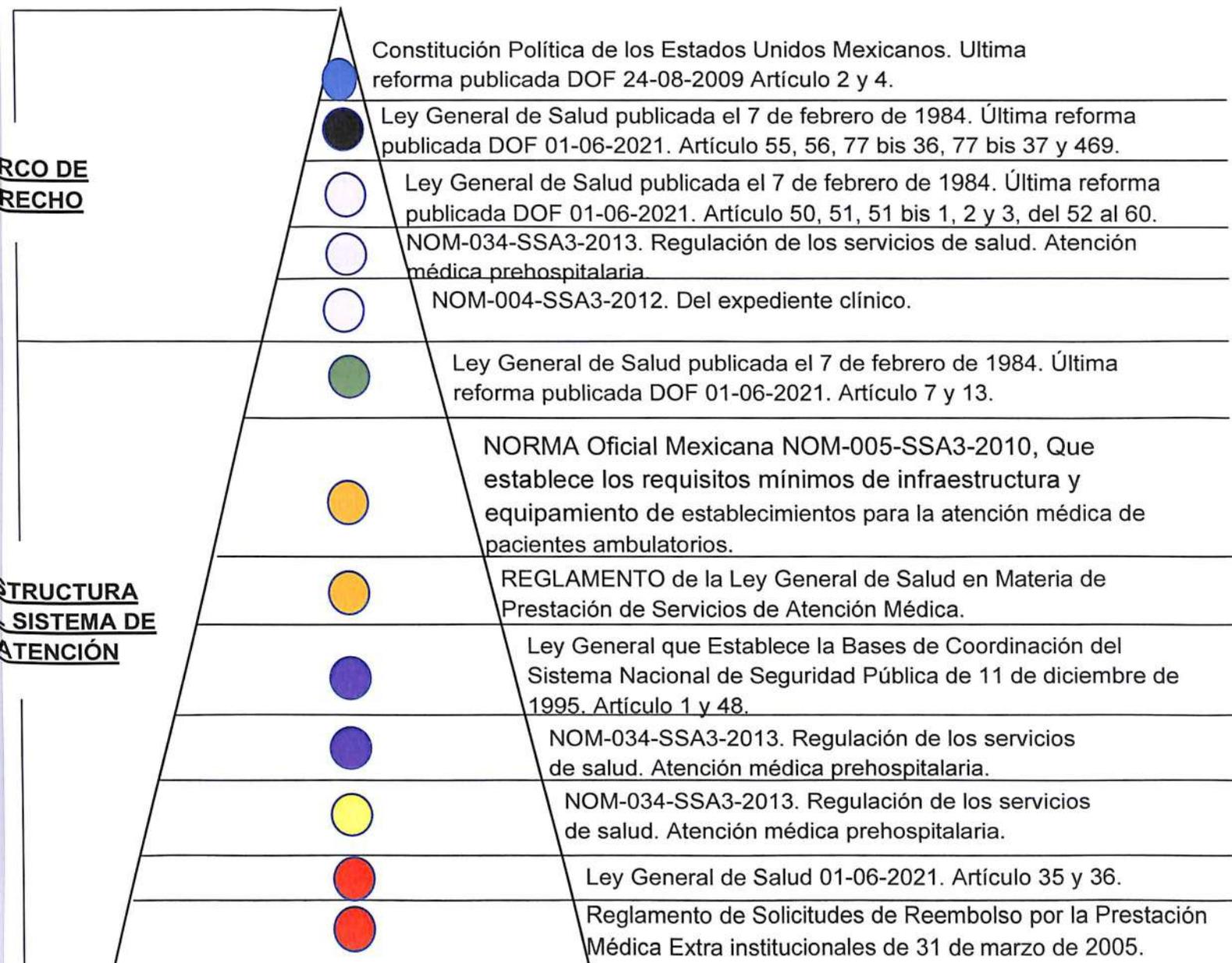
3. Antecedentes normativos

Para iniciar a analizar el cómo se constituye legalmente el actuar de los servicios de salud, se tendrá que analizar las leyes, reglamentos y normas que se aplican en lo común alrededor de los países. Para las legislaciones se concibe como servicios de emergencia prehospitalaria a aquellos que realizan acciones de atención, traslado y comunicaciones realizadas con la finalidad de suministrar servicios de salud en caso de urgencias o emergencias. Se tiene que evaluar desde los aspectos legales las disposiciones existentes acerca de la responsabilidad de los proveedores públicos y privados de servicios de emergencias respecto a los pacientes. Es por ello que la revisión de la literatura y las normativas existentes dirigidas a la atención médica prehospitalaria son relevantes para tener claramente el papel de la legislación de salud y su función como herramienta de instrumentación de políticas de salud y como creadora de responsabilidades civiles, penales y profesionales ¹⁷.

Cada país tiene normas y leyes a nivel nacional y a nivel local en materia de salud, basadas generalmente en las recomendaciones y guías que emite la OMS y la OPS para diseñar, crear e implementar dichas normativas. Estas normativas se tratan de ver de manera jerárquica según las disposiciones existentes a las publicaciones oficiales respectivamente publicadas. Viendo este panorama y el panorama que se presenta en México, cabe destacar que las normativas más relevantes son en la Legislación de Salud. Los Proyectos de Políticas Públicas, las normativas ya existentes y la Investigación que se lleva a cabo en Salud, se desarrollan dentro de las Áreas de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria a la Salud de la (OPS) y de la (OMS).

Como en la literatura de un compendio donde se analizó la legalidad aplicada, se dividió para su estudio en dos partes, el marco de derecho que es donde denota la obligatoriedad de la atención médica de urgencia por parte de instituciones públicas y privadas alrededor del mundo y donde se consagra en algunos países desde el nivel constitucional, las legislaciones (leyes) y Normas Oficiales según sea el caso, y en algunos lugares llegando hasta los reglamentos en salud que también se integran dentro de este marco, la segunda parte está comprendida por la estructura del sistema de atención, donde básicamente dice quién es el eje rector como autoridad sanitaria que lleve a cabo la vigilancia y regulación de estos sistemas de atención prehospitalaria ¹⁸. En México, este marco de derecho que se encuentra desde un nivel constitucional hasta un nivel reglamentario y el marco rector del sistema se constituyen de la siguiente manera:

Figura 1. Estructura normativa en atención médica prehospitolaria en México



Fuente: Tomado de la *Compilación de Legislación sobre Sistemas de Servicios de Emergencia en América Latina*. OMS/OPS. Actualización de datos por elaboración propia.

MARCO DE DERECHO	
	GARANTÍA GENÉRICA DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD
	OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS A NIVEL PÚBLICO Y PRIVADO
No se encontraron disposiciones	OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE EL DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS
	DERECHOS DEL PACIENTE: CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS, HISTORIA CLÍNICA, PROTOCOLO DE ACTA DE INTERNACIÓN.
ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN	
	RECTORÍA DE LA AUTORIDAD SANITARIA
	GARANTÍAS DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE INTERNACIÓN: SERVICIOS DE GUARDIA, INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS, CUMPLIMIENTO DE AL MENOS LOS REQUISITOS BÁSICOS DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA Y DE LOS DISTINTOS GRADOS DE COMPLEJIDAD
	SISTEMAS DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y CARACTERÍSTICAS: NÚMERO Y LENGUAJE ACCESIBLE
	SERVICIO DE TRASLADO A OTRO HOSPITAL O AL PROPIO DOMICILIO: AMBULANCIAS TERRESTRES, AÉREAS, ACUÁTICAS
	ASPECTOS DE FINANCIAMIENTO RELACIONADOS A LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA: ACCESIBILIDAD Y ASEQUIBILIDAD DE LOS SERVICIOS EN GENERAL Y DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN PARTICULAR. REEMBOLSO DE GASTOS

Fuente: Tomado de la Compilación de Legislación sobre Sistemas de Servicios de Emergencia en América Latina. OMS/OPS. Actualización de datos por elaboración propia.

Cabe señalar que de acuerdo a como se marca en el principio de convencionalidad y el de constitucionalidad, establecen que una normativa jurídica local no puede contravenir a lo que marquen los tratados internacionales y tampoco a lo que marque la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, por lo tanto, todas las políticas locales que se hagan se deberán adecuar a estas disposiciones y armonizar las normativas que se emanen ¹⁸⁻²³.

En tanto al marco ético en la atención médica prehospitalaria se refiere, es donde el personal que presta este servicio tiene la tarea de cumplir con Honestidad y Respeto las cuestiones éticas y no tanto que a consideración se apliquen y dentro de las cuales incluye: Respetar los valores del paciente, Proteger la privacidad/confidencialidad, Respetar las decisiones y cosmovisiones y religiosidades de los pacientes, Respetar los deseos y voluntad del paciente siempre y cuando esté en pleno uso de sus facultades mentales y en condiciones de tomar decisiones, no discriminar a ninguna persona por su condición social, económica, étnica, género, raza, color o de cualquier índole prestando siempre un servicio con equidad, realizar procedimientos dentro de la manera profesional siguiendo el criterio de la no maleficencia, Compromiso profesional, Mantener la dignidad profesional, Realizar los procedimientos dentro del marco de la legalidad y que las características personales, Valores y creencias del prestador de servicios no interfieran ni influyan en contra de la voluntad de los pacientes.

De una manera ideal se debería llevar a cabo de forma correcta todos los puntos que la situación así lo demande para que la atención se preste de una manera éticamente correcta. Sin embargo, cada persona tiene sus propios criterios y su propio entendimiento para llevar a cabo estos puntos éticos donde en muchas de las ocasiones se interfiere de tal forma que lo que para el servicio médico pre hospitalario es éticamente correcto, para los familiares, para el paciente o para la población no lo es. Se han realizado investigaciones cualitativas en los últimos tiempos para tratar de observar de qué manera se aplica la ética en la atención prehospitalaria. En una de las publicaciones se menciona que los hallazgos de una revisión de la literatura han indicado que el razonamiento moral y el proceso de toma de decisiones de las enfermeras y su comportamiento ético no son un mero proceso cognitivo ²⁴. Esto no está alejado del personal que brinda atención prehospitalaria.

Cabe señalar, que el procedimiento al momento de tomar decisiones está influenciado por otros asuntos personales (valores personales, experiencias, conocimientos y habilidades) y valores contextuales (expectativas y comentarios de terceras personas) ²⁴. Además, en su reflexión ética, las enfermeras se dejan llevar en mucha de las ocasiones en sus emociones, intuición y experiencias personales.

En ocasiones piden opiniones con sus compañeros de profesión cuando se enfrentan a dilemas morales y a veces confabulan en puntos de vista separadas. Esto no solo sucede en los hospitales sino también en el ámbito extrahospitalario donde la toma de decisiones no está siempre puesta ante un comité de ética para acatar a lo acordado por el mismo, sino que ésta se debe de efectuar en el momento que las unidades de atención prehospitalaria llegan al lugar del incidente, al momento de brindar la atención y de realizar el traslado al nosocomio ^{25, 26}.

Otras investigaciones al personal del servicio médico de emergencias han sugerido que la manera de tomar una decisión a la hora de trasladar a los pacientes a nosocomios va a estar influenciada en gran medida al estado de bienestar del paciente (estado de salud física, socio-económica y cultural), a cumplir todos los aspectos del objetivo esencial de la atención y las competencias y aspectos personales (su raciocinio, su estado de salud física y mental) ²⁷.

Por último, un estudio cualitativo realizado a paramédicos sobre cómo actúan como servicio prehospitalario frente a los pacientes terminales de paro cardíaco expresaron que, cuando los paramédicos tienen libertad para elegir si iniciar o no la reanimación cardio-pulmonar (RCP), existe una mayor posibilidad de que se respeten las posturas de los pacientes o de los familiares de éstos con respecto a no realizar las maniobras de resucitación, aunque esto represente ir en contra del objetivo de tratar de preservar la vida de la persona ²⁸. El estudio reflejó una clara postura de sus participantes de que cuando se requiere decidir acciones frente a desafíos éticos, el personal prehospitalario toma en cuenta distintas perspectivas de raciocinio moral, ya que es difícil en el momento de la atención consultarles la acción a otros recursos de apoyo variables (colegas, autoridades reguladoras o comités de ética) y lo que se resuelve en el momento son en gran medida decisiones únicas ^{29, 30}.

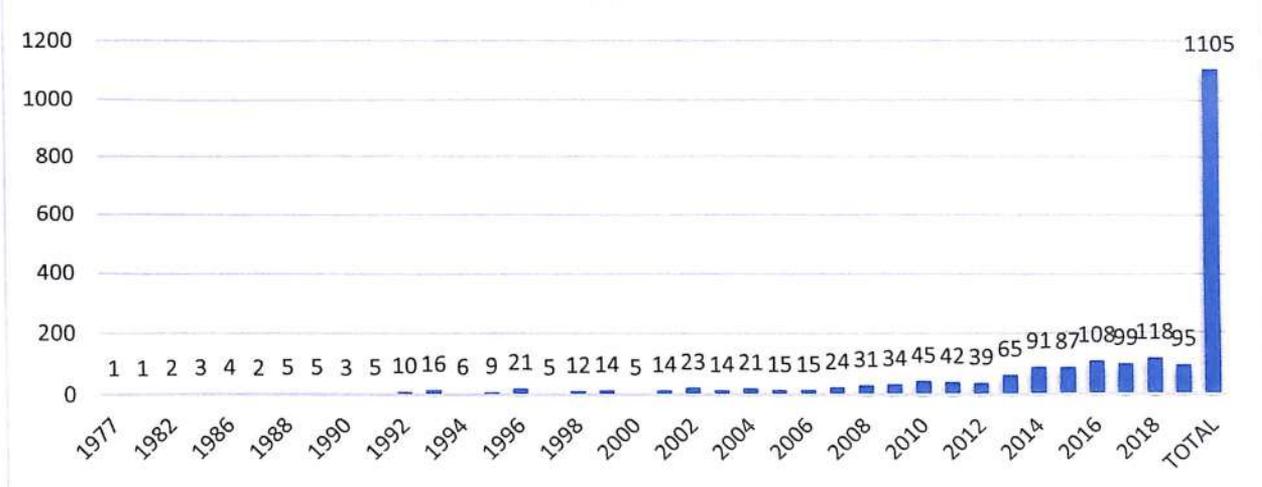
4. Gestión de la información sobre los antecedentes

A lo largo de los años la investigación sobre la atención prehospitalaria ha ido en aumento alrededor del mundo, sin embargo, aún falta mucha investigación al respecto para así por medio de esta atención reducir índices de mortalidad y

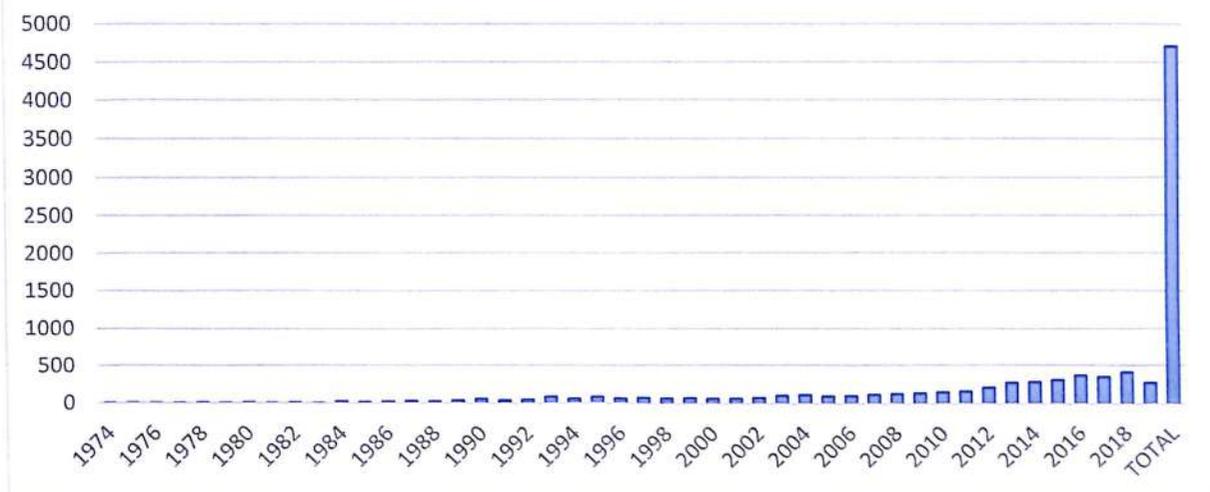
morbilidad que aquejan a las poblaciones. Para la presente investigación documental se utilizaron bases de datos como Pubmed y las contenidas en Conricyt donde se han obtenido los siguientes resultados de búsqueda.

Para realizar la búsqueda en las bases de datos antes mencionadas se utilizaron distintas palabras claves como (prehospital [Title/Abstract]) AND research [Title/Abstract] (Figura 2) y PubMed - (prehospital [Title/Abstract]) AND medical [Title/Abstract] (Figura 3) con la primera combinación se encontraron la cantidad de 1,105 artículos y con la segunda combinación se encontraron 4,708 artículos que hablan al respecto de la atención medica prehospitalaria. Observando un aumento de publicaciones cada año, por lo que se podría entender que el interés sobre este tipo de servicio ha llamado la atención de la comunidad de investigadores que se preocupan por mejorar el ámbito prehospitalario para tratar de reducir algunos indicadores que actualmente están alterados en la salud de la población.

**Figura 2. Búsqueda en pubmed -
(prehospital[Title/Abstract]) AND research[Title/Abstract]
count**



**Figura 3. búsqueda en pubmed -
(prehospital[Title/Abstract]) AND medical[Title/Abstract]
count**



Por otro lado, en la base de datos de Web of Science Conricyt se utilizaron las mismas palabras claves empleadas en PubMed las cuales fueron “prehospital” y “prehospital and medical”, en la primera se encontraron un total de 13,112 artículos los cuales estuvieron dispersos según en el área de interés que se muestran en el cuadro 2. Respecto a la segunda búsqueda con las palabras claves ya mencionadas, arrojó un resultado de búsqueda de 4,628. Lo que llama la atención es que en ambas bases de datos el área de medicina de emergencia es la que más estudios y publicaciones tiene por lo que al usar la palabra “emergency medicine” dio un resultado de búsqueda de 24,574 artículos. Sin embargo, casi el 70% de éstos se refiere más a atenciones en el ámbito hospitalario (ver Figura 3).

La atención de emergencia prehospitalaria es un componente vital e integral de los sistemas de salud, particularmente en los países con recursos limitados. Puede ayudar considerablemente a minimizar las muertes, lesiones, morbilidad, discapacidades y traumas causados por los accidentes principalmente de tránsito que suceden alrededor del mundo cada minuto ³¹. Por esa razón y por la relevancia que han estado adquiriendo en las últimas décadas los servicios de emergencia, es que surge la necesidad de realizar más investigaciones que identifiquen debilidades y errores, y con ello tratar de darle soluciones a dichos problemas y empezar a

emplear más métodos y modelos que sirvan para el mejoramiento continuo de estos servicios.

