



1^o DEONTOLOGÍA EN EMERGENCIAS MÉDICAS. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE MEDICINA PÚBLICA Y MEDICINA PRIVADA.

Jorge Luis Pincha Andrango

Estudiante
jpincha@est.ups.edu.ec

MSc. Jeverson Santiago Quishpe Gaibor

Docente investigador
jquishpe@ups.edu.ec
Universidad Politécnica Salesiana

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Jorge Luis Pincha Andrango y Jeverson Santiago Quishpe Gaibor (2019): "Deontología en emergencias médicas. Análisis comparativo entre medicina pública y medicina privada", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (mayo 2019). En línea

<https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/05/deontologia-emergencias-medicas.html>

RESUMEN.

En el Ecuador los sistemas de servicios de emergencias médicas (SSEM) han sido criticadas constantemente, servidores públicos que ha comparación de los servidores privados mantienen atenciones a los pacientes de manera diferente, aun cuando la deontología aplicada a los SSEM debería ser la misma.

En este documento se realiza una comparación sobre los principios de la bioética y su aplicación en los SSEM públicos y privados, estos principios son de los más fructíferos para construir los fundamentos de una bioética intercultural. Tras recordar en qué consisten los principios de la bioética, tal y como han sido defendidos por Tom L. Beauchamp y James F. Childress en Estados Unidos, ofrezco una breve mirada a la evolución de los SEM en la constitución del Ecuador. Continúo con una reflexión sobre dichos principios. Todo ello con el fin de socializar las bases de lo que podríamos llamar una bioética intercultural en los SEM del Ecuador.

Palabras clave: Emergencias médicas-ética-paciente-servicios-público-privado.

ABSTRACT

In Ecuador, the medical emergency service systems (SSEM) have been constantly criticized, public servants who have compared the private servers maintain patient care differently, even when the deontology applied to the SSEM should be the same.

In this document a comparison is made on the principles of bioethics and its application in public and private SSEM, these principles are the most fruitful to build the foundations of an intercultural

¹ Jorge Pincha, Estudiante de la carrera de Ingeniería Mecánica Industrial

bioethics. After recalling what the principles of bioethics consist of, as they have been defended by Tom L. Beauchamp and James F. Childress in the United States, I offer a brief look at the evolution of SEM in the constitution of Ecuador. I continue with a reflection on these principles. All this in order to socialize the bases of what we could call an intercultural bioethics in the SEM of Ecuador.

Keywords: Medical emergencies-ethics-patient-services-public-private,

INTRODUCCIÓN

En nuestro país Ecuador, la evolución del Sistema de Servicios de Emergencias Médicas (SSEM) ha sido desigual entre el servicio público y privado. Organizarlos se convirtió en un reto que lastimosamente no se ha podido lograr.

Actualmente se está implementando un nuevo programa con el fin de tener una coordinación entre los SSEM del sector público y privado, ante esta iniciativa existen aún problemas para unificar la estructura de la organización de estos.

Varios estudios realizados concluyen que la ética en los SSEM se centra en 4 principios, que permitirán un correcto funcionamiento, al momento de aplicarlos saltan las diferencias que existe entre las instituciones públicas y privadas, en este documento se analizará las diferencias que los pacientes detectan entre los SSEM públicos y privados.

1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS SSEM EN ECUADOR

El estar propenso de accidentes que evocan lesiones y cuadros médicos agudos que perjudican al ser humano vienen sucediendo hace muchos años atrás. Los traumatismos provocados mientras se realizaba las actividades como las cacerías en tiempos prehistóricos o las enfermedades causadas por la invasión tecnológica actual y sobre todo los hábitos poco saludables han solicitado de asistencia de acuerdo a las posibilidades de recursos, conocimientos especializados e infraestructura que cada época le ha otorgado a quienes asumen la función de socorrer a los enfermos (Burbano Santos & Carrasco Sierra, 2014).

Los primeros pasos para crear un sistema integral de SSE por parte del Estado ecuatoriano se dió lugar en la fecha del 7 de septiembre del año de 1995, cuando el Ministerio de Salud Pública (MSP) publicó un acuerdo que se lo puede encontrar con el número de registro 2309 para establecer la primera Comisión Interinstitucional de la Red de Emergencias Médicas (CIREM), el mismo que se pertenecía al proyecto llamado Fortalecimiento de Servicios Básicos en el Ecuador (FASBASE). Su objetivo era definir las políticas y la participación de las instituciones dentro de esta Red (Gobernanza & de la Salud Pública, 2015).



Figura 1. Evolución histórica de los SSEM.

