

ARTÍCULO CIENTÍFICO
CIENCIAS SOCIALES

**El derogado código de la salud y su impacto en la atención
prehospitalaria de los cuerpos de bomberos del Ecuador**

***The repealed health code and its impact on pre-hospital care for
Ecuadorian fire departments***

Peñafiel Palacios, Alex Javier¹

¹. ub.alexpenafiel@uniandes.edu.ec, Carrera de Derecho, Universidad Regional Autónoma de Los Andes, Sede Babahoyo. Ecuador.

Recibido: 01/09/2020

Aprobado: 02/10/2020

RESUMEN

Los cuerpos de bomberos del país, desde la década de los ochenta han asumido de manera espontánea la implementación de ambulancias con la finalidad de cubrir las necesidades imperiosas de la comunidad y ante la ineficacia del sistema nacional de salud, muchas veces sin el cumplimiento de normas esenciales, con la derogación del nuevo Código de la Salud se pretendió identificar de qué manera pudo haber mejorado la protección jurídica a los sistemas de respuesta de atención pre hospitalaria de los cuerpos de bomberos vigentes en el país, con la revisión de la vetada ley y por medio de una metodología cualitativa, de alcance narrativo y un método empírico de análisis documental se materializó la pérdida de avances significantes en el reconocimiento de la atención pre hospitalaria dentro del marco legal concluyéndose que los gobiernos autónomos descentralizados que presten el servicio por medio de los cuerpos de bomberos, debían decidir si estaban en capacidad de mantener el servicio conforme la ley o debían de suspenderlo permanentemente por los altos costos que pueden generar el mantenimiento.

PALABRAS CLAVES: Atención Pre hospitalaria; Código de la salud; Cuerpo de bomberos.

ABSTRACT

Since the eighties, the country's fire brigades have spontaneously assumed the implementation of ambulances in order to meet the urgent needs of the community and in the face of the ineffectiveness of the national health system, many times without compliance with regulations.

essential, with the advent of the Health Code, it was intended to identify how legal protection improves the pre-hospital care response systems of the fire brigades in force in the country, with the revision of the new law and through a qualitative methodology, with a narrative scope and an empirical method of documentary analysis, significant advances were found in the recognition of prehospital care within the legal framework, concluding that the decentralized autonomous governments that provide the service through the fire brigades must decide whether they are in capacity to maintain the service according to the law or they must suspend it or permanently due to the high costs that maintenance can generate.

KEYWORDS: Pre-hospital care; Health Code; Fire Department.

INTRODUCCIÓN

La atención prehospitalaria es una actividad de la medicina relativamente nueva para el país, como lo manifiestan (Burbano Santos & Carrasco Sierra, 2015) nacen de la obligación jurídica de normativas legales como la Declaración Universal de Derechos Humanos, La Constitución, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y la Ley de Derechos y Amparo al Paciente.

En este contexto se reconoce que existen dos grandes modelos de atención como lo refiere (Dick WF. , 2003, págs. 29-37) uno anglo- americano que se fundamenta en recoger al paciente y trasladarlo lo más pronto posible a una casa de salud y el sistema franco-alemán que por otra parte procura estabilizar al paciente en curso para luego avanzar a un centro de salud que esté en capacidad de remediar el daño causado conforme lo evaluado.

Para (Burbano Santos & Carrasco Sierra, 2015) otro aspecto relevante de la atención se da en la forma en como el sistema se administra enmarcando cinco tipos que son:

a- Sistema basado en hospitales: es decir es una extensión del sistema hospitalario y trabajan en forma directa con la casa de salud, cuentan con una dependencia total a los requerimientos del hospital en el área administrativa y de prestación del servicio.

b- Sistema de gestión jurisdiccional: Es el que se da la competencia a gobiernos seccionales como municipios y que se integran regularmente a los departamentos de bomberos, se mantiene con asignaciones estatales y son regularmente servicios gratuitos.

c- Sistema privado: Son los que se dan de manera complementaria a servicios de atención médicas privadas o prepagada y complementan ese servicio es el sistema más frecuente en los Estados Unidos.

d- Sistema de voluntariado: Se da en sectores donde el Estado no puede asumir la competencia y es prestada por organizaciones no gubernamentales como la Cruz Roja.

e- Sistemas complejos: son el más común en Latinoamérica, se compone por diferentes actores y conviven todos los sistemas normalmente regulados por un gobierno central en la parte normativa (Carbonell, 2013, págs. 49-55).