Tabla 2. Búsqueda con palabras claves “prehospital and medical

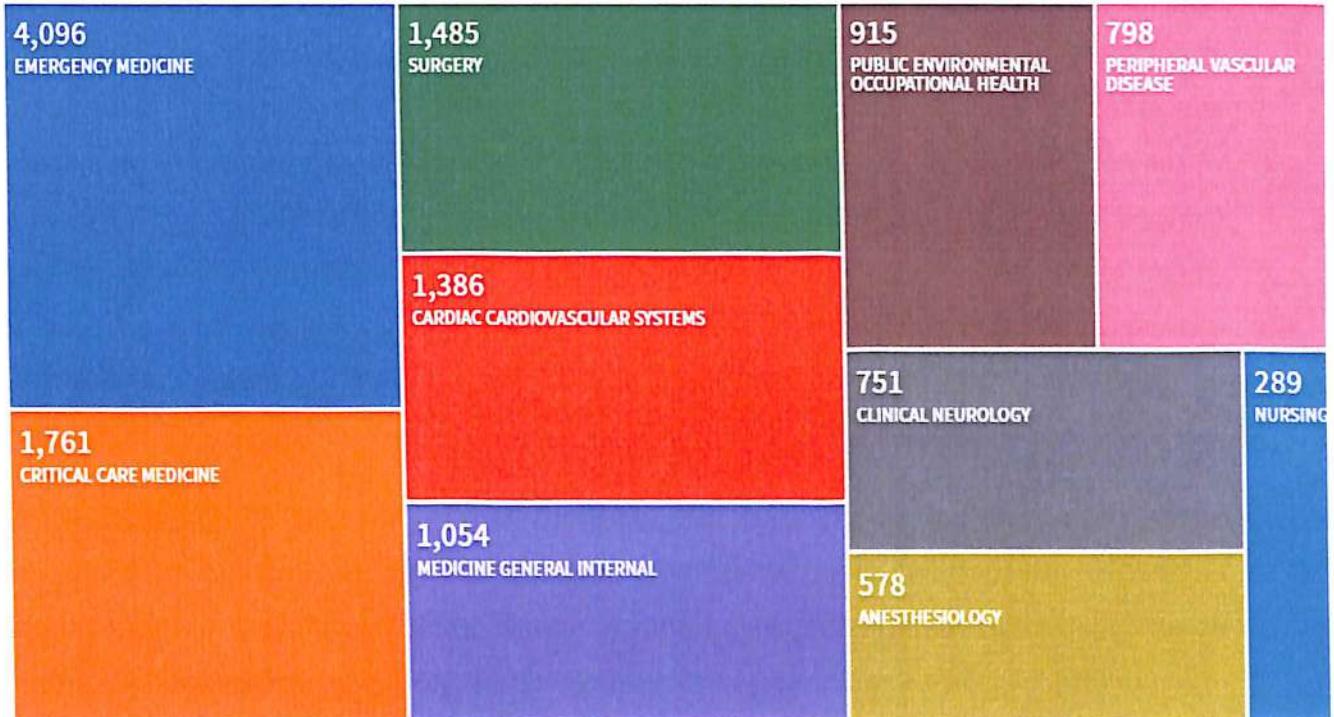
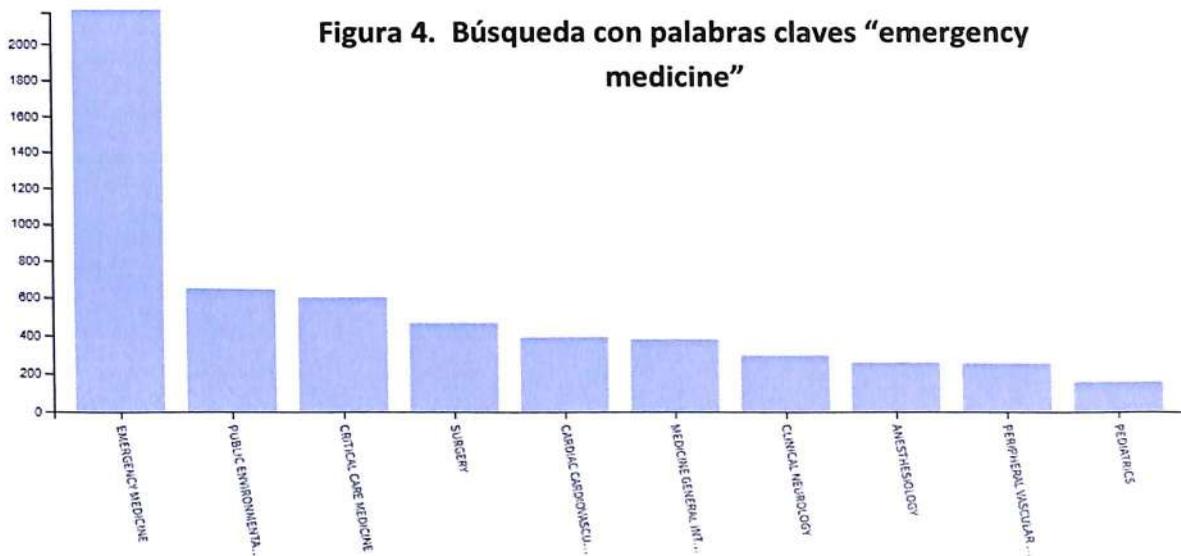


Figura 4. Búsqueda con palabras claves “emergency medicine”



En México la investigación en el ámbito de atención prehospitalaria ha sido pobre pues son pocas las investigaciones encontradas sobre este tipo de servicio, inclusive las palabras claves en PubMed de “Prehospital y México” dan como resultado sólo 23 artículos; utilizando “prehospital medical y México” únicamente

arroja 2 resultados y en las bases de datos de Conricyt los resultados no son tan diferentes que en la primera base consultada.

Los estudios encontrados fueron tanto cuantitativos como cualitativos en los primeros tratando de encontrar números duros, incidencia, tasas y prevalencia de la atención y dentro de las cortes cualitativas lo principal que se buscaba era beneficios, riesgos, percepciones, aprendizaje y limitaciones de la atención en la emergencia en prehospital ³². En la revisión de la bibliografía disponible, se encontró que la atención prehospitalaria es atendida por diversos profesionales de la salud, lo que es bien sabido es que estos servicios deben utilizar personal altamente capacitado, ya que las vidas se salvan con conocimiento y no con buenas intenciones.

En la actualidad la atención médica prehospitalaria y de recuperación son otorgados en distintos lugares por una tripulación de paramédicos, técnicos en urgencias médicas, enfermeras y médicos, dando lugar a que existan discusiones de quien de estos profesionales es quien debe de prestar la atención y formar parte de una tripulación óptima para la atención ³³⁻³⁵.

En urgencias y emergencias médicas se debe realizar la recogida, gestión, procesamiento y aplicación de los datos de la atención prestada a los pacientes que requirieron alguna atención médica, así como los datos operativos. Esta información cambia y mejora los sistemas de atención prehospitalaria y las intervenciones de los servicios de urgencias hospitalarios una vez que se lleva a cabo la entrega-recepción del paciente. Los datos procesados que se emplean aunado a la serie de pasos que ésta enmarca y su aplicación, es una de las herramientas más importantes para mejorar la atención urgente y repercutir positivamente en la salud de la población ³⁶.

Los sistemas de información en los servicios de urgencias han desviado las actividades médicas desde la atención del paciente hacia la atención del ordenador y los prestadores de servicios han tenido que adaptarse a estos retos, en espera de que el uso del buen registro y captura de datos en la atención prehospitalaria, mejore

el funcionamiento de los servicios de urgencias, la investigación y la vigilancia de la salud pública ^{36, 37}.

5. Diagnóstico de carencias normativas

En la actualidad no se cuenta con un reglamento que regule y coordine las acciones encaminadas a la atención médica prehospitalaria en el estado de Nayarit por parte de los Servicios de Salud del estado, así como en la Ley estatal de Salud del Estado de Nayarit no se encontró artículo alguno o alguna parte del documento donde hable sobre los servicios de atención médica prehospitalaria, lo que encausa a que estas indicaciones y temas sean solamente tocados a nivel federal y en algunos estados, siendo que deben ser órganos ejecutores de estas disposiciones teniendo cada uno de ellos reglamentos que dirijan y hagan cumplir las normativas federales sin anteponer o descalificar ninguna de éstas.

Por ser un tema relacionado con la salud, con la atención médica y con la pronta atención para la reducción directa de indicadores de mortalidad de interés de la salud pública, cada dependencia debería brindar información diaria de las atenciones prestadas en una plataforma que lleve el registro de esta atención, para que los servicios de salud tengan la información, ya que los datos son almacenados como archivo muerto sin dejar antecedente de lo sucedido.

Lo antes mencionado obedecería a la segunda carencia la cual consiste en un sesgo de registro. Actualmente la NOM-034-SSA3-2013. para la Regulación de los Servicios de Salud. Atención médica prehospitalaria. Menciona en el punto 7.3.3 que el personal de la ambulancia debe entregar una copia del Formato de Registro de Atención Prehospitalaria (FRAP) para que éste sea anexado al expediente clínico del paciente. Sin embargo, la información de los usuarios que no son trasladados a un nosocomio, se pierde pues no se registra en ninguna parte.

La tercera carencia es no tener un control y registro de las personas que se dedican a prestar servicios de atención médica prehospitalaria. Esta falta de control puede atraer repercusiones para el paciente en cuestión de su seguridad ya que al no disponer de estas políticas pueden suceder situaciones como tener a menores de

edad brindando este servicio, así como personal que no cuente con la preparación adecuada ni certificación para otorgar servicios médicos de urgencia.

Actualmente la atención médica prehospitalaria es regulada y coordinada en parte por dependencias de Seguridad Pública y Protección Civil, las cuales funcionan como ejes que coordinan estos servicios de atención, considerando que es una función que le competiría a la Secretaría de Salud a nivel estatal. Esto podemos constatarlo en el reglamento interno de protección civil para el municipio de Tepic en su artículo 40 de la atención prehospitalaria y en su artículo 41 de la regulación de la atención prehospitalaria. Este último tiene un único párrafo que dice:

“Los acuerdos y convenios que se celebren en materia de servicio de atención prehospitalaria estarán orientados a establecer normas y procedimientos para regular las funciones de los servicios de atención prehospitalaria y acorde a los procedimientos técnicos y científicos aplicables al caso y a vigilar que los vehículos, equipos, instrumentos y demás elementos necesarios que se utilicen para brindar la atención prehospitalaria, sean adecuados y reúnan las condiciones que requieran las circunstancias”

38.

De esta manera se puede analizar que la regulación y coordinación de dichos servicios a nivel Estatal no es llevada a cabo por la Secretaría de Salud como eje rector, si no que cada municipio tiene directamente la toma de decisiones en este tema y gran parte de estas corporaciones son ajenas al sector salud.

6. Consecuencias de las carencias normativas

Según la OMS, los Sistemas de Emergencias son una parte integral de cualquier sistema eficaz y funcional de atención médica con el objetivo de prevenir la mortalidad innecesaria y disminuir en gran medida la morbilidad a largo plazo. Son los prestadores de Servicios de Emergencias Médicas (EMS) los que tienen el primer contacto con el paciente durante los primeros minutos de las urgencias y situaciones que comprometen la vida, siendo estos servicios los que brindan

atención en todas las situaciones de emergencias incluyendo los desastres naturales ³⁹.

A diferencia de países como Alemania, Grecia, Austria y Malta que son los países con mejores resultados en este tipo de atención, que utilizan el modelo franco-alemán el cual prácticamente se basa en la idea de “llegar al lugar de la emergencia y estabilizar al paciente”. El anglo-americano que se utiliza en Estados Unidos principalmente y fue adoptado por México, consiste en la idea de “recoger y llevar” siendo el objetivo principal transportar al paciente al hospital con la mayor prontitud posible y aplicándole las mínimas intervenciones prehospitalaria ³⁹. Una de las diferencias que se pueden observar en estos modelos es que el primero forma parte integral del sistema público de salud y el segundo generalmente forma parte integral del sistema de protección y salvamento.

Debido a que la APH se lleva a cabo comúnmente en entornos públicos, es inseparable de la política. Sin embargo, la interacción entre estos sistemas de atención y de política debe conservarse en equilibrio. Ya que, si el sistema prehospitalario está siempre en el centro de la atención, las decisiones dónde se desarrollan los recursos pueden ser promovidas por consideraciones políticas más que médicas, en cuyo caso se puede alterar la marcha, la eficacia y la eficiencia del sistema de salud. Los directores médicos de estos sistemas tienen que considerar y conseguir el respaldo de la comunidad política y tener libertad a la hora de tomar decisiones sin que haya coacción y presiones de múltiples índoles ⁴⁰.

La ayuda del gobierno de alto nivel y de los principales líderes políticos es de mucha relevancia para asegurar la facilidad operativa y financiera de cualquier sistema prehospitalario. Los servicios de atención de urgencia no pueden regirse adecuadamente sin líderes de la comunidad, de la política y del gobierno, ya que éstos son los que están comprometidos y preparados a elaborar legislaciones que faculten y aseguren los recursos necesarios. De la misma manera, que apoyen los esfuerzos de los principales actores profesionales en salud que implementen estrategias que mejoren la calidad y disponibilidad de la atención prehospitalaria ⁴⁰.

Sin embargo, cabe señalar que la falta de apoyo político, la falta de actores que realicen proyectos de propuesta o de modificaciones y la presencia de corrupción o luchas administrativas internas, son las que llegan a derrumbar los esfuerzos del personal de que brinda atención prehospitalaria. Con base en lo anterior se puede decir que las propuestas de modificaciones o aportes legislativos son necesarias para crear voluntades políticas que coadyuven a constituir y mantener programas de salud pública en esta materia, tomando en consideración que los que laboran dentro de un sistema de atención prehospitalaria, deben educar a la población, así como a los principales funcionarios públicos en funciones y nuevos electos sobre la importancia de esta atención.

Aunque las especificidades son distintas de un país a otro, la autoridad para operar un sistema de atención prehospitalario se deriva generalmente de las leyes adoptadas por el gobierno del país, si no existe legislación que establezca o regule estos servicios, quienes la proporcionan, deberán trabajar operativamente sin definiciones de cumplimiento. Por ello la normativa y la reglamentación favorecen garantizar la salud pública, la seguridad del paciente, las expectativas de la atención y el respaldo y autoridad jurídica. Además, una legislación puede desempeñar un papel crucial en acciones de prevención (por ejemplo, mediante la promulgación de leyes que exigen el uso obligatorio de cascos) ⁴¹.

Con la existencia de un marco legal en las acciones, se abordan habitualmente por reglamentos administrativos: formaciones, certificaciones y expedición de licencias de los proveedores de servicios médicos de emergencia prehospitalarios. Esto garantiza que las personas encargadas del servicio sean profesionales con capacidades, destrezas y competencias para proporcionar una atención segura, disminuyendo con esto iatrogenias, muertes o lesiones por mala praxis, impericias y negligencias.

Un estudio comparativo realizado en Colombia en 2015 menciona que México está dentro de los países con desarrollo importante en cuanto a operatividad ya que dentro de sus resultados el estado que resaltó fue la Ciudad de México, así mismo el único Centro Regulador de Urgencias Médicas (CRUM) que publicó resultados

sobre sus actividades fue la de este estado ⁴². Cabe destacar que en cuanto al Sistema de Información se refería, los resultados indicaron lo siguiente:

“En Colombia el Sistema de Información es un documento escrito elaborado con base en una solicitud en la cual se registran los datos pertinentes para justificar la movilización prioritaria y no prioritaria de una ambulancia. La orden del servicio puede estar soportada en la información recolectada en el récord de prestación del servicio y/o historia clínica del paciente. Contrastado con México, se hace mención que no existe guía alguna ni requerimientos específicos para el campo prehospitalario, lo que permite que algunos servicios públicos y privados entreguen datos de atención con poca información de utilidad médica, sin especificar los procedimientos realizados, el nivel de atención brindada o la información médico legal que proteja a pacientes o practicantes” ⁴².

De los sistemas de información más completos son los que están en Estados Unidos de América (USA), por ejemplo el de la ciudad de San Diego, el cual en las Políticas y protocolos prehospitalarios 2019-2020 en el numeral 600 que comprende a la recopilación de datos, estipula todas las normas sobre el procesamiento de esta información a través de plataformas las cuales les permiten tener una amplia cobertura de datos, reduciendo el sesgo de registro y de información lo que permite tener estadísticas más completas ⁴³.

7. Metodología de la elaboración de las propuestas

Se realizó una revisión de las normativas internacionales y nacionales en materia de AMP, el marco internacional fue un referente jurídico que dio sustento a las propuestas que se desarrollen de acuerdo a los antecedentes y al diagnóstico de carencias normativas (cuadro 3). Posteriormente se realizó un marco jurídico comparado donde se analizaron las leyes en salud de los 32 estados de la República Mexicana con el objetivo de visualizar cuál de ellas tiene dentro de su legislación a la AMP, así como vislumbrar cuantos de los estados tienen sustento jurídico legislativo que respalden las acciones operativas de la AMP (cuadro 4).

Se llevó a cabo una consulta de expertos, a través de la cual se recopiló la información sobre los principales problemas identificados y las posibles soluciones. Esta recolección se llevó a cabo por medio de entrevistas separadas y con el apoyo de un cuestionario semiestructurado diseñado por el Dr. Franco Corzo para consultar expertos como parte del diseño de políticas públicas (ver anexo 1 y 2). Los expertos incluidos contaban con un mínimo de 10 años de ejercicio en el campo de la atención médica prehospitalaria, radicados los últimos 10 años en el Nayarit y participan activamente en la parte operativa, administrativa o directiva en el área.

El análisis de las respuestas en el cuestionario fue interpretado con ayuda del programa ATLAS.ti versión 8.4 con el cual fue posible vislumbrar los puntos en los que los expertos convergieron, así como los puntos de percepción que cada entrevistado tuvo de distinta manera.