Aunque esta estrategia sirvió para asignar recursos no logró formar un sistema a nivel nacional ni local, manteniéndose únicamente un comité en Quito, con funciones irregulares y de mínima profundidad. Frente a estos resultados el Ministerio de Salud Pública emitió el Acuerdo Ministerial No. 305 del 3 de junio de 2008 creando el Comité Interinstitucional de la Red de Emergencias Médicas que mantiene el acrónimo CIREM (Castiglione, n.d.), corriendo la misma suerte que su anterior intento.

Hace algunos años de forma consecutiva, el Cuerpo de Bomberos en la mayor parte de las ciudades del país, han comenzado a atender las emergencias y urgencias médicas con recursos propios (humanos y materiales), con el fin de abastecer ese vacío de asistencias médicas existente sin que la ley les faculte para ello sobre todo en las ciudades más pequeñas del Ecuador. Los mismos generaron tendencia que se consolidó en la ciudad de Quito en el año 2007 cuando su Municipio tomó la decisión de eliminar el departamento de Emergencias 911 y el migrar su equipamiento y personal al Cuerpo de Bomberos de la ciudad (Burbano Santos & Carrasco Sierra, 2014).

A pesar de su gran popularidad el modelo que asocia al SSEM con los ya mencionados Cuerpos de Bomberos no está libre de problemas. En la publicación realizada por parte de la Organización Panamericana de la Salud “Desarrollo de Sistemas de Servicios de Emergencias Médicas – Experiencia de los Estados Unidos de América para países en desarrollo” menciona:

“La adaptación e inquirir a una organización con un conjunto dado de misiones propuestas que adopte una modificación, o nuevas metas, puede amenazar la integridad de una organización ya existente. Demasiados SSEM han vivido como el hijo bastardo de un departamento de bomberos y han tenido que competir por las migajas de la mesa, en vez de ser el niño mimado de un hospital o departamento de salud”(Organización Panamericana de la Salud, 2003).

En el país el 30 de diciembre de 2011, tomando el Decreto Ejecutivo 988 de la constitución se decide crear el Sistema Integrado de Seguridad ECU-911 el mismo que abarcará a las diversas entidades responsables de la seguridad pública en el Ecuador, entre los cuales está el Ministerio de Salud, y se llega al acuerdo de manera definitiva un número de emergencias para todo el país, el 911. Esta entidad pretende hacerse responsable de una función de coordinación, pero no ha logrado solventar los problemas de segmentación del sistema de los SSEM.



Figura 2. Anuncio 911.

Al darse cuenta de esta situación varios centros de educación superior crearon carreras profesionales en atención de emergencias médicas con títulos a obtener de paramédicos, lo que nos llevaría al modelo “recoger y correr”.

2. TIPOS DE LOS SSEM

Desde los años 70's, los SSEM se ajustaron a dos modelos principales: el anglo-americano, este se basa en el concepto de “recoger y correr” (scoop and run) (Al-Shaqsi, 2010), y el franco-alemán, que indica “quedarse y jugar” (stay and play). Estos modelos difieren fundamentalmente en su filosofía, esto determina, el perfil del recurso humano o la forma de operación del sistema, tomando también otros aspectos.

A partir de estas tendencias se han desarrollado modelos diversos que se pueden agrupar en cinco tipos:

Tabla 1. Tipos de Sistemas de Servicios de Emergencias Médicas en el mundo (VanRooyen, Thomas, & Clem, 1999).

Tipo de SSEM	Características
1. Sistema basado en hospitales	En esta tipología es un hospital quien se asume los costos y la administración del servicio; provee el personal, así como su entrenamiento. Son fáciles de implementar y mantener. Son frecuentes en países que inician este tipo de servicios y donde no hay un sistema nacional bien organizado.
2. Sistemas dirigidos por jurisdicciones	Son aquellos que están bajo administración de gobiernos locales (ej. municipios). Su costo se cubre mediante el presupuesto Estatal y suelen ser parte de los servicios de bomberos locales. Son comunes en países donde existen sistemas de salud gratuitos y de cobertura universal.
3. Sistemas privados	Es el tipo más antiguo en EE. UU. debido a las características de su sistema de salud. Suelen integrar la cartera de servicios que ofrecen aseguradoras privadas.

4. Sistemas de voluntariado

Suelen estar presentes en países de bajos o medios ingresos, así como en las zonas rurales de países de ingresos altos. Como su nombre lo indica, se basa en el servicio prestado mediante personal voluntario y con frecuencia mediante organizaciones no gubernamentales como la Cruz Roja.