Con el paso de los años han existido diversas gestiones políticas que han tratado de que el servicio de atención prehospitalaria sea regulado en el país, el primer intento se dio por el (Ministerio de Salud Pública, 1995) con la creación del Comité Interinstitucional de la Red de Emergencias Médicas conocido con el acrónimo de CIREM, producto de esta organización se dotó de ambulancias a una gran cantidad de entidades públicas que incluía a hospitales, Patronatos, Cuerpos de Bomberos y ONG's como la Cruz Roja (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Sin embargo, ante la necesidad de tener este servicio en pequeñas y grandes ciudades por falta de acción gubernamental directa, los Cuerpos de Bomberos sin facultad jurídica alguna lo han proporcionado desde esta resolución (Burbano Santos & Carrasco Sierra, 2015, pág. 63).

Este modelo como lo manifiesta la (Organización Panamericana de la Salud , 2003) es una complejidad para el sistema por la situación asumida por los Cuerpos de bomberos como prestadores del servicio de atención prehospitalaria como una acción que ha sido adoptada en forma precaria y subsistiendo de manera anti técnica.

Revisando el aspecto jurídico cabe destacar que dentro de la Ley de Defensa Contra Incendios (Ecuador. Comisión de Legislación, 1979) que regulaba las acciones de estas entidades, no se menciona dentro de las funciones de estos organismos de manera textual este servicio sino que se menciona que pueden realizar acciones de salvamento siendo la única referencia que lo vincula a esta especialidad.

En el actual Código Orgánico de Entidades de Seguridad Ciudadana y Orden Público (Ecuador Asamblea Nacional, 2017) se cita en el artículo 218 que son entre otras funciones, la de atención prehospitalaria, como una actividad complementaria de la función de los Gobiernos Autónomos Descentralizados Metropolitanos y Municipales.

En este contexto desde el año 2010 se pone en vigencia ante la carencia de norma expresa, la Norma Técnica para Operativizar Ambulancias Terrestres pero considera que este servicio se asumía como parte del Sistema Nacional de Salud, es recién con el Acuerdo Ministerial 391 (Ministerio de Salud Pública, 2012a) donde se cumple con el reconocimiento jurídico de la existencia de la Atención Pre hospitalaria así como el Transporte Sanitario como un servicio de salud.

Naciendo por ley el servicio de Atención Pre hospitalaria, el Estado y agregándose al Sistema Nacional de Salud se da la necesidad de crear una serie de normativas regulatorias de este servicio tanto en el ámbito público como privado, es así que se limita por un lado, el proceso de atención por medio de un Acuerdo Ministerial 1595 (Ministerio de Salud Pública, 2012) el cual de manera fundamental divide el nivel de atención pre hospitalaria en tres conforme la complejidad, desde soporte vital básico, soporte vital avanzado y soporte vital especializado. Siendo así y basado en criterios técnicos, todas las unidades de atención prehospitalaria – entiéndase como ambulancias- que dan el servicio deben contar con una autorización oficial que avale que tengan los recursos físicos, humanos y técnicos para brindar al menos un soporte básico de vida a los pacientes.