Tabla 3. Referentes en el marco internacional

Organización Mundial de la Salud	Resolución EB120.R4	Emite la recomendación al fortalecimiento de los Sistemas de Emergencias Médicas (SEM) donde se incluye a la atención prehospitalaria.
Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia	Ley 1438 de 2011 última reforma en enero de 2019 en su artículo 37 y 67	El primero habla de los planes de Medicina Prepagada, de atención prehospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada. El segundo, habla sobre la coordinación y articulación de todos los actores que intervienen en la atención integral de las emergencias médicas, y que permita mejorar la oportunidad, calidad e impacto de la prestación de los servicios en salud ⁴⁴ .
		En la primera menciona que el Ministerio de Salud será órgano rector y planificador de la administración pública nacional de la salud. Ejercerá la dirección técnica y

Ministerio de Salud de Venezuela	Ley Orgánica de Salud artículo 5, Resolución 840 del Ministerio de Salud. Gaceta oficial 34.793 de 1.991.	establecerá las normas administrativas, así como la coordinación y supervisión de los servicios destinados a la defensa de la salud ^{45,46} . La segunda es una resolución donde el Ministerio de Salud faculta a la corporación del H. cuerpo de bomberos para las tareas de la atención prehospitalaria.
----------------------------------	---	--

Marco referente internacional. Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Método jurídico-comparado: de las 32 entidades federativas

No.	Entidad Federativa	Nombre de la ley	Fecha de publicación y última reforma	Artículos	Observación
	Ley General de Salud		7 de febrero de 1984/ 12 de diciembre de 2018	Artículo 79 párrafo 2	En diciembre de 2017 se reforma el párrafo para el ejercicio de actividades técnicas y auxiliares añadiendo a la atención médica prehospitalaria
	Ley General de Salud		24 de enero del 2020	Transitorios Artículo 2 y 3	Se adiciona en los transitorios que se dan 90 para la emisión de un reglamento relativa a la atención médica prehospitalaria y que quienes presten servicio tienen un año para regularizarse
01	Aguascalientes	LEY DE SALUD DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES	6 de junio de 1999/ 24 de mayo 2021	sin artículos al respecto	sin artículos al respecto
					Menciona que el consejo estatal para la

02	Baja California Sur	LEY DE SALUD PARA EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR	31 de diciembre de 2004/ 31 de agosto de 2019	143 fracción V	prevención de accidentes coordinara la atención prehospitalaria y hospitalaria
03	Baja California	LEY DE SALUD PÚBLICA PARA EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA	9 de noviembre de 2001/16 de abril de 2021	capítulo tercero artículo 11 fracción XIV	habla sobre realizar las acciones necesarias para contar con ambulancias equipadas siendo responsabilidad del ejecutivo a través de la Secretaría de Salud
04	Campeche	LEY DE SALUD PARA EL ESTADO DE CAMPECHE	23 de Julio de 2010/ 12 de diciembre de 2019	Sin artículos al respecto	Sin artículos al respecto
05	Coahuila	LEY ESTATAL DE SALUD DE COAHUILA DE ZARAGOZA	30 de Julio de 1993/ 23 de febrero 2021	Sin artículos al respecto	Sin artículos al respecto "existe una ley estatal de urgencias médicas"
06	Colima	LEY DE SALUD DEL ESTADO DE COLIMA	23 de diciembre de 2000/ 30 de mayo de 2020	Sin artículos al respecto	Sin artículos al respecto
07	Chiapas	LEY DE SALUD DEL ESTADO DE CHIAPAS	12 de agosto de 1998/ 30 de diciembre 2020	Sin artículos al respecto	Sin artículos al respecto
08	Chihuahua	LEY ESTATAL DE SALUD DEL ESTADO DE CHIHUAHUA	14 de abril de 2012/ 12 de mayo de 2021	Sin artículos al respecto	Sin artículos al respecto
09	Ciudad de México	LEY DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL	17 de septiembre de 2009/ 5 de marzo de 2019	Artículo 5 fracción IV, Artículo 6 fracción X, Artículo 30, 31, 32, 35, 36 fracción III y V, Artículo 37, 38 y 39.	La Secretaría diseñará, organizará, operará, coordinará y evaluará el Sistema de Urgencias Médicas, el cual garantizará la atención prehospitalaria y hospitalaria de la población, de manera permanente,

					oportuna y efectiva.
10	Durango	LEY DE SALUD DEL ESTADO DE DURANGO	11 de Julio de 2002/ 10 de diciembre 2020	Sin artículos al respecto	Sin artículos al respecto
11	Estado de México	LEY DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO	13 de diciembre de 2001	Sin artículos al respecto	Sin artículos al respecto
12	Guanajuato	LEY DE SALUD DEL ESTADO DE GUANAJUATO	08 de agosto de 1986/ 03 de noviembre de 2020	Sin artículos al respecto	Sin artículos al respecto
13	Guerrero	LEY NÚMERO 1212 DE SALUD DEL ESTADO DE GUERRERO	04 de diciembre de 2012/ 29 de diciembre de 2017	Sin artículos al respecto	Sin artículos al respecto
14	Hidalgo	LEY DE SALUD PARA EL ESTADO DE HIDALGO	30 de agosto de 2004/ 31 de marzo 2021	Sin artículos al respecto	Sin artículos al respecto
15	Jalisco	LEY GENERAL DEL ESTADO DE JALISCO	Última reforma 02 de abril de 2020	Artículo 86 fracción I párrafo 3	Solo menciona el tipo de atención que se otorgara por el personal de urgencias de manera equitativa y su derivación al área de urgencias de una institución pública o privada de salud
16	Michoacán	LEY DE SALUD DEL ESTADO DE MICHOACÁN DE OCAMPO	10 de septiembre de 2007/ 25 de enero 2021	Sin artículos al respecto	Sin artículos al respecto
17	Morelos	LEY DE SALUD DEL ESTADO DE MORELOS	29 de junio de 2005/ 28 de agosto de 2019	Artículo 90 bis, Artículo 151 y su fracción II	Habla que la Secretaría de Salud deberá de llevar un registro del personal capacitado para prestar el servicio de atención médica prehospitalaria, así como la atención en casos de desastres

18	Nayarit	LEY DE SALUD PARA EL ESTADO DE NAYARIT	30 de abril de 1994/ 30 de marzo de 2021	Sin artículos al respecto	Sin artículos al respecto
19	Nuevo León	LEY ESTATAL DE SALUD	12 de diciembre de 1988/ 11 de junio 2021	Sin artículos al respecto	Sin artículos al respecto
20	Oaxaca	LEY ESTATAL DE SALUD DEL ESTADO DE OAXACA	05 de marzo de 1994/ 25 de noviembre del 2020	Sin artículos al respecto	Sin artículos al respecto
21	Puebla	LEY ESTATAL DE SALUD DE PUEBLA	15 de noviembre de 1994/ 02 de octubre de 2020	Sin artículos al respecto	Sin artículos al respecto
22	Querétaro	LEY DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO	30 de enero de 2001/ 17 de enero de 2020	Artículo 2 fracción XI, Artículo 40 y el Artículo 52	Menciona que se debe apegar a la NOM vigente en atención prehospitalaria y que aquellos que presten atención medica prehospitalaria se deberán sujetar al reglamento de ese estado
23	Quintana Roo	LEY DE SALUD DEL ESTADO DE QUINTANA ROO	30 de diciembre de 1994/21 de diciembre de 2020	Sin artículos al respecto	Sin artículos al respecto
24	San Luis Potosí	LEY DE SALUD DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI	23 de diciembre de 2004/ 22 de mayo de 2021	Sin artículos al respecto	Sin artículos al respecto
25	Sinaloa	LEY DE SALUD DEL ESTADO DE SINALOA	03 de septiembre de 2004/ 04 de marzo de 2020	Artículo 160 párrafo 2	Menciona que para el ejercicio de actividades de atención medica prehospitalaria los diplomas o certificados deben ser expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes

26	Sonora	LEY DE SALUD PARA EL ESTADO DE SONORA	22 de junio de 1992/ 28 de mayo de 2021	Sin artículos al respecto	Sin artículos al respecto
27	Tabasco	LEY DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO	12 de diciembre de 2009/ 17 de agosto de 2020	Artículo 3 fracción X, Artículo 49, Capítulo V Artículo 198, 199, Artículo 200 fracción III, Artículo 202, Artículo 207, 207 fracción I y IV	Consiste en la atención prehospitalaria y hospitalaria temprana que disminuye la probabilidad de lesiones permanentes o de pérdida de vida y que dirige sus acciones a la búsqueda, rescate, estabilización y traslado de pacientes que se hayan lesionado o enfermado, mediante un sistema prehospitalario de atención de urgencias.
28	Tamaulipas	LEY DE SALUD PARA EL ESTADO DE TAMAULIPAS	27 de noviembre de 2001/ 15 de octubre de 2020	Sin artículos al respecto	Sin artículos al respecto
29	Tlaxcala	LEY DE SALUD DEL ESTADO DE TLAXCALA	28 de noviembre de 2000/ 12 de abril de 2018	Sin artículos al respecto	Sin artículos al respecto
30	Veracruz	LEY DE SALUD DEL ESTADO DE VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	17 de mayo de 1988/ 04 de febrero de 2020	Sin artículos al respecto	Sin artículos al respecto
31	Yucatán	LEY DE SALUD DEL ESTADO DE YUCATÁN	16 de marzo de 1992/ 09 de diciembre 2020	Sin artículos al respecto	Sin artículos al respecto
32	Zacatecas	LEY DE SALUD DEL ESTADO DE ZACATECAS	07 de marzo de 2017/ 18 de noviembre de 2020	Artículo 17	La Secretaría de Salud a través del CRUM establecerá una Red de Emergencias Médicas que brindaran urgencias médicas

					prehospitalarias y hospitalarias
--	--	--	--	--	----------------------------------

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la Ley General de Salud, únicamente el artículo 79 menciona a la atención médica prehospitalaria después de la reforma en diciembre de 2017 párrafo que habla sobre las actividades técnicas y auxiliares. En relación a las 32 entidades federativas, sólo 8 estados mencionan artículos dentro de su Ley Estatal de Salud en materia de la atención prehospitalaria, siendo la Ciudad de México la que tiene más artículos dentro de su ley. donde se estipula una comisión conformada por la Secretaría de Salud la cual preside la comisión, la Secretaría de Protección Civil, la Secretaría de Seguridad Pública y la Secretaría de Finanzas.

8. Consulta a expertos

El juicio de expertos es un método de validación útil para verificar la fiabilidad de una investigación que se define como “una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones” ⁴⁷.

La consulta a expertos es una forma proyectiva que consiste en la interrogación a expertos con la ayuda de cuestionarios, con la finalidad de expresar y evidenciar convergencias de opiniones y deducir eventuales consensos ⁴⁸. Para llevar a cabo la consulta se solicitó a un grupo de expertos en el ámbito de AMP a los cuales se les dio a responder un cuestionario donde pudiesen identificar los principales problemas de la atención prehospitalaria en el estado de Nayarit y los cambios que pudieran afectar a este sector objeto de estudio. En ese tenor también se externarían las propuestas que coadyuvarían a mejorar las problemáticas planteadas por ellos mismos. Con esto se fortalecerá la propuesta de los aportes, de forma que se puedan disminuir las consecuencias negativas y que pudiesen tener afectaciones sobre la población y trabajadores del sector prehospitalario.

8.1. Procedimiento de la recolección de información

El medio para recabar la información de la consulta de expertos se basó en la aplicación de los cuestionarios semiestructurados del Dr. Julio Franco Corzo de su libro *Diseño de Políticas Públicas* esto por medio de entrevistas a 5 expertos con más de 10 años involucrados en el tema de AMP en el estado de Nayarit. este procedimiento se llevó a cabo de forma individual y autónoma, con el objetivo de garantizar el anonimato y evitar que alguno de los entrevistados fuese influido en sus respuestas y percepciones por la opinión de otros expertos ⁴⁹.

El procedimiento de entrevistarse con cada uno de los expertos fue activamente positivo ya que se les pidió total reserva de la actividad que se estaba desarrollando en la recogida de información con la finalidad de que no se contactaran ni comunicaran con otros expertos y con esto evitar por una parte la influencia en las respuestas y por otra los efectos de liderazgo. De la misma forma los entrevistados no supieron en ningún momento a cuáles expertos ya se les había consultado ni qué respuestas habían dado a los cuestionamientos planteados.

La entrevista comenzó en todos los casos con la presentación por parte del entrevistador y con un pequeño preámbulo donde se les daba a conocer a los expertos lo siguiente:

- Que se requería nos expusieran desde su punto de vista como consideran que se brinda la AMP en el Estado de Nayarit.
- Que se requería recabar información acerca de las problemáticas que ellos veían en la AMP en el estado de Nayarit.
- Que las problemáticas podían ser de tipo que ellos identificaran (legal, logístico, técnico, profesional, de recursos económicos o humanos).
- Las causas que consideran originan la problemática que identificaron.
- Las posibles soluciones a dichas problemáticas.
- Externar si se conoce alguna práctica que dé o esté dando solución a las problemáticas planteadas.

Una vez recabada la información de los participantes, se realizó a cabo el análisis de las distintas respuestas plasmadas en el cuestionario, así como los puntos de vista externados y percibidos durante el desarrollo de la entrevista.

8.2. Expertos consultados

Dentro de los entrevistados, se buscó que tuvieran un perfil de calidad considerando que fueran conocedores ampliamente en el tema, que contaran con un tiempo mínimo de 10 años de experticia dentro del ámbito prehospitario y que estuvieran radicando en el Estado de Nayarit con un mínimo de 10 años de igual forma. Con base en esto, se seleccionaron personas que se han desarrollado o siguen inmersos en las distintas ramas.

- Profesionales que se dedican o se hayan dedicado a llevar a cabo actividades de Atención Médica Prehospitaria (profesores, médicos, enfermeros, paramédicos y directivos institucionales).

Esta consulta de expertos, se justifica por la necesidad de recolectar información desde puntos de vista distintos de las problemáticas que en la actualidad tienen los servicios de AMP.

La información que se recabo fue analizada con la finalidad de realizar un cuadro con las distintas opiniones de los expertos y analizar cuáles de estas coincidían con las lagunas normativas ya identificadas, así como resaltar otros puntos no previstos en las mismas.

8.3. Resultados de la consulta

❖ Delimitación de los problemas de AMP.

En cuestión a las respuestas de los expertos consultados, estos coinciden en que en gran parte de los estados de México está mal regulada, coordinada, controlada y ejecutada la AMP, y el estado de Nayarit no es la excepción. Así mismo convergen en el punto en que este campo es vasto y hace falta más investigación, así como que, para llevar a cabo la obtención de datos relevantes para la generación de indicadores, es necesario el sustento jurídico por medio de leyes y reglamentos que

sean aplicadas y ejecutadas por las instituciones involucradas en este tipo de servicio. Ponen de manifiesto que en la actualidad en Nayarit existe una gran limitación en la normativa que genera deficiencias importantes en los servicios de atención, genera falta de información en las estadísticas y vulnera de manera directa e indirecta el bienestar social.

❖ Principales causas que originan las problemáticas

Respecto a este segundo punto las percepciones en común según el análisis son que en la actualidad el sector de la salud no regula ni supervisa de manera adecuada a las instituciones y a los prestadores de servicios encargados de brindar la atención. En ese tenor muchos de los individuos que prestan atención médica arriba de una ambulancia o son operadores de una no tienen el perfil, la capacitación o las competencias necesarias para llevar a cabo dichas tareas, lo que denominaron como falta de profesionalización del servicio extrahospitalario.

Así mismo dentro de las entrevistas se hizo mención en que la falta de interés y voluntad política para dignificar y realizar acciones que beneficien esta parte del sector, es uno de las principales causas para que no se generen indicadores que midan la calidad y eficacia de los servicios, causando que haya poca información fidedigna acerca del tema prehospitalario.

❖ Principales posibles soluciones propuestas

En este punto existieron algunos planteamientos en común tales como la creación de leyes que apliquen directa y específicamente en la AMP en el estado; que se cree una herramienta que permita medir el servicio extrahospitalario para contar con la información análisis y mejora continua; que es necesario instalar un SAMU o CRUM que dirija, coordine y regule las acciones de la AMP; que la regulación sanitaria en materia extrahospitalaria sea de manera estandarizada y confiable y; que se faculte a la Secretaría de Salud para que esté en constante vigilancia de los prestadores de atención médica en las ambulancias, así como que capacite, evalúe y certifique a este personal.

❖ **Prácticas que conozcan y que den solución a las problemáticas**

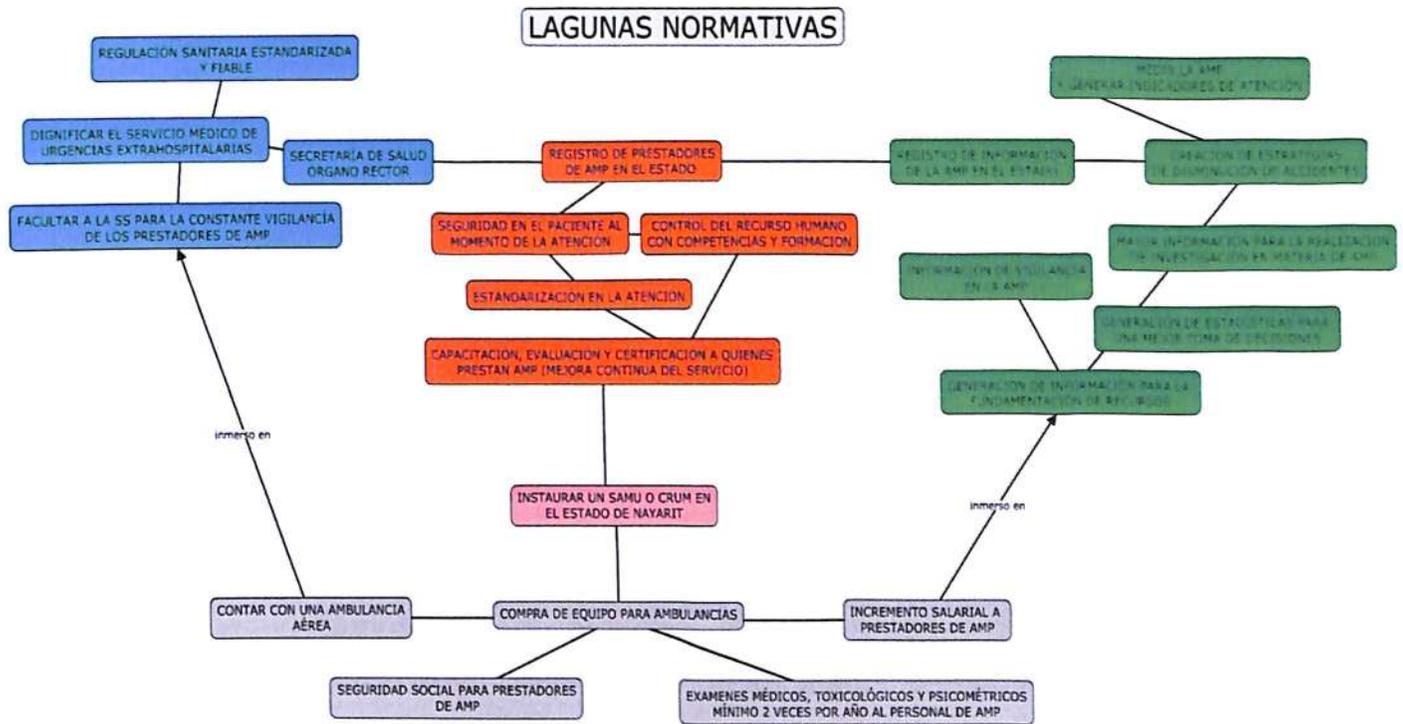
Se converge en un punto en específico y éste es que, en otros estados como Jalisco, CDMX y, Guanajuato tienen en su legislación en salud puntos que hablan y determinan acciones y responsabilidades de la AMP, así como tener implementado un SAMU o CRUM donde los resultados han sido que haya una mayor calidad y eficiencia en la atención, así como el acceso directo a las estadísticas que la AMP genera.

❖ **Puntos de muy bajo acuerdo**

Entre los puntos que los entrevistados dieron respuestas distintas pero que de alguna forma se unen a las problemáticas fueron, comprar más equipo para las ambulancias, tener una ambulancia aérea, que se les incremente el salario a los prestadores de estos servicios, que se les otorgue seguridad social a estos prestadores y que por obligación se realicen exámenes médicos, toxicológicos y psicométricos por lo menos 2 veces al año.

Haciendo un panorama más general, las percepciones de los expertos de cierta manera se conectan en diversos puntos que sin un sustento desde la legalidad que obligue a realizar las acciones correspondientes para resolver estas problemáticas, es difícil que solamente desde la parte operativa se logren estos cambios. En el siguiente mapa de opinión de expertos se podrá observar cómo cada idea se conecta con las lagunas normativas aquí analizadas y expuestas.

Mapa 1. Opinión de expertos y su relación con los aportes.



Fuente: elaboración propia.

9. Actores involucrados en la elaboración del aporte normativo

La importancia de la AMP y la creación de políticas públicas o de un sustento normativo que sea eficiente, sostenible y se vea reflejado en la operatividad para beneficio de toda la población nayarita, requiere de la participación activa, el interés y el apoyo de todas las partes de la sociedad, en especial de esos “actores claves”. Con el término “actor” nos referimos a “cualquier grupo, organización o individuo que puede influenciar o ser influenciado por el proyecto”, en otras palabras, son “las personas a las que les interesa el proyecto”⁵⁰. Hay que tener en cuenta que dentro de las principales problemáticas en la AMP en el estado de Nayarit es la falta de interés de estos actores claves, quienes pueden tomar decisiones que den un rumbo distinto en la AMP teniendo en consideración los intereses, las necesidades, el acceso a servicios de salud, la interculturalidad y las realidades económicas de los individuos.

El llevar a cabo un análisis de los actores involucrados, así como vislumbrar cómo estos actores y la sociedad misma se articulan, relacionan y desenvuelven en un

contexto dado, ha generado gran importancia no solamente en el desarrollo de proyectos profesionales sino también en el desarrollo de proyectos de investigación. El mapeo de actores claves (MAC) como algunas bibliografías lo manejan, es cada vez más utilizada como herramienta de diagnóstico y gestión de proyectos ⁵¹. Por esta razón, conocer la estructuración de los actores que serían participes del proyecto de la AMP en el estado, permite tener conocimiento sobre los alcances y limitaciones que cada uno de éstos puede tener en el desarrollo de este proyecto, así como también la participación que tendrán y la influencia de poder con la cual podrían participar.