5. Sistemas complejos

Son una combinación de los anteriores. Podemos encontrarlos, por ejemplo, en grandes centros urbanos. Coincide con el modelo segmentado de los sistemas de salud que predominan en Latinoamérica, incluyendo el Ecuador, y se le puede atribuir todos sus defectos.

3. LA ÉTICA EN LOS SSEM (SISTEMA DE SERVICIOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS)

Las emergencias médicas es el resultado de la responsabilidad moral y ética de la sociedad y de los profesionales sanitarios para socorrer a personas que han sufrido problemas de salud agudos, de complejidad variable y que con mucha frecuencia se presentan en escenarios de alto riesgo para el proveedor y el propio paciente (Burbano Santos & Carrasco Sierra, 2014).

Varias cuestiones éticas incumben a los Sistemas de Emergencias Médicas. Existen cuatro principios éticos que deben considerarse en toda la legislación y planificación para el SSEM (Sistemas de servicios de emergencias médicas).

Estos principios también deben usarse para empresas que sirvan de proveedores a los SEM y definir sus obligaciones éticas respecto del sistema y sus pacientes (Organización Panamericana de la Salud, 2003). El primero de estos conceptos, la no-maleficencia, este principio se inscribe en la tradición de la máxima clásica *primum non nocere* («lo primero no dañar»), hace referencia a la obligación de no infringir daño alguno intencionadamente a un paciente que se encuentre en un SSEM. La beneficencia indica que los SSEM hagan "el bien". Una clara aplicación de cómo los SEM pueden aplicar la beneficencia es promover la salud en la sociedad al educar en la prevención de distintas enfermedades (Aparisi, 2010). La autonomía indica que se debe respetar los deseos de cada uno de los individuos y estipula que una persona dictamina sus acciones o decisiones. Para Beauchamp, un individuo autónomo es aquel que "actúa libremente de acuerdo con un plan escogido". Según afirma este autor, todas las teorías de la autonomía están claros en dos condiciones principales: a) la libertad, entendida como la independencia de influencias que controlen, y b) la agencia, es decir, la capacidad para la acción intencional (Beauchamp TL, 1994). Finalmente, la justicia exige que todos los individuos sean tratados por igual, es el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a un individuo en los SSEM. Una injusticia se produce cuando se le niega a una persona que está en un SSEM el bien al que tiene derecho (Aparisi, 2010).

4. COMPARACIÓN DE SERVICIO PÚBLICO Y PRIVADO

A todos los efectos, existen dos tipos principales de SSEM: públicos y privados. Su principal característica diferenciadora es el tamaño, mientras que los públicos son mucho mayores, los privados son más pequeños. Los primeros pueden albergar un número mayor de camas frente a los segundos.

Los hospitales públicos son financiados con fondos estatales, así que, como resultado, no pueden rechazar a nadie. En cambio, los que son de propiedad privada, tienen el derecho a rechazar el tratamiento de una persona. Aunque por ley, sin embargo, tienen el deber de estabilizar a cualquier persona que se encuentre en una situación de emergencia o socorro, aunque luego sea derivado a un hospital público (Competitiva, Juan, & Capurro, 2014).

4.1. Pros y contras de los hospitales privados

Muchas personas prefieren ir a hospitales privados para emergencias y diversos tratamientos. Ventajas con las que cuenta principalmente un hospital privado (González Mendez, 2008):

- Gracias a su tamaño más pequeño, están más equipados para ofrecer una atención más personalizada.
- El personal puede disponer de mayor tiempo para dedicárselo a la atención del paciente.
- Tienden a mantenerse a la vanguardia de la tecnología más fácilmente que los hospitales públicos, y normalmente las comodidades que presentan son superiores. Intentando que el paciente se sienta como en casa.
- Los tiempos de espera tienden a ser cortos.
- El número de pacientes por médico es limitado, aportando así una mejor atención al enfermo.

También existen desventajas significativas para los hospitales privados. Por ejemplo:

- Limitaciones del seguro como pueden ser número de sesiones, consultas o servicios que van en función de las coberturas contratadas.
- Posibilidad de copago. Si tienes esta opción y requieres de pruebas diagnósticas o de hospitalización, el servicio se puede encarecer.
- Tienden a ser más caros por lo general.
- Tienen un número limitado de camas.

4.2. Pros y contras de grandes hospitales públicos

Cuando la mayoría de la gente necesita un hospital, generalmente terminan en uno grande y público. Entre los beneficios con los que cuenta un hospital público se encuentran:

- Los hospitales públicos no pueden rechazar a nadie, por lo que puedes estar seguro de que recibirás tratamiento cuando visites uno.
- Debido a que son financiados con fondos públicos y no tienen fines de lucro, generalmente son mucho más asequibles que los hospitales privados.
- Debido a su tamaño, también suelen tener muchas más camas que los hospitales privados.