Dentro del modelo de gestión de los servicios móviles de atención de salud se detalla que la atención prehospitalaria es:

El servicio operacional y de coordinación para los problemas médicos urgentes y que comprende todos los servicios de salvamento, atención médica y transporte que se presta a enfermos o accidentados fuera del hospital. La atención prehospitalaria debe constituirse en un sistema integrado de servicios médicos de urgencias y no entenderse como un simple servicio de traslado de pacientes en ambulancias, atendidos con preparación mínima. (Ministerio de salud pública del Ecuador, 2018, pág. 10)

Ahora bien, más allá de los requisitos técnicos que se necesitan en la relación de poder atender a los pacientes conforme la ciencia médica mejor lo refiera, es importante recalcar que a diferencia de la atención médica hospitalaria, el paramédico se enfrenta a un ambiente no controlado, su primera acción siempre será en terreno, un lugar que generalmente es producto de conmoción si es un accidente de tránsito o acto violento, así como en desastres naturales y en donde existen una serie de factores que ponen en riesgo no solo la seguridad de los pacientes sino también la de los propios profesionales y de la comunidad que esta alrededor (USAID, 2009).

Es así como la labor del paramédico/técnico de atención prehospitalaria no solo debe precautelar el bien jurídico de la salud pública consagrado en la Constitución, su accionar también depende de la protección que la ley le debe dar tanto a pacientes como a respondedores y es ahí donde se realizará este análisis de la realidad de como la ley actúa en favor o en contra de este servicio.

A nivel constitucional vale desatacar lo descrito en el artículo 11 numeral dos que describe:

Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socioeconómica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación. (Ecuador. Asamblea Nacional Constituyente, 2008)

Además, la Ley de Derechos y Amparo al paciente (Ecuador. Congreso Nacional, 2006a) en artículos ocho y nueve detalla que no se puede exigir un pago previo para recibir a un paciente en emergencia ni ningún objeto de valor o promesa de pago cuando se llegue a estos centros por casos de emergencia. Una vez estabilizado será derivado a otra casa asistencial de preferencia previo el pago de lo requerido para su estabilización, cabe destacar que el artículo diez declara que es el Centro de salud el que determina si es o no de gravedad la atención del paciente y que de no ser pagaderas esas atenciones de urgencia, se podrán deducir del impuesto a la renta, de no aceptar al paciente la unidad de salud será responsable por daños y perjuicios causados y se promulga una sanción de 12 a 18 meses de prisión por el rechazo y de cuatro a seis años si ese paciente muere.

Esta realidad se puede evidenciar en informaciones de prensa como la descrita en el portal (Redacción Médica, 2017) que manifiesta que solo en la mitad del año el call center del Ministerio de Salud Pública ha recibido más de 23 mil quejas

Ante estos antecedentes es relevante reconocer que avances se pudieron haber obtenido con el desarrollo del nuevo Código de la Salud aprobado por la Asamblea el 25 de agosto del 2020 y vetado el 25 de septiembre por parte del presidente de la República Lenin Moreno, siendo el objetivo de este análisis determinar de qué manera se perjudicó la protección jurídica a los sistemas de respuesta de atención prehospitalaria de los cuerpos de bomberos vigentes en el país.

En el vetado Código de la Salud se evidencia en el artículo 4 que incluyen todos los derechos vigentes en el entorno económico, social, cultural, político y ambiental, es decir, no se limita a los aspectos relacionados con curar enfermedades, Incluye todos los factores necesarios para una vida plena y saludable.

Se fundamenta en el artículo 5, la atención integral e integrada como el acceso garantizado a los servicios de salud para todas las personas en todas las etapas de la vida tanto como medio

preventivo, curativo y paliativo, cuando la enfermedad es incurable, por medio de las políticas públicas impuestas por la Autoridad Sanitaria Nacional siendo obligación del Estado mantener presupuestos óptimos para brindar estos servicios.

Los deberes del Estado se encuentra manifiestos en el artículo 6 donde declara la prioridad de los grupos atención descritos en el artículo 35 de la Constitución y aquellas personas que se encuentran en situación de riesgo, indicando que la salud estará por encima de otras necesidades del Estado por lo que, los presupuestos de salud serán siempre prioridad, se garantiza que el acceso a la salud pública será gratuito y que, el Ministerio de Finanzas deberá garantizar los recursos tanto para atención, medicamentos y rehabilitación.