9.1. Listado de involucrados

Analizar a los actores sirvió para identificar individuos y grupos que son directa e indirectamente afectados con el proyecto, así como aquellos que pueden involucrarse con él, recabando los intereses de los afectados por el proyecto, así como describir las posibilidades de colaboración y aporte de cada actor clave y el grado de influencia que tiene sobre el proyecto. El análisis permitió dos cosas primordialmente: vislumbrar un escenario de los individuos, grupos y organizaciones, que están relacionadas de alguna manera con el proyecto, y conocer sus intereses, perspectivas y expectativas, que puedan ser relevantes e inclusive que aporten herramientas para aumentar el éxito del proyecto ⁵². como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5. Involucrados y sus intereses		
No.	Involucrados	Intereses
01	Presidente del H. Congreso del Estado de Nayarit	Apoya ya que le parece interesante fortalecer un campo que no se le ha dado la atención adecuada que requiere.
02	Comisión de Salud del H. Congreso del Estado de Nayarit	En apoyo de estudiar la propuesta por sonar interesante y novedosa.

03	Diputados del H. Congreso Constitucional del Estado de Nayarit	Manifestaron apoyar la iniciativa por ser benéfica para la población.
04	Poder Ejecutivo del Estado de Nayarit	Muestra disposición para materializar lo emanado por el legislativo.
05	Ayuntamientos	Sin definir postura alguna.
06	Secretaría de Salud	Sin definir postura alguna.
07	Directores de las distintas corporaciones Públicas de cuerpos de emergencia	La mayoría de los consultados se opone por creer que con estas modificaciones perderían el control total sobre sus ambulancias.
08	Personal proveedor de la Atención Médica Prehospitalaria	Opiniones divididas, ya que algunos consideran necesaria la implementación de políticas públicas que mejoren y dignifiquen el servicio y otras opiniones mencionan que lo único que se requiere es más recurso financiero para la compra de equipo sin necesidad de la normar acciones.
09	Operadores de Ambulancias públicos	Se oponen por considerar innecesaria la capacitación para sólo manejar un vehículo.
10	Operadores de Ambulancias de empresas privadas	En desacuerdo por mencionar que para que ellos puedan trabajar siempre se tienen que apegar a las disposiciones oficiales y el sector público no lo hace.
11	Empresas privadas que presten servicios de traslados y de AMP en el estado de Nayarit	Apoyo por creer justa una estandarización en las disposiciones para todos los sectores.

12	Principales Medios de comunicación	Apoyan con la difusión para que la población tenga el conocimiento sobre cómo está la AMP.
13	Fiscalía General del Estado	Muestran apoyo al considerar que una mejor relación entre dependencias eficientarán los servicios con un buen sistema de comunicación.
14	Personal médico del área de urgencias de los hospitales	En apoyo por considerar que la carga de pacientes y atención al servicio puede disminuir considerablemente.
15	Secretaría de Finanzas del Estado	Se manifestó en contra hasta que existan disposiciones y presupuestos.
16	Población en General	Muestra apoyo ya que consideran necesaria e importante que el gobierno se preocupe en brindar las facilidades para disminuir la falta de ambulancias que atiendan emergencias médicas en el estado.

Fuente: elaboración propia.

Una vez teniendo el listado de los posibles involucrados con sus intereses, se les otorgó un nivel de puntuación en tres aspectos; posición, poder e interés de cada involucrado. El primer aspecto hace énfasis en si el involucrado está a favor, en contra o de postura sin definir acerca del proyecto. El segundo aspecto se emplea con un signo “+” para indicar que apoya el proyecto o con un signo “-” para señalar que se opone a éste. En este aspecto se observa el grado de influencia que tiene el involucrado sobre el proyecto o para influir en los demás involucrados si así lo quisiera. Este “poder” surge de distintas maneras, entre éstas se encuentran, la jerarquía, los recursos que manejen y de la posición de cada involucrado ⁵³.

El poder puede ser de un modo más informal como por ejemplo por ejercer liderazgos carismáticos. En este punto se considera cómo se estima que el involucrado utilizará su potestad dentro del proyecto. El tercer aspecto es el nivel de

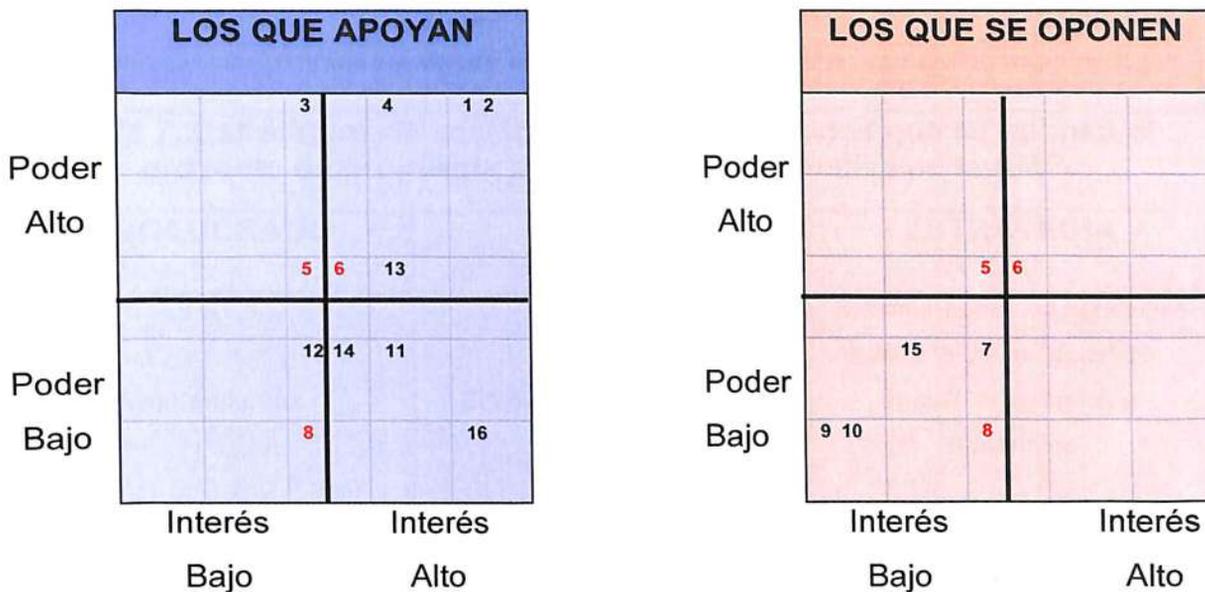
interés que este actor tiene en el proyecto sea a favor o en contra ⁵³. Esto se muestra en la tabla 6.

Tabla 6. Involucrados en la propuesta de aportes a la normativa en la AMP				
No.	Involucrado	Posición	Poder	Interés
01	Presidente del H. Congreso del Estado de Nayarit	+	5	5
02	Comisión de Salud del H. Congreso del Estado de Nayarit.	+	5	5
03	Diputados del H. Congreso Constitucional del Estado de Nayarit.	+	5	3
04	Poder Ejecutivo del Estado de Nayarit.	+	5	4
05	Ayuntamientos	+	3	3
06	Secretaría de Salud	+	3	3
07	Directores de las distintas corporaciones Públicas de cuerpos de emergencia	-	2	3
08	Personal proveedor de la Atención Médica Prehospitalaria	+/-	1	3
09	Operadores de Ambulancias públicos	-	1	1
10	Operadores de Ambulancias de empresas privadas	-	1	1
11	Empresas privadas que presten servicios de traslados y de AMP en el estado de Nayarit	+	2	4
12	Principales Medios de comunicación	+	2	3
13	Fiscalía General del Estado	+	3	4
14	Personal médico del área de urgencias de los hospitales	+	2	3
15	Secretaría de Finanzas del Estado	-	2	2
16	Población en General	+	1	5

Valores Posibles	
Posición	Signo "+" si está a favor; signo "-" si está en contra.
Poder	5: muy alto; 4: alto; 3: medio; 2: bajo; 1: muy bajo.
Interés	5: muy alto; 4: alto; 3: medio; 2: bajo; 1: muy bajo.

Fuente: elaboración propia.

Figura 5. Posiciones de los involucrados



El rol que juegan los actores es importante por ello tener delimitadas las estrategias para cada uno de estos actores es relevante ya que si no se aplican se podrían mover del mapeo poniendo en riesgo la implementación y el éxito del proyecto normativo. Una estrategia se define como el "arte de trazar planes para dirigir un asunto" ^{53, 54}. En este caso, estos planes servirán para intervenir en los actores de acuerdo a su posición de poder e interés. Estas acciones estratégicas se visualizan en la figura 6, 7 y tabla 7.

Figura 6. Estrategias de acción para cada involucrado

		LOS QUE APOYAN		LOS QUE SE OPONEN	
Poder Alto	SIMPATIZANTES Movilizar, lograr mayor interés en el proyecto.	ALIADOS Mantener su interés. Seguir muy de cerca.	Poder Alto	OBSTÁCULOS Monitorear y mantener su bajo interés. No desafiar	ENEMIGOS Tenerlos muy de cerca
Poder Bajo	AMIGOS Mantener informados. Racionalizar esfuerzos	APOYOS Mantener implicados y satisfechos	Poder Bajo	CRÍTICOS Informar. Evitar el enfrentamiento	ADVERSARIOS Usar métodos de persuasión para disminuir su interés
		Interés Bajo	Interés Alto	Interés Bajo	Interés Alto

Fuente: elaboración propia basado en el modelo de la Universidad para la Cooperación Internacional.

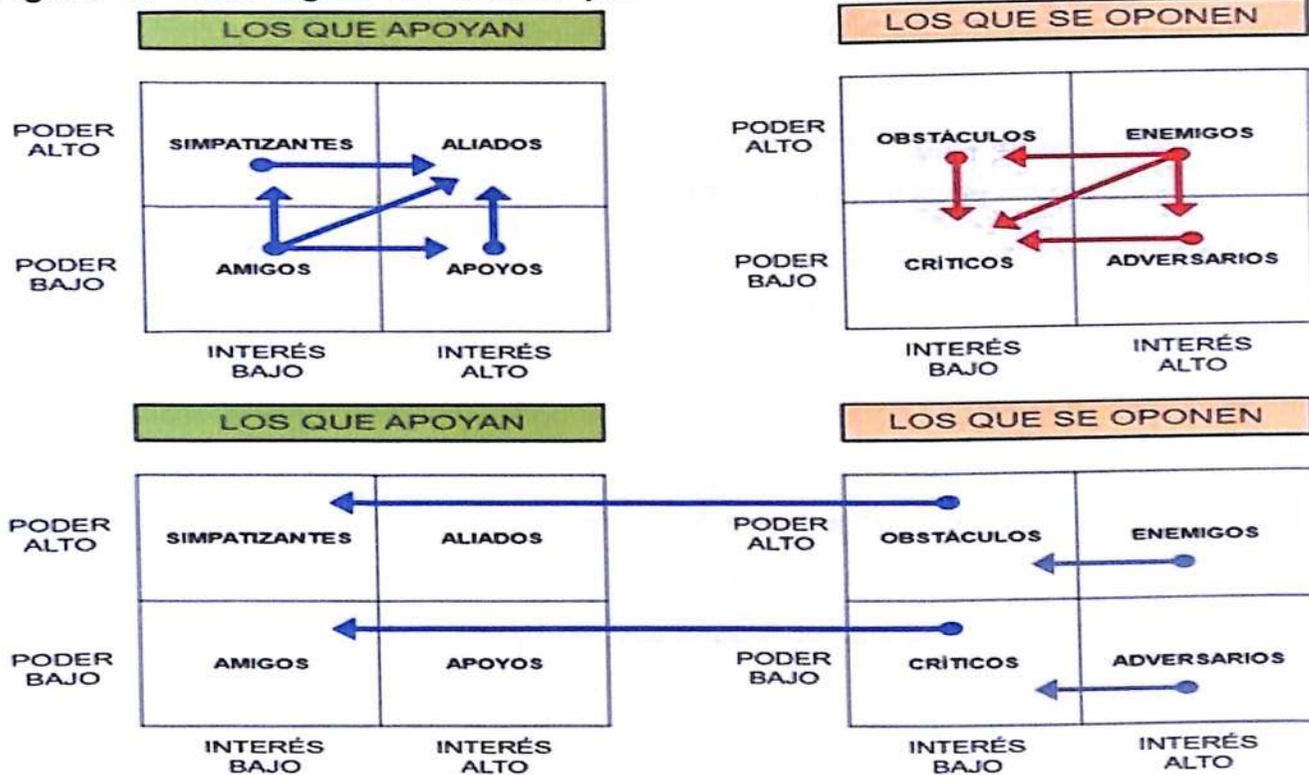
Tabla 7. Estrategias de acción para los involucrados que se oponen al proyecto de propuesta de aportes a la normativa en la AMP.

INVOLUCRADO	INTERÉS	ESTRATEGIA
Ayuntamientos	Sin definir postura alguna	Informar sobre los beneficios para la optimización de recursos humanos y materiales
Secretaría de Salud	Sin definir postura alguna	Hacer de su conocimiento que es pieza clave para el proyecto ya que el papel protagónico lo tendrá este sector
Directores de las distintas corporaciones Públicas de cuerpos de emergencia	La mayoría de los consultados se opone por creer que con estas modificaciones perderían el control total sobre sus ambulancias.	Invitarlos especialmente a participar en el proyecto haciéndolos participes activos de mismo informándoles y dejándoles en claro que son pieza clave de él.

<p>Personal proveedor de la Atención Médica Prehospitalaria</p>	<p>Opiniones divididas, ya que algunos consideran necesaria la implementación de políticas públicas que mejoren y dignifiquen el servicio y otras opiniones mencionan que lo único que se requiere es más recurso financiero para la compra de equipo sin necesidad de la normar acciones.</p>	<p>Empoderarlos para hacerlos participes del cambio en el estado en materia de AMP, así como hacerles ver las ventajas sobre la regularización en la práctica y sus posibles beneficios corto, mediano y largo plazo.</p>
<p>Operadores de Ambulancias públicos</p>	<p>Se oponen por considerar innecesaria la capacitación para solo manejar un vehículo.</p>	<p>Otorgar un argumento solido donde se les diga que con estos aportes normativos será obligación y se les dará valor curricular y experiencia para futuros empleos en otras partes</p>
<p>Operadores de Ambulancias de empresas privadas</p>	<p>En desacuerdo por mencionar que para que ellos puedan trabajar siempre se tienen que apegar a las disposiciones oficiales y el sector público no lo hace.</p>	<p>Convencerlos que con este proyecto se busca la dignificación y estandarización de los servicios que será aplicable a todo prestador de servicio en el estado.</p>
<p>Secretaría de Finanzas del Estado</p>	<p>Se manifestó en contra hasta que existan disposiciones y presupuestos</p>	<p>Presentar una presupuestación satisfactoria y los estudios de factibilidad</p>

Fuente: elaboración propia.

Figura 7. Estrategias de acción para movilización de cada involucrado



Fuente: tomado del documento "Análisis de Involucrados" de la Universidad para la Cooperación Internacional.

10. Descripción de las modificaciones o novedades del aporte

Son tres los aportes que se proponen con este proyecto para el campo de la Atención Médica Prehospitalaria las cuales se describen a continuación.

- o Que exista un consejo conformado por varias dependencias como, Protección Civil y Bomberos del estado, la Fiscalía General, la Secretaría de Finanzas y la Secretaría de Salud, donde esta última funja como órgano rector para que vigile, controle y regule que las atenciones otorgadas por los prestadores de servicios médicos prehospitalarios sean aplicadas de manera correcta disminuyendo con estas acciones las iatrogenias y que este primer contacto con los pacientes sea eficiente y de calidad.
- o Que exista una plataforma de registro para que cada prestador de AMP registre la atención otorgada, con información como datos generales del paciente, tipo de servicio que atienden, las intervenciones que se le realizan al paciente, las autoridades que acuden al lugar del accidente (en caso de

que la atención requerida sea por esta causa), el material que se utilizó en las intervenciones y el nombre de quienes prestaron el servicio médico de emergencia. Esta información deberá ser capturada por cada persona responsable de brindar la atención de las distintas dependencias públicas y de aquellas empresas que brinden AMP de forma altruista.

Esta información será de utilidad para la generación de estadísticas de aquellas personas que son atendidas y no llegan a un nosocomio, permitiendo así a los servicios de salud crear estrategias con base a estos datos que disminuyan algunas tasas de mortalidad por ejemplo por accidentes viales, suicidios, muertes por enfermedades cardiovasculares, etc. Así mismo permitirá la creación de indicadores para medir, evaluar y mejorar los servicios de AMP en el estado.

- o Que el personal que brinde servicios de AMP en el estado se registren y estén autorizados por la Secretaría de Salud para prestar este tipo de servicios, ya que con esta medida se daría mayor seguridad al paciente al momento de la atención, puesto que con el registro se dará por entendido que el personal está debidamente formado, capacitado y con las competencias necesarias para llevar a cabo esta labor. Así mismo, se dará certeza de la capacitación continua a este personal profesionalizando los servicios médicos prehospitalarios y disminuyendo con ello las iatrogenias que se cometen en muchas ocasiones en este medio.

11. Análisis detallado de la relación de las modificaciones o aportes con la salud de la población o sus determinantes.

Existen distintos tipos de políticas, todas ellas enfocadas a los determinantes sociales que rigen como los individuos nacen, crecen, se desarrollan, conviven, se reproducen y mueren, dentro de esas políticas encontramos las Políticas Sociales que son las que se encargan principalmente de lo relevante con la vivienda, el empleo y el territorio, tenemos Políticas Macroeconómicas encargadas de los temas financieros y de cuestiones del Producto Interno Bruto de nuestro país, así como de las negociaciones internacionales y las Políticas Públicas, encargadas

esencialmente en todo lo referente a la educación, seguridad, salud y protección social ⁵⁵.

El campo de la AMP es importante ya que abarca aquellos lugares donde el acceso a los servicios de salud es difícil por diversas causas, teniendo en cuenta que los aspectos en los que se constituye la atención médica y sanitaria, son entre otros, la promoción, protección, prevención, recuperación de la salud, control y tratamiento de las enfermedades en una población. Los determinantes del estado de salud de los individuos y el acceso para recibir atención médica van a depender en gran medida de la capacidad económica, de la zona geográfica y del grado cultural al que se tenga alcance ⁵⁵.

Hay que tener en consideración que las percepciones de cómo se aborda la Salud Pública ha tenido modificaciones al paso de los años, sin embargo, su esencia prevalece la idea esencial de que la Salud Pública es una acción colectiva, que tiene una responsabilidad mutua entre el Estado y la sociedad civil, con el fin de garantizar protección y mejorar la salud de las poblaciones y de los individuos que habitan en ella mediante intervenciones poblacionales y comunitarias. Dentro de estas intervenciones también se encaminan para asegurar el acceso a la atención de la salud y a que haya una calidad y calidez en los procesos de la misma ⁵⁶.

Las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), los Objetivos del Desarrollo 2015-2030 y las Actividades de la Salud Pública, están inmersos y relacionados con la Atención Médica Prehospitalaria en diversos sentidos. Iniciando con las FESP hay que tener en cuenta que en la actualidad son 11 las que fueron dadas a conocer por la OPS/OMS desde el año 2002 y que siguen aún vigentes, éstas se describen en la tabla 8.

Tabla 8. Funciones esenciales de la Salud Pública		
No.	FESP	Síntesis descriptiva
01	Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población.	Evaluación de la situación y tendencias de salud y sus determinantes e identificación de desigualdades en los riesgos, daños y acceso a los servicios (geográfico, económico, cultural, calidad, calidez, entre otros).