En cuanto a los inconvenientes de los hospitales públicos, hay algunos a considerar:

- A pesar de que tienen muchos más empleados que los hospitales privados, la proporción de pacientes por médico es mucho mayor, con lo que la atención al enfermo se ve reducida principalmente por el tiempo que se le dedica a éste.
- Los tiempos de espera para ser atendidos suelen ser mucho mayores, tanto si es una urgencia puntual como si es con una cita concertada. Las listas de espera para ser convocados a una prueba se dilatan muchísimo en el tiempo, siendo esto perjudicial para el paciente.
- El personal que atiende a los pacientes suele estar saturado por la gran cantidad de trabajo a la que se enfrenta. ¿Cómo se combate esto? Haciendo que el tiempo por paciente sea menor.

La importancia del sector prehospitalario público y privado, dentro del sistema de salud pública, generalmente no es valorada con la importancia que esta se la merece. Hay que recalcar la importancia de los SSEM para minimizar las tasas de mortalidad y morbilidad en el Ecuador y el resto del mundo, por lo que se recomienda el fortalecimiento de los SSEM y dentro de ellos los sistemas de atención prehospitalaria y comunitaria, adicionalmente es necesario mencionar, que la atención de los SSEM, es una atención por necesidad que no puede ser confundida con una atención por comodidad.

El valor de hacer un mapa con el ciclo del servicio consiste en que podemos mirar a través de los ojos de los usuarios y ver el servicio de urgencias desde el punto de vista de ellos, pero también hay un valor agregado ya que este ejercicio sensibiliza a los funcionarios involucrados.

CONCLUSIONES

Se evidencia que los principales aspectos que el cliente valora de la atención en Urgencias están relacionados con los tiempos de espera para la atención, tanto médica como en la recepción y la falta de información al ingreso del establecimiento, por tanto, los esfuerzos institucionales deben concentrarse en resolver dichos aspectos para lograr una mayor satisfacción de los usuarios.

No existe una denominación clara del servicio de Urgencias, la literatura consultada hace algunas diferencias entre servicios de emergencias y Urgencias, sin embargo, se refieren exclusivamente al medio hospitalario.

Elaborar, en el nivel local las normas para la atención en Urgencias y solicitar el aval de la Dirección Regional ya que para tomar medidas que mejoren el proceso de la atención en este servicio, se requiere, ante todo, de una definición de servicio de urgencias para un Área de Salud de primer nivel de atención.

REFERENCIAS

- Al-Shaqsi, S. (2010). Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. *Oman Medical Journal*, 25(4), 320–324. <https://doi.org/10.5001/omj.2010.92>
- Aparisi, J. S. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, 22(Marzo), 121–157. Retrieved from http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-92732010000100006
- Beauchamp TL, C. J. (1994). Principles of Biomedical Ethics. *American Medical Association Code of Medical Ethics*, (May), 1–12. Retrieved from <https://www.utcomchatt.org/docs/biomedethics.pdf>
- Burbano Santos, P. S., & Carrasco Sierra, J. P. (2014). Los Servicios De Emergencias Médicas En El Ecuador: Una Tarea Pendiente. *Revista de La Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca*, 32(3), 58–69. Retrieved from <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/viewFile/897/796>
- Castiglione. (n.d.). Compilación de Legislación sobre Sistemas de Servicios de Emergencia en América Latina.
- Competitiva, Y. E., Juan, L., & Capurro, F. (2014). El negocio de las empresas de emergencias médicas.
- Gobernanza, S. N. de, & de la Salud Pública. (2015). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. *Biomass Chem Eng*, 49(23–6).
- González Mendez, E. (2008). Calidad de la atención en el servicio de urgencias del área de salud Heredia Cubujuquí desde la perspectiva del cliente. *Instituto CentroAmericano de Administración Pública ICAP.*, 13–45.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). Desarrollo de los Sistemas de Emergencia, 229. Retrieved from [https://clea.edu.mx/biblioteca/Desarrollo de sistemas de servicios de emergencias medicas.pdf](https://clea.edu.mx/biblioteca/Desarrollo%20de%20sistemas%20de%20servicios%20de%20emergencias%20medicas.pdf)
- VanRooyen, M. J., Thomas, T. L., & Clem, K. J. (1999). International emergency medical services: Assessment of developing prehospital systems abroad. *Journal of Emergency Medicine*, 17(4), 691–696. [https://doi.org/10.1016/S0736-4679\(99\)00065-7](https://doi.org/10.1016/S0736-4679(99)00065-7)