Problemas sociales vinculados con la salud pública en los cuales se requiera de una actuación interinstitucional, se deberá vincular las acciones con los ministerios de Educación, Bienestar Social y otros para que se puede afrontar la problemática desde todos los aspectos que la generan, vinculando siempre la participación ciudadana con mecanismos de verificación tanto de calidad y disponibilidad.

Dentro de los derechos que tienen las personas, las familias y la comunidad en el artículo 8 se declaraban entre los más relevantes los siguientes:

Recibir de manera gratuita, inmediata y permanentemente, servicios de la Red Pública Integral de Salud haciendo énfasis en los grupos atención prioritaria y de vulnerabilidad, para el acceso de atención preferente, sin discriminación, la estructuración de un adecuado sistema de financiamiento para la red, especialmente en los sistemas de medicina prepagada y otros prestadores de servicios de salud, priorizar los recursos y comprobar las necesidades poblacionales de atención prioritaria, la implementación de mecanismos que aseguren el manejo adecuado de los recursos y finalmente implementar las normativas que regulen costos y estándares de calidad mínimos.

El código indicaba que todo el desarrollo del sistema se da en el modelo de atención, regulado por la Autoridad Sanitaria Nacional conformando el Sistema Nacional de Salud, el cual estaba estandarizado por niveles conformes las necesidades de la población y los niveles de respuesta disponibles en un territorio determinado.

Vale mencionar, que el acceso a los servicios de salud estaba regulado en el artículo 53 el cual manifiesta que el ingreso al Sistema Nacional de salud se dará desde un nivel de atención primario y conforme la necesidad será derivado a otros centros médicos de mayor complejidad pero, cuando existe una emergencia médica, el ciudadano podrá ir al centro de salud más cercana o en su defecto cuando es atendido por algún servicio de ambulancias, en este punto

se determina que la respuesta pre hospitalaria inicia desde que se conoce de un evento que amenace la salud o la vida y el lugar en donde esté ocurre y termina, cuando el paciente es ingresado el área emergencia o un espacio habilitado dentro de cualquier establecimiento de salud.

Este punto esencial determinaba que la gestión de los servicios de emergencia prehospitalarios arranca desde que se tiene conocimiento del riesgo, sin embargo, la norma no aclaraba cuáles son los mecanismos pertinentes de comunicación para concretar el arranque de los tiempos.

Como complemento a esta disposición, dentro del Modelo de Gestión del servicio de atención de salud móvil (Ministerio de salud pública del Ecuador, 2018) indica que los servicios de transporte divididos en primarios y secundarios tienen como fundamental existencia, la preservación de la vida, prohibiéndose el traslado de cadáveres, exceptuándose como es lógico, el caso de que fallezca durante el traslado.

El documento reconoce que la activación del sistema prehospitalario se da con la llamada a la central de emergencia ECU-911 quien coordina de acuerdo con la complejidad y recursos disponibles la unidad adecuada valorada por operadores y médicos que reciben el llamado.

Considerando que en el Código de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización se presenta en el artículo 140(Ecuador. Presidencia de la República, 2010) la competencia de los cuerpos de bomberos en los gobiernos autónomos descentralizados municipales, el artículo 59 del Código de la Salud, manifiesta que se construirán comisiones de articulación con un representante del municipio para poder gestionar las acciones que se den en el cantón, es decir que si dentro de las acciones que realizan los cuerpos de bomberos está la atención prehospitalaria, este servicio deberá ser articulado con el que ofrece el gobierno central.

El artículo 63 manifestaba que todo prestador de servicios mientras sea financiado administrado o prestado por un ente estatal será considerado parte de la red pública; en este acápite se hace una prohibición expresa para que las entidades adscritas no puedan adquirir servicios o tecnologías que no hayan sido evaluadas y aprobadas por la autoridad sanitaria nacional, es decir que si en un sistema de atención prehospitalaria se llegase a obtener equipos (comprados o donados) que no cumplan con la aprobación nacional, podrían generar una sanción por parte de la autoridad, este aspecto podría perjudicar a muchos cuerpos de bomberos que por lo general tienen sus equipos a través de donaciones nacionales e internacionales lo que podría limitar la capacidad de respuestas en cantones pequeños que brindan este servicio.