02	Vigilancia de la Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños en el sector.	Capacidades institucionales para la investigación, vigilancia y control de brotes epidémicos y patrones de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, traumas y exposiciones a sustancias tóxicas o agentes ambientales dañinos para la salud.
03	Promoción de la salud.	Desarrollo de acciones de promoción de la salud en la comunidad y la implementación de programas para reducir riesgos y daños a la salud individual y colectiva, a través de una activa participación ciudadana.
04	Participación social y empoderamiento de los ciudadanos en salud.	Facilitación de la participación de la comunidad organizada, en programas de prevención, promoción, atención y rehabilitación de la salud.
05	Desarrollo de políticas, planes y capacidades de gestión que apoyen los esfuerzos en Salud Pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional.	Conducción y gestión de políticas en Salud Pública, a través de un proceso participativo en todos los niveles nacionales, coherente con el contexto político y económico en que estas se desarrollan.
06	Regulación y fiscalización de la Salud Pública.	Desarrollo y fiscalización del cumplimiento de los códigos sanitarios y las normas dirigidas al control de los riesgos de salud derivados de la calidad del ambiente; la acreditación y control de la calidad de los servicios médicos; la certificación de calidad de nuevas drogas y sustancias biológicas para uso médico, equipos, otras tecnologías y cualquier otra actividad que implique el cumplimiento de leyes y reglamentos dirigidos a proteger la Salud Pública.
07	Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud.	Promoción de la equidad en el acceso a la atención de salud e incluye la evaluación y la promoción del acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios.
08	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en Salud Pública.	Formación y capacitación del personal profesional y técnicos de Salud Pública, en pre y postgrado, acorde con las necesidades de salud de cada país, a nivel nacional o subnacional.

09	Garantía de calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.	Promoción de sistemas permanentes de garantía de calidad, acreditación de servicios, y la implementación de programas de desarrollo y monitoreo continuo de los resultados de las evaluaciones hechas mediante esos sistemas.
10	Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en Salud Pública.	Apoyo al desarrollo de la investigación en salud, que incluye los procesos de innovación y los esfuerzos de investigación básica y aplicada, para impulsar cambios en las prácticas de Salud Pública.
11	Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.	Planificación y ejecución de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana relacionadas con las emergencias y desastres que impacten la Salud Pública.

Fuente: tomado del documento *"funciones esenciales de la salud pública: su implementación en argentina y desafíos hacia salud universal"* de la OMS/OPS, 2017.

11.1. Relación de las FESP y el proyecto en Atención Médica Prehospitalaria.

FESP 1. La AMP se otorga en todo tipo de lugares, urbanos y rurales atendiendo pacientes sin importar su condición social o creencias, sin embargo, su práctica no está monitoreada por lo que no hay información del nivel de calidad con el que se otorgan estos servicios.

FESP 2. La AMP es el primer contacto que en muchas ocasiones las personas tienen con algún servicio de salud, es por ello que vigilar y conocer la información que se emana de esta, es importante para generar estadísticas que coadyuven a identificar patrones de traumas (accidentes y lesiones) principalmente.

FESP 3. Desde el ámbito prehospitalario se hacen en muchas ocasiones módulos para la prevención de accidentes de todo tipo (viales, laborales, de hogares) por ello el apoyo del sector salud es relevante para mejorar estas actividades.

FESP 5. Este proyecto es una gestión de Política Pública en Salud para la normalización, estandarización y mejoramiento de los servicios de AMP con la finalidad de otorgar mayor seguridad al paciente, generar estadísticas significativas

para la SP y generación de indicadores que permitan una mejora continua en el servicio.

FESP 6. El proyecto de AMP busca que exista un control de acreditación y de calidad en los servicios médicos prehospituarios, por medio del registro de atención que genere estadísticas e indicadores y el registro de los prestadores de AMP, teniendo con esto certeza de que quienes prestan este tipo de servicio están debidamente capacitados, formados y con las competencias que brinden la eficiencia en el servicio y la seguridad del paciente al momento de la atención.

FESP 8. La capacitación continua para el mejoramiento de la atención es importante puesto que con ello se previenen cometer iatrogenias al brindar el servicio, por ello los TUM'S no profesionales ajenos a recibir estas capacitaciones por parte del sector salud.

FESP 9. El registro de AMP permitirá al sistema de salud un monitorio continuo de los procesos de atención que se llevan a cabo, los insumos que se utilizan, el tipo de servicio que se atiende y los grupos poblacionales que más requieren de este servicio.

FESP 10. La generación de estadísticas permitirá realizar más investigación en el campo de la AMP, ya que durante la formación del TUM no se lleva a cabo como tal este tipo de investigaciones que fortalezcan las acciones en este tema.

FESP 11. Las emergencias médicas y sus consecuencias que se atienden a diario, así como las que se presentan en los desastres naturales, no solamente son atendidas en un ámbito hospitalario sino también por el ámbito prehospituario, por ello tener estrategias o planes para mitigar el impacto desde antes de la llegada a un hospital coadyuvaría a mejorar la recuperación de los pacientes para su pronta reincorporación a la sociedad.

11.2. La AMP y las actividades de la salud pública

La Salud Pública tiene como misión coadyuvar a satisfacer las necesidades de salud de la sociedad y velar por garantizar condiciones que permitan a las poblaciones

tener salud. El INSTITUTE OF MEDICINE definió tres tareas esenciales de la Salud Pública las cuales tienen su base 10 prácticas fundamentales que definió el Public Health Practice Program Office de los CDC, Atlanta ⁵⁷. Estas definiciones ofrecen un marco estructural que define las actividades en salud pública mismas que son aplicables para promover el proyecto en AMP y dar relación estrecha que tiene este con la Salud Pública. Estas tres tareas se describen y relacionan de la siguiente manera:

A) Evaluar y monitorizar la salud: en esta tarea se busca tener conocimiento del estado de salud de las comunidades y poblaciones que tengan algún tipo de riesgo identificando problemas y patrones que ayuden a dar prioridades de salud. Para lograr este punto debe existir una recolección, recopilación, análisis y diseminación de información sobre la salud de las poblaciones ⁵⁹. La AMP no tiene un sistema unificado de recolección de información acerca de lo que se realiza en esta área, el material que se utiliza, el tipo de incidente que se atiende y los procedimientos de atención en el paciente, no se podría cumplir esta tarea desde este ámbito de la salud.

B) Formular programas y políticas públicas: Para cumplir esta tarea es preciso bosquejar planes y programas que den respuesta a los problemas y prioridades de salud que se identifican a nivel, local, regional y nacional. Esta tarea se lleva a cabo desde el sistema de salud a todos los niveles de atención, sin embargo, se ha observado poco interés del sector salud y de las autoridades tomadoras de decisión en materia de AMP, lo que causa que no se desarrollen políticas que atiendan las necesidades de este ámbito y aseguren la calidad del servicio que se otorga a la población ^{57, 58}.

Es por ello por lo que parte de los servicios de la salud pública que se requieren para llevar a cabo esta tarea serían:

- La adopción de una persona relacionada con la SP que adopte una postura de mediador y portavoz del desarrollo de proyectos, programas y políticas públicas en salud.
- Que se lleve a cabo un establecimiento de prioridades de problemas una vez realizado la identificación de estos.

-Desarrollar programas y planes para dar respuesta a dichas necesidades.

C) Garantizar servicios: Que la sociedad pueda acceder a servicios que sean adecuados, efectivos y seguros, donde se pueda evaluar la efectividad de las intervenciones realizadas, siendo que la vigilancia, el monitoreo, los indicadores y las estadísticas que brindan los servicios de salud son fundamentales para lograr este objetivo ^{57, 58}. Esto podría conseguirse de la siguiente manera:

- Teniendo una adecuada y sustentada gestión de recursos y creando una estructura organizativa para optimizar los mismos.

- Desarrollando y dar marcha a los programas, proyectos y políticas que puedan dar respuesta a estas necesidades.

- Realizando evaluaciones continuas de los programas, proyectos y políticas para dar garantías de las inconsistencias y tener con ello planes de mejora continua que garanticen la calidad.

12. Factibilidad de la Aplicación de las modificaciones o aportes

Cuando se habla de factibilidad, se habla de aquella disponibilidad de recursos esencialmente los cuales serán necesarios para desarrollar los objetivos, metas o programas señalados, ésta, se apoya principalmente de tres aspectos básicos: la parte de la operatividad, la parte técnica y la parte económica, la cual abarca la parte presupuestal y administrativa del proyecto ⁵⁹. Realizar la parte de qué tan factible y viable son los tres aportes que se espera realizar normativamente en materia de atención médica prehospitalaria en el estado de Nayarit, representó un verdadero reto, ya que se evidenciaron diversas tareas que las autoridades en turno y pasadas han dejado de hacer o simplemente han ignorado en esta materia.

12.1. Factibilidad política

La factibilidad política hace énfasis a la indagación de los efectos políticos que conlleva la implementación de una política pública. Es una de las vías para unir lo deseable con lo posible ⁶⁰. Es por ello, que el análisis de este tema se debe analizar minuciosamente cuando se trata de instaurar políticas públicas con un elevado grado de polémica para la sociedad y para los mismos intereses de cada bancada⁶¹.

Sin embargo, en el caso de los aportes a la normativa que se presentan en este trabajo no es una causa mayor de polémica ya que garantizar el acceso a la salud es un derecho universal y constitucional; siendo que la atención médica prehospitalaria también entra en este concepto.

El 16 de Julio de 2020, durante la conferencia informativa que brinda el gobierno federal por medio de la Secretaría de Salud a nivel nacional, se dio a conocer la participación en materia de atención médica prehospitalaria ante la pandemia de COVID-19, donde se informó que los cuerpos de atención médica prehospitalaria fueron de vital importancia para la disminución del impacto ya que estos cuerpos tenían tareas de categorización de pacientes, de triaje y de brindar la primera atención a los pacientes COVID siendo trasladados a los centros de atención médica más adecuado ⁶².

En esta conferencia se evidenció al estado de Nayarit como uno de los estados que no cuenta con un CRUM ni con un SAMU, mostrando así mismo los estados que cuentan con uno de estos dos o con ambos. En palabras del Dr. Gabriel García Rodríguez quien es el director del centro operativo para la atención de contingencias, mencionó que los servicios de urgencias médicas han mejorado gracias a que se han apegado al modelo franco-alemán. En Nayarit, además de no contar con un CRUM tampoco existe dentro de la ley de salud artículo alguno que hable sobre la AMP, siendo así que las propuestas que se emanan del presente trabajo serían viables ya que sería una acción para el mejoramiento de estos servicios en nuestro estado desde un panorama político (ver imagen 1).

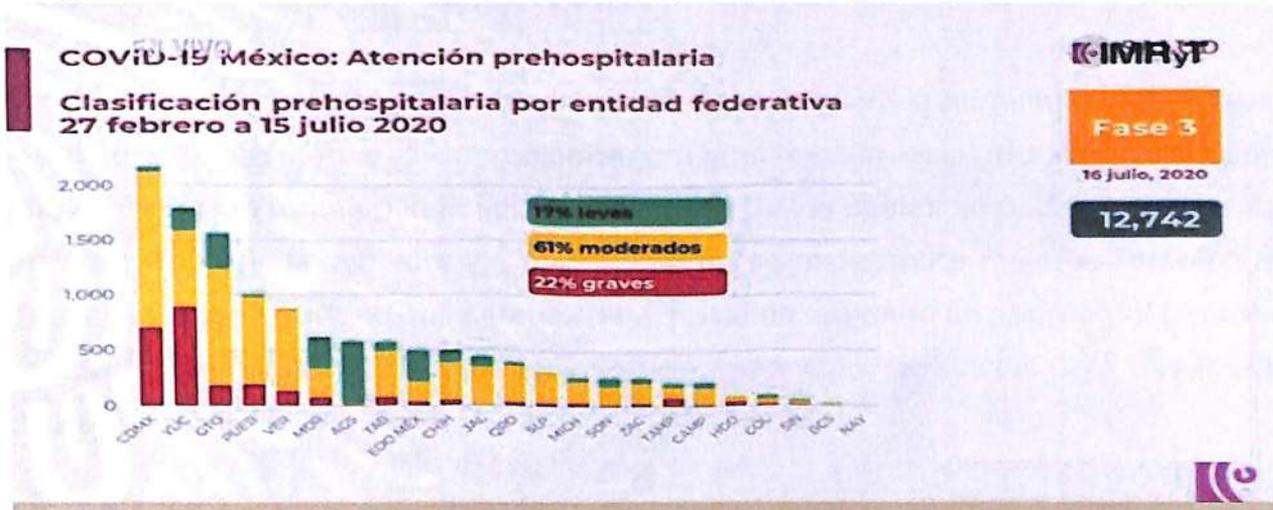
Sobre la actuación de los servicios prehospitalarios ante la pandemia de COVID-19 en México, nuevamente salió mal posicionado el estado de Nayarit a nivel federal (ver imagen 2). Ya los servicios prehospitalarios de Nayarit sólo reportaron una derivación de paciente a hospital por sospecha de COVID leve, esto mediante el departamento de C-4 (Centro de Comando, Control, Comunicación y Cómputo) perteneciente a la Secretaría de Seguridad Pública de Nayarit.

Imagen 1. Mapeo de Entidades con SAMU y CRUM



Fuente: tomado de NoticiasIMRyT. Actualización informativa por autoridades de salud del gobierno de México. 16/07/2020. [consultado el 08/09/2020]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=mvzY0xmzprM&t=2369s>.

Imagen 2. Derivaciones a hospitales de pacientes COVID por la AMP



Fuente: tomado de NoticiasIMRyT. Actualización informativa por autoridades de salud del gobierno de México. 16/07/2020. [consultado el 08/09/2020]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=mvzY0xmzprM&t=2369s>.

12.2. Factibilidad administrativa

Dentro de los aportes normativos se encuentra la conformación de una comisión que este estructurada por las diversas dependencias de cuerpos de emergencia que brinden atención médica prehospitalaria, la Secretaría de Finanzas, la Secretaría de Seguridad Pública y la Secretaría de Salud como órgano rector de esta comisión. En un texto emitido por la OPS/OMS resalta que muy comúnmente se vislumbra la

falta de organización y estabilización de un paciente, que un gran porcentaje del personal que atiende en el ámbito prehospitario tiene un entrenamiento insuficiente para otorgar atención médica oportuna, que existe una mala distribución de pacientes a los nosocomios y que existen fallas de coordinación en las comunicaciones, así como la ausencia de autoridad y mando ⁶³.

Dado que no existe aplicado ningún modelo de atención prehospitalaria en la Entidad, cada dependencia pública y privada que presta este servicio lo hace sin limitación alguna en cuanto a emplear a personas que no tienen el perfil ni la competencia de atención, para las ambulancias cuando a los directores de cada dependencia se les antoje y no tener un sistema de información que genere estadísticas fidedignas del tipo de atención brindada, el tipo de emergencia médica atendida, el equipo usado, las condiciones del lugar, etc. En otras palabras, no existe una adecuada administración y regulación de los servicios de atención prehospitalaria en el Estado.

Es por ello que es factible que haya un orden y control en la administración de este servicio ya que con ello se mejorará en gran escala esta atención, se podrá implementar un metas e indicadores por medio de los cuales se podrá llevar a cabo un plan de mejora continua; ya que lo que no se mide no se mejora. También se garantizará la seguridad en la atención del paciente teniendo un padrón del personal prestador de AMP, el cual debe tener las competencias necesarias para desarrollar dicha función.

La administración de cualquier servicio o departamento es imprescindible para el buen funcionamiento del mismo ya que sin control ni autoridad se desataría el caos organizacional ⁶⁴.

12.3. Factibilidad legal

La legalidad es sinónima a decir que un acto es conforme a la ley, el principio de legalidad es aquel que en virtud del cual los poderes públicos están sujetos a la ley, de tal manera que todos los actos deben apegarse a las legislaciones vigentes, bajo

la pena de invalidez. Dicho de otra manera: es inválido todo acto de los poderes públicos que no sea conforme a la ley ⁶⁵.

Las propuestas de AMP son factibles y viables dado a que en la Entidad Federativa no existen leyes en este ámbito ni tampoco artículos dentro de la Ley de Salud de Nayarit que rijan las responsabilidades y obligaciones que tiene esta parte tan importante de la salud de una población. Es factible dado que en entidades federativas como Cd. de México, Jalisco, Morelos, Querétaro, Sinaloa, Tabasco y Zacatecas tienen dentro de su Ley de Salud artículos específicos a este tipo de servicio. Lo que da más certeza jurídica y legalidad a las actuaciones de los servidores públicos y privados que brindan esta atención.

Por otra parte, las propuestas normativas aquí presentadas no se contraponen a lo estipulado en la Ley General de Salud ni tampoco se contraponen a lo estipulado en la NOM-034-SSA3-2013 que habla de la Atención médica prehospitalaria. Es por ello que con estos aportes se daría un paso importante en la regulación y control de estos servicios en el estado.

12.4. Factibilidad presupuestal

El Dr. Franco Corzo, especialista en Políticas Públicas, menciona que una propuesta de política pública es presupuestalmente factible cuando la relación entre la programación y la disponibilidad de los recursos presupuestarios, permiten llevar a cabo la realización de un proyecto, así como de sus metas y objetivos. Y propone una semaforización el cual lo divide en: alto, medio y bajo (ver tabla 9); considerando que es posible acceder al recurso por medio de fuentes alternativas de financiamiento.

Tabla 9. Niveles de factibilidad presupuestal.

Factibilidad presupuestal	Descripción	La disponibilidad de recursos que permite cubrir las actividades sustantivas	
Alta	Se pueden financiar la totalidad de las actividades.	Rango 75-100%	 Verde
Media	Se pueden financiar parcialmente las actividades.	Rango 50-74%	 Amarillo
Baja	Se pueden financiar menos de la mitad de las actividades sustantivas.	Menor al 50 %	 Rojo

FUENTE: Tomado del Libro de Diseño de Políticas Públicas del Dr. Julio Franco Corzo.

Bajo estas premisas, los tres aportes normativos que se proponen tendrían una factibilidad alta ya que no se requeriría de mucho capital para llevar a cabo las mismas.

En cuanto a la conformación de la comisión por las distintas autoridades, no se requiere infraestructura extraordinaria para que estas sesionen y discutan temas respecto a la atención médica prehospitalaria ya que en la actualidad existen conformadas distintas comisiones en el sector salud y otros sectores gubernamentales los cuales sesionan en espacios propios a gobierno donde tienen las condiciones necesarias para llevar las reuniones a cabo.

La propuesta que hace alusión al sistema de información que genere estadísticas, requiere de un software y base de datos o plataforma la cual sería instalada en todos

los equipos de cómputo de cada una de las distintas dependencias y corporaciones que presten el servicio de atención prehospitalaria, esto es similar a lo que actualmente se realiza con las plataformas existentes para el reporte de casos de diversas enfermedades que se realizan en el sector salud como enfermedades por vectores, detecciones de cáncer cervicouterino, detecciones de cáncer de mama, influenza, por mencionar algunos. La creación, instalación y aplicación de dicho software oscila un costo aproximado de entre los \$100,000.00 a los \$300,000.00 pesos mexicanos y cuyo beneficio será más elevado que su costo ya que con la generación de datos se podrán realizar investigaciones en el tema que coadyuven a disminuir problemas de salud pública como lo es la muerte por accidentes viales.

El tiempo en que un prestador de servicios pasa en una guardia es de 24 horas de servicio por 24 horas de descanso y en algunas corporaciones hasta de 36 horas, esto refiriendo a que el personal que brinda la atención tiene tiempo suficiente para emitir el respectivo reporte de la atención prestada en la plataforma ya que entra dentro de sus funciones y dentro de su tiempo laboral estipulado.

En cuanto a la tercera propuesta que consiste en la elaboración de un padrón de prestadores de atención médica prehospitalaria con competencias y que cumplan con lo establecido, se requiere que se encomiende la tarea a algún funcionario dentro de la secretaría que sea la responsable de llevar en orden dicho padrón, otorgándoles un registro para tener así el control de las personas que prestan este servicio ya que actualmente en el Estado no existe cosa parecida a esta propuesta.