El artículo 68 exponía que es obligación de todo servicio de salud sea público o privado y mientras tenga la capacidad resolutoria de poder dar la atención médica requerida a todos los pacientes con la posibilidad de que si es un servicio de salud privada podrá pasar posteriormente la cuenta al Estado de ser necesario para el pago de los gastos incurridos.

Otro elemento relevante dentro del extinto código orgánico de la salud fue el reconocimiento que el artículo 77 daba a quiénes son los profesionales de la salud limitando a estos únicamente a aquellas personas que tengan un título de Tercer nivel reconocido por la autoridad, dejando para el reglamento las limitaciones particulares relacionados a cada cargo existente.

En el artículo 78 se declaraba lo que es el ámbito del ejercicio profesional permitiendo la actuación de un profesional validado por las habilidades y destrezas obtenidas mediante formación continua especificando que estos deberán de actuar limitados a esos conocimientos certificados, sin embargo reconoce que aquellos profesionales que no estén disponibles en un territorio podrán actuar con la autorización de la Autoridad Sanitaria Nacional y solo en caso de extrema urgencia producto de la imposibilidad de encontrar un especialista y evidentemente que sea fundamental para mantener la vida del paciente.

Para aquellas personas que están dentro de los sistemas de salud, con títulos de tercer nivel técnico o tecnólogo, limitaba sus acciones a lo dispuesto en las mallas académicas y los que siendo bachilleres con capacitaciones en área de salud eran considerados únicamente como personal de apoyo en salud, además se proponía en el artículo 82 que se podrá reconocer a los promotores de la salud como un voluntariado que sería formalizado por la autoridad sanitaria nacional.

Con relación a la educación continua el artículo 87 exponía que la Autoridad Sanitaria Nacional debía implementar de manera institucional programas de formación en coordinación con las instituciones de educación superior y vincularse directamente con los procesos de evaluación y desempeño del talento humano.

Respecto a las obligaciones y derechos del artículo 90, entre los más relevantes era, la garantía de ejercer la profesión en un ambiente saludable y apropiado, respetando el criterio del profesional así como la objeción de conciencia siempre y cuando esta no afecta el derecho de las personas ni la bioética, mantener el secreto profesional, proporcionar una atención con calidad y calidez, evitando revictimizar y discriminar a los pacientes, recibir y proporcionar información del paciente y a sus familiares respecto a los procedimientos y ejecutando el

consentimiento informado de acuerdo a las normas vigentes de calidad, así manifestado en el artículo 90.

Todo el personal que es parte sistema de salud debía de respetar la información que ha sido entregada por pacientes y familiares, él no respetar el secreto profesional puede acarrear sanciones penales siendo la excepción cuando esta información está relacionada con casos de violencia o de peligro para otras personas que pueden verse afectadas o contagiadas.

Respecto a la formación profesional, cabe destacar que el artículo 92 determinaba que el Consejo Nacional de Educación Superior debía formar un comité interinstitucional para poder estandarizar los procesos de formación académica en los entornos del Sistema Nacional de Salud por medio de un reglamento, la meta según el artículo 94 y 95 es que todas las unidades públicas de salud se conviertan en centros docentes respetando los derechos a una remuneración por cualquier trabajo extra pero a la vez, la entidad de educación superior que lo patrocine asumía los gastos de las prácticas y pasantías.

Respecto a la responsabilidad profesional en artículo 103 indicaba que todo profesional de la salud debe de trabajar conforme a las normativas, la Lex artis aplicada en las profesiones de salud, de tal manera que puede evitar cualquier riesgo generado por parte del prestador del servicio y en caso de que esto ocurra, será sancionado conforme a las normativas del código inclusive si es que estás fallas no generarán algún daño, debían ser reportadas para poder recapacitar al profesional, implementar sistemas de mejoramiento de calidad, en este contexto se diferencia que no serán faltas administrativas los daños causados por circunstancias no previsibles, pero si siendo previsibles, no se pueden evitar o cuando sean producto de un agravamiento que se provoque regularmente en una enfermedad o condición médica ya prevista no tendrá culpa el prestador de la atención.

Cuando ocurra una hospitalización innecesaria, una lesión o incapacidad mortal a consecuencia de una falla administrativa, serán sancionados dichos funcionarios eximiéndose de esta responsabilidad a los profesionales de la salud que dieron la atención, pero si en el ámbito del ejercicio profesional se produce la muerte o lesión ésta se podrá perseguir cuando es producto de una inobservancia de normativas vigentes, a la actuación imprudente empírica o negligente, declarándose también que la mera producción del resultado no es elemento suficiente para materializar responsabilidad específicamente en caso fortuito o fuerza mayor.

Pero si, habiéndose iniciado una investigación por falta administrativa se encontraron dentro de la auditoría médica condiciones para determinar las circunstancias de responsabilidad para un delito de mala práctica profesional, el informe deberá ser enviado a la autoridad administrativa

superior quién luego de validar este informe, deberá terminar si continua el proceso administrativo o se lo presume como delito a lo que deberá trasladarlo a la Fiscalía General del Estado para el inicio de la instrucción fiscal; si por el contrario, es la fiscalía la que recibe una denuncia sobre este delito o por lesiones u homicidio culposo, deberá solicitar a la máxima autoridad administrativa del establecimiento donde se dio el hecho, para que remita el informe técnico tal cual se manifiesta en el artículo 106.

El artículo 181 regulaba expresamente los servicios de transporte y atención prehospitalaria, indicando que la autoridad nacional configuraría un modelo de gestión integral categorizando los servicios de transporte a nivel primario, secundario, neonatal y otros que sean necesarios para el traslado adecuado del paciente.

Se reconoce que las atenciones prehospitalarias son parte de la atención de salud y estarán a disponibilidad ante cualquier emergencia médica o condición que atente contra la salud sin importar que pertenezca o no el ciudadano al Sistema de Aseguramiento de Salud, e incluye los sistemas de soporte, comunicación, personal y transporte necesario para la entrega del paciente a un centro especializado, respecto al transporte secundario, este se reconoce al que se realiza cuando un paciente debe ser trasladado con fines de diagnóstico o de requerir un nivel superior de atención de un centro médico a otro.

Un tema relevante respecto a la atención que brindan los servicios ambulatorios en el país es la condición de conexión de los servicios prehospitalarios de la red pública de salud en este sentido el artículo 182 disponía un sistema integrado nacional que tendrá como funciones la coordinación de los mecanismos de derivación y referencia a los usuarios que se encuentran en emergencia o en estado crítico, quienes podían ser trasladados por cualquier vía sea esta aérea, acuática o terrestre conforme la complejidad del paciente así como calificar a los diferentes centros de atención conforme a la capacidad de respuesta en relación con la condición del paciente, además de monitorear los tiempos de respuesta desde que se conoce de la emergencia hasta que el paciente haya sido recibido en un centro de salud, cabe destacar que en este acápite sólo se ven obligados los vehículos que sean propiedad de la Red Pública Integral de Salud.

Respecto a la categorización y requisitos mínimos de los transportes propietarios de emergencia, la autoridad nacional regularía a través de una certificación si cumplen con los estándares necesarios para ser reconocidos como tales antes de ser matriculados en el sistema de la Agencia Nacional de Tránsito, los cuales podrán circular a nivel nacional en caso de

emergencia con la finalidad de evitar que por razones administrativas se tenga que hacer el trasbordo de una ambulancia a otra.

Respecto al personal que presta servicios en ambulancias el artículo 180 indica que deberá darse cuando las condiciones del paciente así lo requieran, en el mismo lugar donde es encontrado por el personal de salud que esté en el vehículo, si es que esté personal no tiene un médico que lo respalde, podrá realizar procedimientos que superen su nivel de formación cuando no existe otro mecanismo para salvaguardar la vida del paciente, se debe tener preparación específica en atención prehospitalaria o emergencia médica conforme los requisitos que la autoridad sanitaria nacional disponga, de igual manera, se deberá tener en el caso de los conductores una licencia profesional habilitante avalada por la autoridad Nacional de tránsito para estos fines.