13. Simulación y perspectivas del impacto de la normativa propuesta

Las expectativas de este proyecto son buenas ya que sería la primera adición a la Ley de Salud del estado de Nayarit que trate la materia de la atención médica prehospitalaria, el cual desde el punto de vista social es necesaria ya que la creciente de demanda en el estado de este tipo de atenciones se expande junto con la expansión poblacional del mismo. Las tres propuestas normativas pretenden mejorar en todos los aspectos a esta parte de la salud; la primera propuesta hace alusión a conformar una comisión por distintas autoridades donde sea la Secretaría

de Salud el órgano rector de la misma y cuyas funciones se avoquen al diagnóstico, control, desarrollo de estrategias y mejora continua de estos servicios.

La segunda propuesta normativa es la implementación de un sistema de vigilancia de Atención Prehospitalaria, siendo mediante una plataforma la cual pueda crear una base de datos de la información compilada por el personal que presta atención médica prehospitalaria la cual registra de manera física en el Formato de Registro de Atención Prehospitalaria (FRAP) (ver anexo 4 y 5), misma que aportará datos de relevancia y utilidad para el seguimiento en la atención al paciente y desde el punto de vista epidemiológico para la Salud Pública.

Datos como el tipo de emergencia, lugar, tipo de lesión, tipo de tratamiento, métodos e insumos utilizados, tiempo de la atención, la evaluación inicial del paciente, evolución durante el traslado, cinemática del trauma en caso de accidentes, intentos de suicidio que no llegan a hospital y el nombre e institución de la persona que atiende; son alguno de los datos que se pueden aprovechar para futuras investigaciones y corregir errores e iatrogenias. Así mismo, permitirá realizar mejoras continuas en estos servicios al ser medible mediante metas e indicadores.

La tercera propuesta se aboca a la existencia un padrón estatal de prestadores de atención médica prehospitalaria, estos deben registrarse para obtener un registro ante la Secretaría de Salud, misma que se encargará de verificar que cumpla con las competencias necesarias para el otorgamiento de atención médica y que se apegue a lo establecido en el Artículo 79 de la Ley General de Salud. Con ello se garantizará la Seguridad del Paciente al momento de su atención, se contará con un padrón de personal fidedigno y se tendrá un control del personal que otorga este servicio.

El beneficio para la ciudadanía aumentará al tener controlados los servicios de atención médica prehospitalaria, garantizar la seguridad en la atención, formular estrategias para atender de manera oportuna este campo y generar información que coadyuven a seguir patrones de accidente, para disminuir los índices de los mismos.

14. Propuesta de iniciativa con proyecto de decreto con técnica legislativa

**Presidenta de la Comisión de Salud y Seguridad Social
del H. Congreso del Estado de Nayarit
Dip. Claudia Cruz Dionisio**

PRESENTE.

Quien suscribe, el C. LE. Jorge Adalberto Flores Villarreal, estudiante del postgrado de la Universidad Autónoma de Nayarit en el área académica de Ciencias de la salud; en la Maestría en Salud Pública (Generación 2019-2020), como proyecto de titulación me permito presentar ante la Presidencia de la Comisión de Salud y Seguridad Social que usted eficientemente coordina la **Iniciativa con proyecto de decreto que adiciona diversos artículos de la LEY DE SALUD DEL ESTADO DE NAYARIT EN MATERIA DE ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALRIA (AMP).**

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. Descripción del escenario

La Atención Médica Prehospitalaria (AMP) ha representado una de las formas más rápidas de tener contacto con alguna persona que ha sufrido algún tipo de accidente, enfermedad repentina o alguna crisis de una enfermedad propia de la persona, esto con la finalidad de poder prestarle los servicios médicos de manera oportuna en cuanto a la evaluación, diagnóstico, procedimientos y en caso de requerirlo, el traslado como tal a un hospital de segundo nivel para que se continúe con una atención más avanzada, con más equipo, con mayores insumos y por personal médico más especializado. Siendo el objetivo general de estas intervenciones el de preservar la integridad física de las personas, así como su vida misma en un momento dado.

La atención en urgencias y emergencias tiene la particularidad de iniciar en el lugar donde se presentan los acontecimientos, o sea en la población. Una vez que se presenta el suceso que pone en riesgo la salud de los seres humanos. Esta primera atención médica que se proporciona antes del ámbito hospitalario, implica la coordinación de una serie de acciones y toma de decisiones por parte del personal que la ejecuta, lo cual precisa su nivel de complejidad. Pero para poder entender un

poco acerca de la definición e importancia de este tipo de atención, tenemos que remontarnos un poco a los inicios de las primeras apariciones de dichos servicios.

En México, los registros de atención prehospitalaria tienen sus comienzos a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, desarrollándose principalmente dos tipos de atención la cuales se dividieron en la población civil misma que sería atendida por la Cruz Roja y por personal civil, quienes se capacitarían y formarían como técnicos en emergencias médicas para la atención a civiles. Por otra parte, se formó en el ámbito militar, con la formación de manera formal de la Sanidad Militar como parte del servicio médico del ejército mexicano, esto después de una reorganización postrevolucionaria¹.

Para llevar a cabo las acciones propias del servicio de urgencias médicas se requiere un modelo operativo enfocado en este servicio a nivel prehospitalario, favoreciendo así la realización de acciones de manera más eficiente y eficaz por parte del personal paramédico. A nivel Nacional la Secretaría de Salud por medio del Secretariado Técnico de la Comisión Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA), tiene a su cargo realizar distintos tipos de estrategias e instrumentos para la implantación de un sistema operativo en urgencias médicas que garantice una atención médica con un alto nivel de homogeneidad en cuanto a calidad y seguridad se refiere, y esto debe ser implementado por medio de un Modelo de Atención Médica Prehospitalaria. Estos modelos tienen como objetivo principal coordinar de una manera adecuada tanto la atención médica prehospitalaria como la hospitalaria, así como, estandarizar los protocolos de atención en urgencias para que se otorgue una atención de manera oportuna, eficiente y de alta calidad para que con esto se pueda contribuir a disminuir ciertos índices de mortalidad, de morbilidad y las complicaciones y secuelas que se puedan suscitar.

No obstante, se puede observar que la escasa coordinación entre los servicios

¹ Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA) [Internet]. [Consulta el 18 de Mayo de 2019] disponible en: <http://www.conapra.salud.gob.mx/Interior/ModeloAtencion.html>

médicos prehospitalarios y los servicios médicos hospitalarios se podría considerar uno de los principales problemas de la elevada tasa de mortalidad por accidentes de tráfico en los países en vías de desarrollo y posiblemente uno de los mayores retos a vencer, ya que estos conflictos por la falta de coordinación pueden ser evitables. Son muchos los problemas que se suscitan en esta colaboración extra e intrahospitalaria, la complejidad de las actividades en los servicios de urgencias hospitalarias, los problemas entre profesionales, las limitaciones de tiempo, equipo y camas, la gran multitud de remisiones, ambiente ruidoso y estresante en el momento de la entrega del paciente por parte del personal del servicio prehospitalario al hospitalario conducen a la falta de información de los pacientes, el intercambio de información falsa o manejo de información confusa, lo que ocasiona diversos errores y expone la cooperación con retos especiales ².

Es por ello la importancia de que la coordinación, regulación y registro de prestadores de atención médica prehospitalaria la debería de tener en absoluto la Secretaría de Salud como eje rector, en otros países desarrollados como los europeos o en vías de desarrollo como algunos de Latinoamérica, tienen esta coordinación directamente desde los Ministerios de Salud y de Salud Pública.

El estado de Nayarit al igual que el resto del país, no esta tan alejada de esta realidad, ya que la falta de coordinación, regulación e implementación de un modelo de atención médica prehospitalaria ha provocado que no se logre cubrir las demandas de accidentes e incidentes que pasan día al día. En los hospitales que se tienen para la recepción de pacientes de urgencia no se cuenta con la capacidad en cuanto a número de personal que labora, camas, equipo médico e insumos. Se puede observar cómo es que en ocasiones los carro-camillas de las ambulancias quedan retenidas en los nosocomios haciendo que las unidades dejen de brindar el servicio prehospitalario hasta que le sea liberada la camilla. En otras ocasiones, no reciben al paciente por falta de espacio donde continuar con su atención y son reenviados a otros nosocomios particulares generalmente haciendo aún más largo

² Tehranineshat B, Rakhshan M, Jamshidi H, Jazani RK, Alibabaei A, Alamdari et al. Challenges of Cooperation between the Pre-hospital and In-hospital Emergency services in the handover of victims of road traffic accidents: A Qualitative Study. Invest. Educ. Enferm. 2019; 37(1):e08.

el traslado y el tiempo en que el lesionado empiece a recibir una atención más especializada. Por otro lado, como en el caso de la investigación de la universidad de Antioquia, las rencillas que existen entre el personal médico hospitalario y el personal médico prehospitalario dificultan la entrega del paciente donde evidentemente el afectado en este caso son, en primera instancia el paciente mismo y en segunda el desprestigio que se le da a los sistemas de salud.

Parte de los servicios que se atiende por la AMP son los incidentes viales (IV) los cuales provocaron a nivel mundial el deceso de 1,3 millones de personas en 2016; especialmente para los individuos de clases socioeconómicas medias y bajas, que también aportaron la mayor parte de los 50 millones de lesionados no fatales que requirieron atención médica hospitalaria y prehospitalaria. Se señala que en la Región de las Américas los IV son la principal causa de muerte en la población de 5 a 14 años y la segunda de 15 a 44 ⁸. Los primeros servicios que se brindan en estos casos son los de la atención prehospitalaria, se debe considerar prestar más atención hacia estos servicios ya que las acciones que más se han encaminado para reducir estos índices de mortalidad son en materia peatonal, en la construcción de puentes, cruces seguros e inclusive promoción a la seguridad vial a la población y a conductores³.

También es de relevancia señalar que los Servicios Médicos de Emergencia (EMS) son para la sociedad en general una parte importante e integral de la atención de emergencia y vital para proporcionar una atención médica que sea de una manera inmediata en el entorno prehospitalario. Con este tipo de atención se puede garantizar una respuesta adecuada, por lo que es fundamental una planificación adecuada de la infraestructura de los prestadores de servicios y de los insumos. En gran parte de los países desarrollados como España, Francia y Estados Unidos, se hace resaltar un incremento de la utilización de ambulancias de emergencia en los últimos 20 años. Con la finalidad de proporcionar una atención prehospitalaria de

³ Treviño S. Consejos para prevenir accidentes viales. Gaceta INSP [Internet]. 2017 [Consultado 30 de Mayo de 2019]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/ngo_guide/es/

calidad es importante vigilar y regular adecuadamente el buen uso de las ambulancias que presten este servicio. También es importante que se preste atención adecuadamente en todas las regiones urbanas y rurales que no cuenten con este servicio o tarde más tiempo en llegar a ciertos lugares ⁴.

En el estado de Nayarit según cifras de la CONAPRA en el 2013, se registraron 2,720 accidentes viales de los cuales 390 ocurrieron en carreteras federales y 2,330 en las zonas urbanas y suburbanas. En esos accidentes 221 personas perdieron la vida, de los cuales 56 eran peatones, 2 ciclistas, 56 motociclistas y 107 eran ocupantes. La tasa de mortandad en accidentes viales supera la media Nacional por aproximadamente 5 puntos. Por cada 100 mil habitantes se estima que mueren 18.8 personas. Tepic es el municipio donde se concentra el mayor número de accidentes viales con el 44%, le sigue Bahía de Banderas con el 16%, Santiago Ixcuintla con el 15% y en la cuarta posición esta Xalisco con el 9% por ciento del total de accidentes⁵.

2. Escenario general de la AMP en Nayarit

Existen aproximadamente 15 empresas privadas que ofrecen servicios de ambulancia en todo el estado de Nayarit y más de 5 organizaciones voluntarias 2 de estas encargadas de proporcionar servicios de urgencias médicas prehospitalarias. Las dependencias de gobierno que brindan AMP son de protección civil y bomberos del estado y municipales, así como de la Cruz Roja Mexicana que son los que brindan atención prehospitalaria con más de 20 ambulancias aproximadamente. La responsabilidad de regular y controlar estos servicios no está

⁴ Hegenberg et al. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* (2019) 27:35 <https://doi.org/10.1186/s13049-019-0607-5>.

⁵ Gradilla Ortega OF, Dehara Rosario NE. ¿Es necesaria la modificación de la penalidad de los delitos cometidos en estado de ebriedad en el municipio de Tepic, Nayarit? [Internet] 2013 [consultado el 30 de junio de 2019] Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3oVndUfAuFUJ:www.uan.edu.mx/d/a/sip/jov_invest/con_est_cien_tec/presen_oral/sociales_/9.docx+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx

claramente especificada ya que como se vislumbró en la normativa, esta regulación de servicios debe tenerla constantemente la Secretaría de Salud, sin embargo, quien coordina y dirige a estos servicios es la Secretaría de Seguridad Pública (SSP) por lo que la responsabilidad de proveer el servicio se le atribuye parcialmente al campo de la Seguridad Pública ^{6,7}.

en el periodo de enero-marzo del año 2021 se realizaron al número de emergencias 911 3,940,941 llamadas reales aproximadamente solicitando algún tipo servicio y de las cuales 554,993 llamadas han sido para solicitar la presencia para la atención médica. Esto significa que el 14% de las llamadas son para la atención médica prehospitalaria sin contar las que entran directo a las dependencias que prestan este servicio ⁸.

Considerando lo anterior, se hace notable que la atención Prehospitalaria es una parte fundamental del sistema de salud, la cual atiende directamente lesionados por accidentes de todo tipo lo cual muchos de ellos representan principales causas de muerte, por otra parte los prestadores de estos servicios son quienes tienen en muchas de las ocasiones el primer contacto con pacientes que por alguna razón no cuentan con ningún tipo de seguridad social, pudiendo ser dentro del sistema de salud una herramienta para poder reportar posibles pacientes que representen riesgo ante un brote y que al no tener acceso a servicios médicos de otra índole pudiese no tenerse registro en ninguna base de datos de estos.

⁶ Pinet, LM. Atención Prehospitalaria de urgencias en el Distrito Federal: las oportunidades del sistema de salud. Salud Pública de México [Internet]. 2005;47(1):64-71. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10647110>.

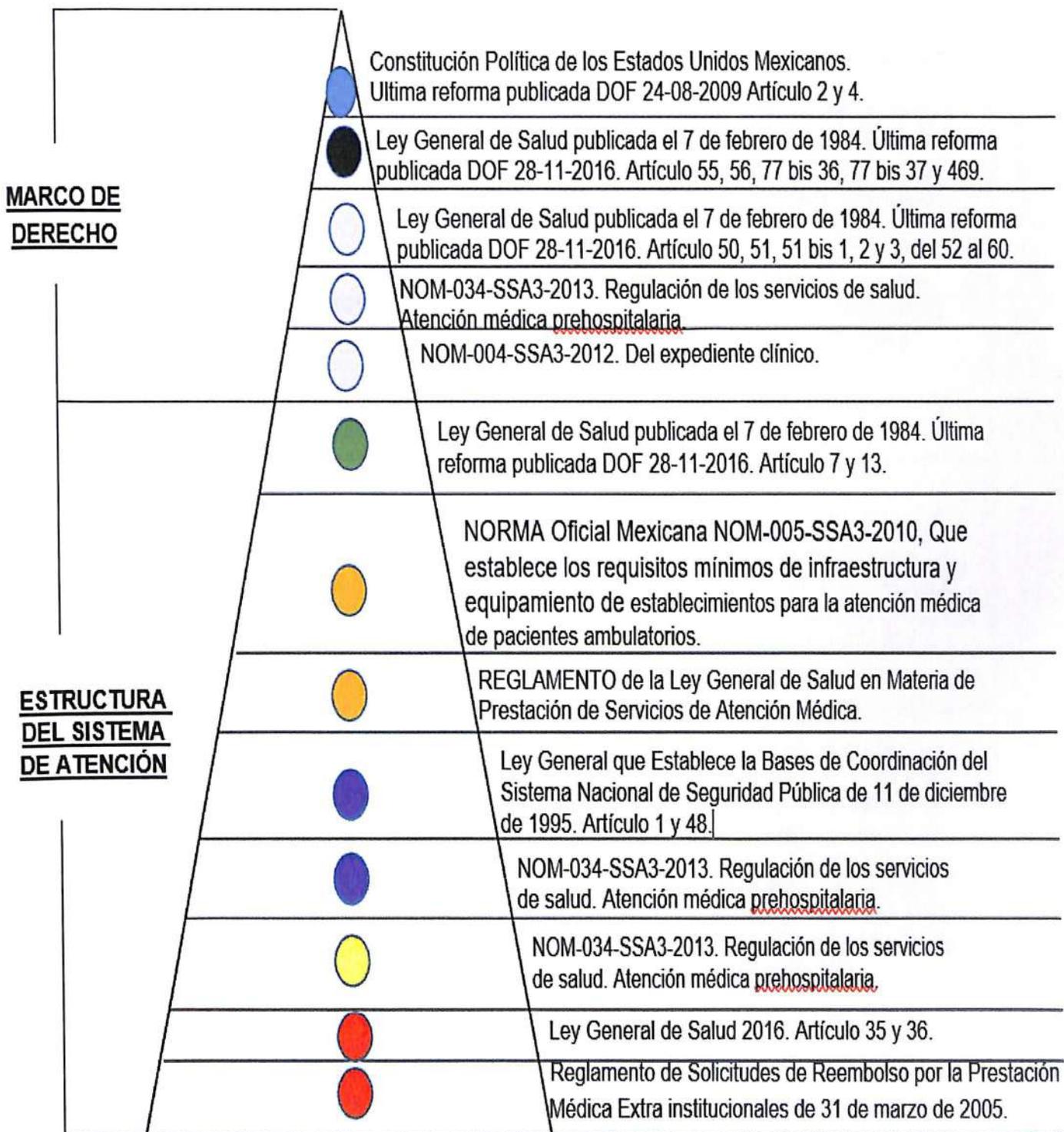
⁷ STCONAPRA, S. (2017). Modelo de Atención Médica Prehospitalaria del STCONAPRA. Normar la atención prehospitalaria de urgencias por lesiones. Sitio Web. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/modelo-de-atencion-medica-prehospitalaria>

⁸ Secretaria de Seguridad y Protección Ciudadana. Secretariado Ejecutivo. Centro Nacional de Información (CNI). Corte al 31 de Marzo de 2020. Recuperado de: <https://www.gob.mx/911/articulos/estadistica-nacional-del-numero-de-atencion-de-llamadas-de-emergencia-9-1-1>

3. Antecedentes normativos

Como en la literatura de un compendio donde se analizó la legalidad aplicada, se dividió para su estudio en dos partes, el marco de derecho que es donde denota la obligatoriedad de la atención médica de urgencia por parte de instituciones públicas y privadas alrededor del mundo y donde se consagra en algunos países desde el nivel constitucional, las legislaciones (leyes) y Normas Oficiales según sea el caso, y en algunos lugares llegando hasta los reglamentos en salud que también se integran dentro de este marco, la segunda parte está comprendida por la estructura del sistema de atención, donde básicamente nos dice quién es el eje rector como autoridad sanitaria que lleve a cabo la vigilancia y regulación de estos sistemas de atención Prehospitalaria⁹. En México, este marco de derecho que se encuentra desde un nivel constitucional hasta un nivel reglamentario y el marco rector del sistema se constituyen de la siguiente manera:

⁹ Zamir Andrés Fajardo Morales. Control de convencionalidad. Fundamentos y alcance. Especial referencia a México. Primera edición: noviembre, 2015 ISBN obra completa: 978-607-729-101-5 ISBN volumen: 978-607-729-151-0.



Estructura normativa en atención médica pre-hospitalaria en México. Fuente: Compilación de Legislación en Salud OMS.