MÉTODOS

El método aplicado en esta investigación es del tipo cualitativo basados en el modelo propuesto por (UNIANDES, 2012) desarrollando una modalidad paradigmática cualitativa, del tipo teoría fundamentada con un alcance exploratorio, aplicando el nivel empírico de análisis documental con la comparación del Código de la Salud anterior y el recientemente aprobado, para lograr este objetivo se propone una ficha de observación en donde se construirá una serie de variables correlacionadas con la que se demostrará los cambios más relevantes en la prestación del servicio de atención prehospitalaria proporcionado por los cuerpos de bomberos del Ecuador.

RESULTADOS

Tabla 1. Análisis de código de la salud anterior vs. Código vetado por el ejecutivo

Variable	Código de la salud (Congreso Nacional, 2006)	Código vetado
Autonomía administrativa: Dispuesta en el artículo 104 del COOTAD de la gestión de los Cuerpos de Bomberos adscritos a los Gobiernos Autónomos Descentralizados. (Ecuador. Presidencia de la República, 2010)	No existe vinculación dentro de la norma.	Vincula a los GAD's cantonales a la complementación y provisión de servicios de salud, incluidos los prehospitalarios en el artículo 42.
Atención para todas las etapas	Se prioriza únicamente a	Es un deber del Estado

Variable	Código de la salud (Congreso Nacional, 2006)	Código vetado
de la vida: Atención preferencial a los grupos prioritarios del artículo 35 de la Constitución.	personas con problemas de salud declarados prioritarios en el artículo seis.	garantizar de preferencia a los grupos de atención prioritaria en el artículo seis.
Ingreso al Sistema Nacional de Salud Mecanismo en donde se reconoce la atención prehospitalaria como medio de ingreso al sistema.	Obliga a todo servicio de salud público o privado a tener sala de emergencias no reconoce los servicios prehospitalarios según el artículo 186.	Refiere a la atención de ingreso en unidades de primer nivel y en emergencias al acceder a servicio prehospitalario.
Regulación de servicios: Condiciones normativas que regulen el servicio de atención prehospitalaria	No existe	Existe un capítulo que regula el servicio y el talento humano que trabaja en ambulancias.
Perfil profesional del personal de atención prehospitalaria Regulación de los servidores que proporcionan el servicio de atención prehospitalaria.	De manera general a todos los profesionales de la salud en el artículo 185	Se regula en el artículo 184 se regula las condiciones académicas del personal que trabaja en la atención prehospitalaria.
Especialidad de los servicios de atención prehospitalaria Regulación de los diferentes tipos de especialidades en el servicio.	No existe	Se secciona en transporte primario, secundario, neonatal y modalidad de transporte en el artículo 181.
Articulación del servicio de atención prehospitalaria con la Red pública de salud	No existe	Articula con el Sistema Integrado de Seguridad Nacional para coordinar despacho, traslado y arribo de pacientes a establecimientos de salud según artículo 182.
Regulación de equipamiento y categoría de vehículos de emergencia.	No existe	Se regula en el artículo 183 la obligación de obtener una autorización previa a la matriculación vehicular.

Fuente: Alex Peñafiel, 2020

DISCUSIÓN

La actualización del Código de la salud pretendía entre otros aspectos, elevar la importancia que tiene la atención prehospitalaria dentro del Sistema Nacional de salud, haciendo concordancia con la vigencia de la Constitución del 2008, que exige que para toda acción que realice la Autoridad Nacional de Salud, esta sea coordinada y hasta delegada a los Gobiernos

Autónomos Descentralizados, es decir que con esta perspectiva, el Gobierno Central daba paso para que los Municipios puedan de manera directa o a través de los Cuerpos de Bomberos, prestar el servicio de atención prehospitalaria dándole una mayor formalidad a esta prestación institucional, lo cual puede ser complejo si es que no cuenta con los recursos necesarios para cumplir los nuevos requerimientos.