MARCO DE DERECHO	
	GARANTÍA GENÉRICA DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD
	OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS A NIVEL PÚBLICO Y PRIVADO
No se encontraron disposiciones	OBLIGACIÓN DE INFORMAR SOBRE EL DERECHO A RECIBIR ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS
	DERECHOS DEL PACIENTE: CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS, HISTORIA CLÍNICA, PROTOCOLO DE ACTA DE INTERNACIÓN.
ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN	
	RECTORÍA DE LA AUTORIDAD SANITARIA
	GARANTÍAS DE CALIDAD EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE INTERNACIÓN: SERVICIOS DE GUARDIA, INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, RECURSOS HUMANOS, CUMPLIMIENTO DE AL MENOS LOS REQUISITOS BÁSICOS DE LA ESPECIALIDAD MÉDICA Y DE LOS DISTINTOS GRADOS DE COMPLEJIDAD
	SISTEMAS DE ATENCIÓN TELEFÓNICA Y CARACTERÍSTICAS: NÚMERO Y LENGUAJE ACCESIBLE
	SERVICIO DE TRASLADO A OTRO HOSPITAL O AL PROPIO DOMICILIO: AMBULANCIAS TERRESTRES, AÉREAS, ACUÁTICAS
	ASPECTOS DE FINANCIAMIENTO RELACIONADOS A LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA: ACCESIBILIDAD Y ASEQUIBILIDAD DE LOS SERVICIOS EN GENERAL Y DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA EN PARTICULAR. REEMBOLSO DE GASTOS

Estructura normativa en la atención médica pre-hospitalaria en México. Fuente: Compilación de Legislación sobre Sistemas de Servicios de Emergencia en América Latina. OMS/OPS. Actualización de datos por elaboración propia.

Cabe señalar que de acuerdo a como se marca en el principio de convencionalidad y el de constitucionalidad, establecen que una normativa jurídica local no puede contravenir a lo que marquen los tratados internacionales y tampoco a lo que marque la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, por lo tanto, todas las políticas locales que se hagan se deberán adecuar a estas disposiciones y

armonizar las normativas que se emanen^{10, 11}.

En tanto al marco ético en la atención médica prehospitalaria se refiere, es donde el personal que presta este servicio tiene la tarea de cumplir con Honestidad y Respeto las cuestiones éticas y no tanto que a consideración se apliquen y dentro de las cuales incluye: Respetar los valores del paciente, Proteger la privacidad/confidencialidad, Respetar las decisiones y cosmovisiones y religiosidades de los pacientes, Respetar los deseos y voluntad del paciente siempre y cuando esté en pleno uso de sus facultades mentales y en condiciones de tomar decisiones, no discriminar a ninguna persona por su condición social, económica, étnica, género, raza, color o de cualquier índole prestando siempre un servicio con equidad, realizar procedimientos dentro de la manera profesional siguiendo el criterio de la no maleficencia, Compromiso profesional, Mantener la dignidad profesional, Realizar los procedimientos dentro del marco de la legalidad y que las características personales, Valores y creencias del prestador de servicios no interfieran ni influyan en contra de la voluntad de los pacientes.

De una manera ideal se debería llevar a cabo de forma correcta todos los puntos que la situación así lo demande para que la atención se preste de una manera éticamente correcta. Sin embargo, cada persona tiene sus propios criterios y su propio entendimiento para llevar a cabo estos puntos éticos donde en muchas de las ocasiones se interfiere de tal forma que lo que para el servicio médico pre hospitalario es éticamente correcto, para los familiares, para el paciente o para la población no lo es. Se han realizado investigaciones cualitativas en los últimos tiempos para tratar de observar de qué manera se aplica la ética en la atención prehospitalaria. En una de las publicaciones se menciona que los hallazgos de una

¹⁰ Zamir Andrés Fajardo Morales. Control de convencionalidad. Fundamentos y alcance. Especial referencia a México. Primera edición: noviembre, 2015 ISBN obra completa: 978-607-729-101-5 ISBN volumen: 978-607-729-151-0.

¹¹ DOF: 16/08/2010. NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Consultado el [20-06-2019]. Disponible en:

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5155477&fecha=16/08/2010.

revisión de la literatura han indicado que el razonamiento moral y el proceso de toma de decisiones de las enfermeras y su comportamiento ético no son un mero proceso cognitivo ¹². Esto no está alejado del personal que brinda atención prehospitalaria.

Cabe señalar, que el procedimiento al momento de tomar decisiones está influenciado por otros asuntos personales (valores personales, experiencias, conocimientos y habilidades) y valores contextuales (expectativas y comentarios de terceras personas)¹². Además, en su reflexión ética, las enfermeras se dejan llevar en mucha de las ocasiones en sus emociones, intuición y experiencias personales. En ocasiones piden opiniones con sus compañeros de profesión cuando se enfrentan a dilemas morales, y a veces confabulan en puntos de vista separadas. Esto no solo sucede en los hospitales sino también en el ámbito extra hospitalario donde la toma de decisiones no está siempre puesta ante un comité de ética para acatar a lo acordado por el mismo, si no que esta se debe de efectuar en el momento al que las unidades de atención Prehospitalaria llega al lugar del incidente, al momento de brindar la atención y de realizar el traslado al nosocomio^{13, 14}.

Otras investigaciones al personal del servicio médico de emergencias han sugerido que la manera de tomar una decisión a la hora de trasladar a los pacientes a nosocomios va a estar influenciada en gran medida al estado de bienestar del paciente (estado de salud física, socio-económica y cultural), a cumplir todos los aspectos del objetivo esencial de la atención y las competencias y aspectos personales (su raciocinio, su estado de salud física y mental) ¹⁵.

¹² Mohammad T, Fariba B, Abbas A, Foroozan AS. Experiences of pre-hospital emergency medical personnel in ethical decisionmaking: a qualitative study. Torabi et al. BMC Medical Ethics (2018) 19:95.

¹³ Svensson A, Fridlund B. Experiences of and actions towards worries among ambulance nurses in their professional life: a critical incident study. Int Emerg Nurs. 2008;16(1):35–42.

¹⁴ Goethals S, de Casterlé BD, Gastmans C. Nurses'-makingdecisionprocess in cases of physical restraint in acute elderly care: a qualitative study. Int J Nurs Stud. 2013;50(5):603–12.

¹⁵ Ebrahimian A, Seyedin H, Jamshidi-Orak R, Masoumi G. Exploring factors affecting emergency medical services staffs' decision about medical patients to medical facilities, vol. 2014; 2014. p. 215329. <https://doi.org/10.1155/2014/215329>.

4. Diagnóstico de carencias normativas

En la actualidad no se cuenta con un reglamento que regule y coordine las acciones encaminadas a la atención médica prehospitalaria en el estado de Nayarit por parte de los Servicios de Salud del estado, así como en la Ley estatal de Salud del Estado de Nayarit no se encontró artículo alguno o alguna parte del documento donde hable sobre los servicios de atención médica prehospitalaria, lo que encausa a que estas indicaciones y temas sean solamente tocados a nivel federal y en algunos estados, siendo que deben ser órganos ejecutores de estas disposiciones teniendo cada uno de ellos reglamentos que dirijan y hagan cumplir las normativas federales sin anteponer o descalificar ninguna de éstas.

Por ser un tema relacionado con la salud, con la atención médica y con la pronta atención para la reducción directa de indicadores de mortalidad de interés de la salud pública, cada dependencia debería brindar información diaria de las atenciones prestadas en una plataforma que lleve el registro de esta atención, para que los servicios de salud tengan la información, ya que los datos son almacenados como archivo muerto sin dejar antecedente de lo sucedido.

Lo antes mencionado obedecería a la segunda carencia la cual consiste en un sesgo de registro. Actualmente la NOM-034-SSA3-2013, para la Regulación de los Servicios de Salud. Atención médica prehospitalaria. Menciona en el punto 7.3.3 que el personal de la ambulancia debe entregar una copia del Formato de Registro de Atención Prehospitalaria (FRAP) para que éste sea anexado al expediente clínico del paciente. Sin embargo, la información de los usuarios que no son trasladados a un nosocomio, se pierde pues no se registra en ninguna parte.

La tercera carencia es no tener un control y registro de las personas que se dedican a prestar servicios de atención médica prehospitalaria. Esta falta de control puede atraer repercusiones para el paciente en cuestión de su seguridad ya que al no disponer de estas políticas pueden suceder situaciones como tener a menores de edad brindando este servicio, así como personal que no cuente con la preparación adecuada ni certificación para otorgar servicios médicos de urgencia.

Actualmente la atención médica prehospitolaria es regulada y coordinada en parte por dependencias de Seguridad Pública y Protección Civil, las cuales fungen como ejes que coordinan estos servicios de atención, considerando que es una función que le competiría a la Secretaría de Salud a nivel estado. Esto podemos constatarlo en el reglamento interno de protección civil para el municipio de Tepic en su artículo 40 de la atención prehospitolaria y en su artículo 41 de la regulación de la atención prehospitolaria. Este último tiene un único párrafo que dice:

“Los acuerdos y convenios que se celebren en materia de servicio de atención prehospitolaria estarán orientados a establecer normas y procedimientos para regular las funciones de los servicios de atención prehospitolaria y acorde a los procedimientos técnicos y científicos aplicables al caso y a vigilar que los vehículos, equipos, instrumentos y demás elementos necesarios que se utilicen para brindar la atención prehospitolaria, sean adecuados y reúnan las condiciones que requieran las circunstancias”.

De esta manera se puede analizar que la regulación y coordinación de dichos servicios a nivel Estatal no es llevada a cabo por la Secretaría de Salud como eje rector, si no que cada municipio tiene directamente la toma de decisiones en este tema y gran parte de estas corporaciones son ajenas al sector salud.

Es por ello que pongo a su consideración la presente iniciativa con proyecto de decreto para sus finas consideraciones:

TEXTO VIGENTE	PROPUESTA DE LA INICIATIVA
<p>ARTÍCULO 4o.- Corresponde a los Servicios de Salud de Nayarit:</p> <p>A) En materia de salubridad general;</p> <p>I.... IV...</p> <p>V.- La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud;</p>	<p>ARTÍCULO 4o.- Corresponde a los Servicios de Salud de Nayarit:</p> <p>A) En materia de salubridad general;</p> <p>I.... IV...</p> <p>V.- La organización, coordinación, control, vigilancia y regulación del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud, además de los servicios médicos pre</p>

<p>VI...VII</p> <p>VIII.- La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud;</p>	<p>hospitalarios entre las diferentes dependencias públicas, organismos públicos descentralizados y privados;</p> <p>VI...VII</p> <p>VIII.- La operación de una plataforma de registro con información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud prehospitalarios y hospitalarios; donde además contengan datos generales del paciente, tipo de servicio que atienden, las intervenciones que se le realizaron al paciente, las autoridades que acuden al lugar del accidente (en caso de que la atención requerida sea por esta causa), el material que se utilizó en las intervenciones y el nombre de quienes prestaron el servicio médico de emergencia. Esta información deberá ser capturada por cada persona responsable de brindar la atención de las distintas dependencias públicas, organismos públicos descentralizados y privados. Esta información podrá consultarse quedando protegidos los derechos de datos personales y solo se dispondrán de aquellos que sirvan para la realización de proyectos de investigación y diseños de estrategias tendientes a la mejora de los servicios de salud del estado de Nayarit.</p> <p>ARTICULO 5 a 71...</p>
---	--

ARTICULO 5 a 71...

ARTICULO 72. - Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología, y sus ramas, y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los títulos profesionales o diplomas de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

(F. DE E., P.O. 7 DE SEPTIEMBRE DE 1994)

Para el ejercicio de actividades técnicas y auxiliares que requieran conocimientos específicos en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, enfermería, laboratorio clínico, radiología, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, prótesis y órtesis, trabajo social, nutrición, citotecnología, patología, bioestadística, codificación clínica, bioterios, farmacia, saneamiento, histopatología y embalsamamiento y sus ramas, se requiere que los diplomas correspondientes hayan sido expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes, para las personas que ejercen la medicina tradicional indigenista, sólo se requiere constancia expedida de manera conjunta por las autoridades tradicionales indígenas y el Instituto Nacional Indigenista.

ARTICULO 72. - Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología, y sus ramas, y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los títulos profesionales o diplomas de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

(F. DE E., P.O. 7 DE SEPTIEMBRE DE 1994)

Para el ejercicio de actividades técnicas y auxiliares que requieran conocimientos específicos en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, enfermería, **paramédica**, laboratorio clínico, radiología, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, prótesis y órtesis, trabajo social, nutrición, citotecnología, patología, bioestadística, codificación clínica, bioterios, farmacia, saneamiento, histopatología y embalsamamiento y sus ramas, se requiere que los diplomas correspondientes hayan sido expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes, para las personas que ejercen la medicina tradicional indigenista, sólo se requiere constancia expedida de manera conjunta por las autoridades tradicionales indígenas y el Instituto Nacional Indigenista.

Para el caso específico de los paramédicos que presten el servicio de

	<p>Atención Médica Prehospitalaria, los Servicios de Salud del Estado de Nayarit deberán:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Fijar lineamientos para quienes prestan dicho servicio, acorde al Modelo de Atención Médica Prehospitalaria Federal. II. Llevar un registro de las personas autorizadas para dar este servicio. III. Realizara, promoverá, y/o gestionara cursos capacitación de excelencia, esto con la finalidad de contar con personal con las competencias necesarias que brinde la atención profesional que se requiere.
--	--

Por las consideraciones anteriormente expuestas y de acuerdo al análisis realizado a la presente Iniciativa con Carácter de Dictamen, para quedar como sigue:

Iniciativa con proyecto de decreto que adiciona diversos artículos de la LEY DE SALUD DEL ESTADO DE NAYARIT EN MATERIA DE ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALRIA (AMP)

ARTÍCULO 4o.- Corresponde a los Servicios de Salud de Nayarit:

A) En materia de salubridad general;

I.... IV...

V.- La organización, coordinación, control, vigilancia y regulación del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud, además de los servicios médicos pre hospitalarios entre las diferentes dependencias públicas, organismos públicos descentralizados y privados;

VI...VII

VIII.- La operación de una plataforma de registro con información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud prehospitalarios y hospitalarios; donde además contengan datos generales del paciente, tipo de servicio que atienden, las intervenciones que se le realizaron al paciente, las autoridades que acuden al lugar del accidente (en caso de que la atención requerida sea por esta causa), el material que se utilizó en las intervenciones y el nombre de quienes

prestaron el servicio médico de emergencia. Esta información deberá ser capturada por cada persona responsable de brindar la atención de las distintas dependencias públicas, organismos públicos descentralizados y privados. Esta información podrá consultarse quedando protegidos los derechos de datos personales y solo se dispondrán de aquellos que sirvan para la realización de proyectos de investigación y diseños de estrategias tendientes a la mejora de los servicios de salud del estado de Nayarit.

ARTICULO 5 a 71...

ARTICULO 72. - Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología, y sus ramas, y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los títulos profesionales o diplomas de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

(F. DE E., P.O. 7 DE SEPTIEMBRE DE 1994)

Para el ejercicio de actividades técnicas y auxiliares que requieran conocimientos específicos en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, enfermería, **urgencias médicas prehospitarias**, laboratorio clínico, radiología, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, prótesis y órtesis, trabajo social, nutrición, citotecnología, patología, bioestadística, codificación clínica, bioterios, farmacia, saneamiento, histopatología y embalsamamiento y sus ramas, se requiere que los diplomas correspondientes hayan sido expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes, para las personas que ejercen la medicina tradicional indigenista, sólo se requiere constancia expedida de manera conjunta por las autoridades tradicionales indígenas y el Instituto Nacional Indigenista.

Para el caso específico de los paramédicos que presten el servicio de Atención Médica Prehospitalaria, los Servicios de Salud del Estado de Nayarit deberán:

- I. Fijar lineamientos para quienes prestan dicho servicio, acorde al Modelo de Atención Médica Prehospitalaria Federal.
- II. Llevar un registro de las personas autorizadas para dar este servicio.
- III. Realizara, promoverá, y/o gestionara cursos capacitación de excelencia, esto con la finalidad de contar con personal con las competencias necesarias que brinde la atención profesional que se requiere.

TRANSITORIOS

PRIMERO. - El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial, Órgano del Gobierno del Estado de Nayarit.

SEGUNDO. - Para la instauración y operación de la plataforma y software deberá considerarse la capacitación del personal profesional en las instituciones que se requiera por parte de los Servicios de Salud del Estado de Nayarit.

CUARTO. – Los Servicios de Salud del Estado de Nayarit notificara a las dependencias a quienes se refiere la presente iniciativa de las nuevas modificaciones a las que serán sujetos.

QUINTO. - Una vez publicado el presente Decreto, los Servicios de Salud de Nayarit Secretaría de Administración y Finanzas, deberá contemplar las adecuaciones correspondientes en el proyecto de Presupuesto de Egresos del Estado para el siguiente ejercicio fiscal en el que se aprobase la presente iniciativa.

Dado en el recinto oficial del Honorable Congreso del Estado de Nayarit, en Tepic su capital a los 12 días del mes de junio del año 2021.

ATENTAMENTE

Estudiante del postgrado de la Universidad Autónoma de Nayarit en el área académica de Ciencias de la salud; en la Maestría en Salud Pública
(Generación 2019-2020)
L.E. Jorge Adalberto Flores Villarreal

15. Referencias Bibliográficas

1. Alulema ZP, Martínez MR, González SR, Moreno MG, Cisneros PJ. Atención prehospitalaria en emergencias por el Servicio Integrado de Seguridad ECU 911. *Enferm Inv (Ambato)*. 2017; 2(2):50-53.
2. Holtermann KA, González AGR. Desarrollo de sistemas de servicios de emergencias médicas: experiencia de los Estados Unidos de América para países en desarrollo [Internet]. Octubre 2003, Washington [Consultad el 19 de abril de 2019]. Pan American Health Org; 2003. 252 p. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=5Bi1i95T8kUC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Desarrollo+de+sistemas+de+servicios+de+emergencia+s+m%C3%A9dicas:+experiencia+de+los+Estados+Unidos+de+Am%C3%A9rica+para+pa%C3%ADses+en+desarrollo,+octubre+2003,+Washington&ots=njCwoHE0qf&sig=P6wOrU3A1eklyEIsClicXE7MWzo#v=onepage&q=Desarrollo%20de%20sistemas%20de%20servicios%20de%20emergencias%20m%C3%A9dicas%3A%20experiencia%20de%20los%20Estados%20Unidos%20de%20Am%C3%A9rica%20para%20pa%C3%ADses%20en%20desarrollo%2C%20octubre%202003%2C%20Washington&f=false>.
3. Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA) [Internet]. [Consulta el 18 de mayo de 2019] disponible en: <http://www.conapra.salud.gob.mx/Interior/ModeloAtencion.html>
4. Pinet LM. Atención prehospitalaria de urgencias en el Distrito Federal: las oportunidades del sistema de salud. *Salud Pública Mex* 2005; 47:64-71.
5. Velásquez N, Naranjo S, González G. Indicadores de Atención Pre Hospitalaria para incidentes viales en Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 2017; 35(3): pp-pp.
6. Tehranineshat B, Rakhshan M, Jamshidi H, Jazani RK, Alibabaei A, Alamdari et al. Challenges of Cooperation between the Pre-hospital and In-hospital Emergency services in the handover of victims of road traffic accidents: A Qualitative Study. *Invest. Educ. Enferm*. 2019; 37(1): e08.

7. Velásquez ON, Naranjo LS, González EG. Indicadores de Atención Pre Hospitalaria para incidentes viales en Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2017; 35(3): 410-419. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v35n3a11
8. Treviño S. Consejos para prevenir accidentes viales. Gaceta INSP [Internet]. 2017 [Consultado 30 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/ngo_guide/es/
9. Hegenberg et al. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine (2019) 27:35 <https://doi.org/10.1186/s13049-019-0607-5>.
10. Herrera R, Bastidas D, Arteaga E, et al. Atención de emergencia prehospitalaria en lesionados por causa externa en una región de Venezuela. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017;55(1):10-17.
11. Modelo de Atención Médica Prehospitalaria. Secretaría de Salud/STCONAPRA. México, Ciudad de México, [Internet] 2017. Disponible en:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/250824/MODELO_DE_ATENCION_MEDICA_PREHOSPITALARIA.pdf
12. Instituto Nacional de Salud Pública. México, séptimo lugar mundial en siniestros viales. [Internet] 2019 [consultado el 30 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/4761-seguridad-vial-accidentes-transito.html>
13. Gradilla OF, Dehara NE. ¿Es necesaria la modificación de la penalidad de los delitos cometidos en estado de ebriedad en el municipio de Tepic, Nayarit? [Internet] 2013 [consultado el 30 de junio de 2019] Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3oVndUfAuFUJ:www.uan.edu.mx/d/a/sip/jov_invest/con_est_cien_tec/presen_oral/sociales_/9.docx+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx
14. Informe sobre la Situación de la Seguridad Vial, México 2015. Secretaría de Salud/STCONAPRA. México, [Internet] 2015. Disponible en: <http://conapra.salud.gob.mx/Interior/Documentos/Informe2015.pdf>

15. STCONAPRA, S. (2017). Modelo de Atención Médica Prehospitalaria del STCONAPRA. Normar la atención prehospitalaria de urgencias por lesiones. Sitio Web. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/modelo-de-atencion-medica-prehospitalaria>
16. Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana. Secretariado Ejecutivo. Centro Nacional de Información (CNI). Corte al 31 de marzo de 2020. Recuperado de: <https://www.gob.mx/911/articulos/estadistica-nacional-del-numero-de-atencion-de-llamadas-de-emergencia-9-1-1>.
17. Castiglione S. Compilación de Legislación sobre Sistemas de Servicios de Emergencia en América Latina. Washington, D.C.: OPS, © 2010. 403 págs. OPS/HSS/HP&SP/2010/006.
18. Fajardo ZA. Control de convencionalidad. Fundamentos y alcance. Especial referencia a México. Primera edición: noviembre, 2015 ISBN obra completa: 978-607-729-101-5 ISBN volumen: 978-607-729-151-0.
19. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Última Reforma DOF 24-08-2009. Consultado [20-junio-2019]. URL: <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Mexico/Mexico2009.pdf>
20. Ley General de Salud publicada el 7 de febrero de 1984. Última reforma publicada DOF 28-11-2016. Consultado el [20-06-2019]. Disponible en: <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/mx/mx159es.pdf>
21. DOF: 23/09/2014. NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria. Consultado el [20-06-2019]. Disponible en: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/transparencia_portal/Archivos/a14f01/NORMA%20Oficial%20Mexicana%20NOM-034-SSA3-2013.pdf
22. DOF: 05/10/2010. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLINICO. Consultado el [20-06-2019]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787.
23. DOF: 16/08/2010. NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

Consultado el [20-06-2019]. Disponible en:
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5155477&fecha=16/08/2010.

24. Mohammad T, Fariba B, Abbas A, Foroozan AS. Experiences of pre-hospital emergency medical personnel in ethical decisionmaking: a qualitative study. Torabi et al. *BMC Medical Ethics* (2018) 19:95.
25. Svensson A, Fridlund B. Experiences of and actions towards worries among ambulance nurses in their professional life: a critical incident study. *Int Emerg Nurs*. 2008;16(1):35–42.
26. Goethals S, de Casterlé BD, Gastmans C. Nurses' decision-making process in cases of physical restraint in acute elderly care: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(5):603–12.
27. Ebrahimian A, Seyedin H, Jamshidi-Orak R, Masoumi G. Exploring factors affecting emergency medical services staffs' decision about transporting medical patients to medical facilities, vol. 2014; 2014. p. 215329. <https://doi.org/10.1155/2014/215329>.
28. Guru V, Verbeek PR, Morrison LJ. Response of paramedics to terminally ill patients with cardiac arrest: an ethical dilemma. *CMAJ*. 1999;161(10):1251–4.
18. Hunt MR. Resources and constraints for addressing ethical issues in medical humanitarian work: experiences of expatriate healthcare professionals. *Am J Disaster Med*. 2009;4(5):261–71.
29. Trzeciak S, Rivers E. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emergency Med. J*. 2003; 20(5):402-5
30. Bruce K, Suserud BO. The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses. *Nurs. Crit. Care*. 2005; 10(4):201-9.
31. Joseph KB, Ali A, Davoud KZ, Amir N, Owais R. Weaknesses and capacities affecting the Prehospital emergency care for victims of road traffic incidents in the greater Kampala metropolitan area: a crosssectional study. Balikuddembe et al. *BMC Emergency Medicine* (2017) 17:29.

32. John G, Brigid W, Sean K. "PERSPECTIVE A BRILL idea? The benefits, risks, insights, learning and limitations of an emergency airway registry in pre-hospital and retrieval medicine." *Emergency Medicine Australasia* 2019: pag. 4.
33. Lossius HM, Røislien J, Lockey DJ. Patient safety in pre-hospital emergency tracheal intubation: a comprehensive meta-analysis of the intubation success rates of EMS providers. *Crit. Care* 2012; 16: R24.
34. Fouche PF, Stein C, Simpson P, Carlson JN, Doi SA. Nonphysician out-of-hospital rapid sequence intubation success and adverse events: a systematic review and meta-analysis. *Ann. Emerg. Med.* 2017; 70: 449–59. e20.
35. Weidman J, Baker K. The cognitive science of learning: concepts and strategies for the educator and learner. *Anesth. Analg.* 2015; 121: 1586–99.
36. Cabañas GJ, Scholer M, Tintinalli J. "Informática en Medicina de Urgencias y Emergencias: Gestión de la información y aplicaciones en el siglo XXI." *Formación acreditada. Emergencias* 2009; 21: 354-361.
37. Lerner EB, Nichol G, Spaite DW, Garrison HG, Maio RF. A comprehensive framework for determining the cost of an emergency medical services system. *Ann Emerg Med.* 2007; 49:304-13.
38. Reglamento de Protección Civil para el municipio de Tepic, Nayarit. [Internet] Consultado el 30 de junio de 2019. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Estatal/NAYARIT/Municipios/Tepic/10Regproteccion.pdf>.
39. Quesada TF. Modelos Internacionales de Atención Urgente. [Internet] Consultado el [11-10-2019]. Disponible en: <https://prezi.com/wea0gizas8pz/modelos-internacionales-de-atencion-urgente-definitivo/>.
40. Sasser S, Varghese M, Kellermann A, Lormand JD. Prehospital trauma care systems. Geneva, World Health Organization, 2005.
41. Fiander S. Anyone can save a life: road accidents and first aid. London, British Red Cross, 2001 (<http://www.i-connect.ch/grsp/grspdev/pdfs/BRCreport2000.pdf>, accessed 18 May 2005).

42. Garnica González T.M. Mena González L.M. Moreno Ríos J.J. Estudio comparativo de los modelos de atención prehospitalaria entre Colombia y México. [Internet] 2015 [Consulta el 12 de octubre de 2019]. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/jspui/bitstream/10946/594/2/Aph_Colombia_Mexico.pdf.
43. Agencia de Salud y Servicios Humanos. Políticas y protocolos prehospitalarios 2019-2020. 600-recolección de datos. [Internet] [Consulta el 12 de octubre de 2019]. Disponible en: https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/programs/phs/emergency_medical_services/prehospital_system/600_Data_Collection.html.
44. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011 del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [Internet] consultado el [13 de octubre de 2019] Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html.
45. Congreso de la República de Venezuela. Ley Orgánica de Salud. [Internet] consultado el [13 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://repositorios.unes.edu.ve:8080/jspui/bitstream/123456789/357/1/LEY%20ORGANICA%20DEL%20SISTEMA%20NACIONAL%20DE%20SALUD.pdf>.
46. Herrera C. Rafael V. Gestión en la estructura táctica en atención prehospitalaria de lesionados por causas externas en el Municipio Valencia Estado Carabobo, Venezuela durante el año 2013. InSlideShare [sitio web] consultado el [13 de Octubre de 2019] disponible en: <https://www.slideshare.net/rafavic/gestion-en-la-estructura-tactica-en-la-atencion-prehospitalaria-de-lesionados-en-el-estado-carabobo-venezuela-durante-el-ao-2013>.
47. Robles Garrote, P. y Rojas, M. D. C. (2015). La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. Revista Nebrija de Lingüística Aplicada (2015) 18. Recuperado de: http://www.nebrija.com/revista-linguistica/files/articulosPDF/articulo_55002aca89c37.pdf

48. FECOHT. Informe de resultados: método DELPHI. Recuperado de:
http://www.magma-store.com/consejo/ficheros/documentos/1293614406.25_04INFRESULTDELPHIFECOHTCCOOAstur.pdf
49. Franco Corzo, J. *Diseño de Políticas Públicas*. Ed. Grupo Editorial y de Investigación Polaris S.A de C.V. 3ª edición. México: IEXE, Enero; 2017. Libro
50. Raymond, P. *Análisis de actores*. Capítulo 15; Pp 315-336. Recuperado de:
https://www.eawag.ch/fileadmin/Domain1/Abteilungen/sandec/publikationen/EWM/FSM_Libro_low_res/manejo_fsm_cap15_120ppi.pdf.
51. Lozeco, C. Schreider, M. Petri, D. & Paris, M. Stakeholder mapping: a contribution to drainage collectors management in cipoletti city (RÍO NEGRO, ARGENTINA). *Aqua-LAC - Vol. 7 - Nº 1 - Mar. 2015*. pp. 28 – 38. Recuperado de:
<http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/pdf/04IdentificaciondeActores-unacontribucionalagestion.pdf>.
52. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Diplomado de presupuesto basado en resultados. SHCP; 2009. Modulo 5. Metodología de Marco Lógico. Pp 34-38. Recuperado de:
http://www.gobernacion.gob.mx/work/models/SEGOB/Resource/1093/8/images/Modulo-5_metodologia-del-marco-logico.pdf.
53. Universidad para la Cooperación Internacional. ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS. *Stakeholders*; octubre de 2012. Recuperado de:
http://www.ucipfg.com/Repositorio/MAP/MAPD-07/UNIDADES-APRENDIZAJE/UNIDAD_4/Analisis_de_Involucrados.pdf.
54. Real Academia Española. Definición de estrategia. RAE; 2020. Sitio web. [consultado el 01 de junio de 2020]. Disponible en:
<https://dle.rae.es/estrategia>.
55. Alfaro-Alfaro, N. Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social. *Salud Jalisco*; Enero-abril de 2014.

- Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj141j.pdf>.
56. Páges, J.A. Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP): vigencia o caducidad. Capítulo 3 pp- 43-56. ISBN 978-950-710-127-4. OMS/OPS 2017. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34026/9789507101274_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
57. Ibañez-Martí, C. ¿Qué es la Salud Pública? Madrid blog; abril 2008. Sitio web. [consultado el 02 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2008/04/12/88937.
58. Segura A. Concepto, competencias y tareas de la salud pública hoy. Rev Adm Sanit 2004;2(2):169-81. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-pdf-13063425>.
59. Olivares R. Unidad III Estudio de Factibilidad. [Internet]. Recuperado de: http://dsc.itmorelia.edu.mx/~jcolivares/courses/dp07b/dp_u3.pdf.
60. Barra R, Santibañez H & Ortiz M. Es estudio de la factibilidad política de las políticas públicas; Públicas. Universidad de Santiago de Chile. Recuperado de: <http://www.revistas.usach.cl/ojs/index.php/politicas/article/view/1173>.
61. J. Meltsner. La factibilidad política y el análisis de políticas públicas. Public Administration Review, no. XXXII; 1972, pp. 859-867. [internet]. Recuperado de: https://www.u-cursos.cl/ingenieria/2009/2/IN74H/1/material_docente/bajar?id_material=263429.
62. García R. COVID-19 México: Atención Prehospitalaria. Sitio web; conferencia de la Secretaría de Salud Federal 16/07/20. [Consultado el 13 de septiembre de 2020] Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=mvzY0xmzprM&t=2369s>.
63. OPS, OMS. Atención Médica Prehospitalaria para casos de desastres. Programa de preparativos en situaciones de emergencia. [internet]. Recuperado de:

<http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/pdf/AtencionMedica/AtencionMedicaPre.pdf>.

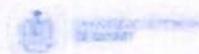
64. Sosa E. Los reglamentos administrativos y su relacionamiento con la ley en el marco de la constitución. Comentario a la constitución; Tomo III pág 217-224. [internet]. Recuperado de: <https://www.pj.gov.py/ebook//monografias/nacional/constitucional/Enrique-Sosa-Elizeche-Los-Reglamentos.pdf>.
65. Universidad Nacional Autónoma de México. EL principio de legalidad. [internet]; pp. 117-127. Recuperado de: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/22/9.pdf>.

16. Anexos

Anexo 1. Formato de recolección de información para la consulta a expertos



ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA
EN EL ESTADO DE NAYARIT



Formato de información clave de los expertos académicos				
Nombre del investigador	Institución donde labora	Años de experiencia en el tema	Principales publicaciones relacionadas al tema	Principales conclusiones de sus trabajos
			1.	1.
			2.	2.
			3.	3.
Opinión del Experto				
¿Qué opina respecto a la delimitación que se realizó del problema público?			En orden de importancia y de acuerdo con su punto de vista ¿Cuáles son las tres principales causas que originan el problema?	
			1.	
			2.	
			3.	
Alternativas de solución del problema, propuestas por el experto			¿Conoce alguna buena práctica de solución del problema? / Descríbala	
1.				
2.				
3.				

Fuente: Elaboración propia a partir del libro, Diseño de Políticas Públicas (2013) 2da edición de Franco J. ISBN:978-607-95539-5-1.

Anexo 2. Formato de recolección de información para la consulta a expertos



ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA
EN EL ESTADO DE NAYARIT



Formato de información clave de los expertos servidores públicos				
Nombre del servidor público	Institución o dependencia donde labora	Años de experiencia	Programas en los que ha participado y en que rol	Principales resultados del programa
			1.	1.
			2.	2.
			3.	3.
Opinión del Experto				
¿Qué opina respecto a la delimitación que se realizó del problema público?			En orden de importancia y de acuerdo con su punto de vista ¿Cuáles son las tres principales causas que originan el problema?	
			1.	
			2.	
			3.	
Alternativas de solución del problema, propuestas por el experto			¿Conoce alguna buena práctica de solución del problema? / Describala	
1.				
2.				
3.				

Fuente: Elaboración propia a partir del libro, Diseño de Políticas Públicas (2013) 2da edición de Franco J. ISBN:978-607-35539-3-1.

Anexo 4. Formato de Registro de Atención Prehospitalaria

FORMATO DE REGISTRO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA (FRAP)

DATOS DEL SERVICIO:

FECHA ____/____/____
DIA MES AÑO

CRONOMETRÍA					
HORA LLAMADA	HORA SALIDA	HORA LLEGADA	HORA TRASLADO	HORA HOSPITAL	HORA BASS

MOTIVO DE LA ATENCIÓN:

1	ENFERMEDAD	2	TRAUMATISMO	3	GINECOOBSTETRICO	4	ADMINISTRATIVO
---	------------	---	-------------	---	------------------	---	----------------

UBICACIÓN DEL SERVICIO:

CALLE: _____ ENTRE: _____ Y _____

COLONIA/COMUNIDAD: _____ MUNICIPIO: _____

LUGAR DE OCURRENCIA:

1	HOGAR	2	VIA PUBLICA	3	ESCUELA	4	RECREACIÓN Y DEP.
5	TRABAJO	6	TRANSPORTE PÚBLICO	7	OTRA:		

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: M F

DOMICILIO: _____ ENTRE _____

Y _____ COLONIA: _____

MUNICIPIO: _____ TELEFONO: _____

OCCUPACIÓN: _____

DERECHAHABIENTE A: _____

CONTROL:

AMBULANCIA: _____

OPERADOR: _____

PRESTADORES DE SERVICIO: _____

CAUSA TRAUMÁTICA:

1	ARMA	9	SUSTANCIA CALIENTE
2	JUJUETE	10	SUSTANCIA TOXICA
3	AUTOMOTOR	11	ELECTRICIDAD
4	BICICLETA	12	EXPLOSIÓN
5	PRODUCTO BIOLÓGICO	13	SER HUMANO
6	MAQUINARIA	14	ANIMAL
7	HEERRAMIENTA	15	OTRO
8	FUEGO		

ESPECIFIQUE: _____

LESIONES CAUSADAS POR: _____

ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS

<input type="checkbox"/>	COLISIÓN	<input type="checkbox"/>	VOLCADURA	
<input type="checkbox"/>	AUTOMOTOR	<input type="checkbox"/>	MOTOCICLETA	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BICICLETA	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			MAQUINARIA

CONTRA OBJETO:				SOBRE LA COLISIÓN			
FUE EN MOVIMIENTO		IMPACTO: FRONTAL _____ LATERAL _____ POSTERIOR _____		VOLANTE: INTEGRO _____ DOBLADO _____		BOLSA DE AIRE: SI _____ NO _____	
TRÁNDIMIENTO: _____ CMS	PARABRISAS: INTEGRO _____ DOBLADO _____	ROTO _____	CENTRO DEL VEHICULO: SI _____ NO _____		EYECTADO _____		
CINTURÓN DE SEGURIDAD: COLOCADO _____ NO COLOCADO _____							

CAUSA DE PARTO

DATOS DE LA MADRE:

GESTA: _____ CESÁREAS: _____ PARA: _____ ABORTOS: _____

SEMANAS DE GESTACIÓN: _____ FPP: _____

HORA DE INICIO DE CONTRACCIONES: _____ FRECUENCIA: _____ DURACIÓN: _____

DATOS POST-PARTO:

HORA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR: _____ PLACENTA EXPULSADA: _____

DATOS DEL RECIÉN NACIDO: PRODUCTO: VIVO _____ MUERTO _____ SEXO: F _____ M _____ APGAR: 1 MIN _____ 5 MIN _____ 10 MIN _____

SILVERMAN: 1 MIN _____ 5 MIN _____

Anexo 6. Acuse de recibida la propuesta en el Congreso del Estado

**Presidenta de la Comisión de Salud y Seguridad Social
del H. Congreso del Estado de Nayarit
Dip. Claudia Cruz Dionisio**

PRESENTE.



Quien suscribe, el C. LE. Jorge Adalberto Flores Villarreal, estudiante del postgrado de la Universidad Autónoma de Nayarit en el área académica de Ciencias de la salud; en la Maestría en Salud Pública (Generación 2019-2020), como proyecto de titulación me permito presentar ante la Presidencia de la Comisión de Salud y Seguridad Social que usted eficientemente coordina la **Iniciativa con proyecto de decreto que adiciona diversos artículos de la LEY DE SALUD DEL ESTADO DE NAYARIT EN MATERIA DE ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALRIA (AMP).**

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. Descripción del escenario

La Atención Médica Prehospitalaria (AMP) ha representado una de las formas más rápidas de tener contacto con alguna persona que ha sufrido algún tipo de accidente, enfermedad repentina o alguna crisis de una enfermedad propia de la persona, esto con la finalidad de poder prestarle los servicios médicos de manera oportuna en cuanto a la evaluación, diagnóstico, procedimientos y en caso de requerirlo, el traslado como tal a un hospital de segundo nivel para que se continúe con una atención más avanzada, con más equipo, con mayores insumos y por personal médico más especializado. Siendo el objetivo general de estas intervenciones el de preservar la integridad física de las personas, así como su vida misma en un momento dado.

La atención en urgencias y emergencias tiene la particularidad de iniciar en el lugar donde se presentan los acontecimientos, o sea en la población. Una vez que se presenta el suceso que pone en riesgo la salud de los seres humanos. Esta primera atención médica que se proporciona antes del ámbito hospitalario, implica la coordinación de una serie de acciones y toma de decisiones por parte del personal que la ejecuta, lo cual precisa su nivel de complejidad. Pero para poder entender un poco acerca de la definición e importancia de este tipo de atención, tenemos que remontarnos un poco a los inicios de las primeras apariciones de dichos servicios.