La atención de los servicios prehospitalarios, han sido de manera general estandarizados para una atención para adultos respondiendo a la morbilidad y recurrencia, sin una real obligación a cubrir todas las etapas de vida, con la obligación dispuesta en el artículo seis, era necesario adecuar personal y equipos a la atención a grupos prioritarios como son gestantes, discapacitados, personas privadas de libertad entre otros descritos en el artículo 35 de la Constitución, esta modificación requerirá de ampliar conocimientos y equipos para las necesidades especiales de estas personas, en este aspecto la adaptabilidad podría derivar en la conformación de servicios especializados para cada grupo generando una mayor inversión para los prestadores municipales.

En relación con el nivel de acceso al sistema de salud se limitaba a dos ingresos: en centro de atención de primer nivel o traslado prehospitalario, en este contexto, los servicios de emergencia bomberiles debían de ser capaces de atender y proporcionar respuesta inmediata y sobre estos corrían todas las responsabilidades y obligaciones que exige el Sistema Nacional de Salud, sin considerar que en varios cantones, las labores de los Cuerpos de Bomberos están realizadas por voluntarios, dejando un complejo entorno jurídico sobre las atenciones que estos proporcionen punto que da la oportunidad a estas instituciones de considerar dejar de atender con voluntarios o decidir certificarlos.

El perfil profesional del equipo de atención prehospitalaria estaba claramente limitado en la ley, requiere una preparación de tercer nivel conforme la autoridad de Educación Superior decrete, convirtiendo al resto de funcionarios en personal de apoyo, en este contexto, nuevamente los cuerpos de bomberos voluntarios que no contaban con estos profesionales se verían impedidos de ejercer de manera regular la atención prehospitalario, considerando además que la carrera de atención prehospitalaria no está disponible en la mayoría de Instituciones de Educación Superior.

La categorización de los medios de transporte también generan una compleja toma de decisiones para los Cuerpos de Bomberos del país, pues, las unidades deben de ser certificadas y adicional respecto a los equipos y materiales que contengan, deben ser regulados por la Autoridad Nacional de Salud, estas condiciones podrían ser un serio obstáculo para

muchos cantones, pues es usual que estos obtengan ambulancias y equipos por medio de donaciones internacionales, lo cual se vería imposibilitado de hacer sin la regulación expresa o mecanismo para validar la idoneidad de los equipos donados.

CONCLUSIONES

Con la supresión por parte del presidente del nuevo Código de la Salud, los cuerpos de bomberos del Ecuador, que han prestado el servicio de atención prehospitalaria, corrieron el riesgo de perder este servicio, pues, como nunca antes en la historia del país, se iba a reconocer claramente el alcance que tiene en el desarrollo de las políticas públicas de salud, por un lado, integrándolo al Sistema Nacional de Salud como puerta de entrada al sistema, coordinado entre otras entidades por los Gobiernos Autónomos Descentralizados, quienes inevitablemente debían analizar y decidir qué acción tomar frente a la normativa, por medio de los cuerpos de bomberos como ha sido costumbre esta competencia realizando las inversiones en recursos humanos y técnicos necesarios para poder actuar cumpliendo la ley, o decidiendo desligarse de esta actividad que por años ha venido desarrollándose en el país como forma de paliar la incompetencia que ha existido en este servicio por parte del Gobierno Central.

REFERENCIAS

- Dick, W. F. (2003). Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. *Prehospital and disaster medicine*, 18(1), 29-37.
- Burbano Santos, P., & Carrasco Sierra, J. (01 de 08 de 2015). Los servicios de emergencias médicas en el Ecuador: Una tarea pendiente. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22978/1/Pablo%20Salvador%20Burbano%20Saltos.pdf>
- Carbonell, M. (2013). La fragmentación del sistema nacional de salud. El derecho a la salud: Una propuesta para México. México: Instituto de investigaciones jurídicas - Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ecuador, Asamblea Nacional Constituyente, (2008). Constitución de la República. Registro Oficial N. 449. <https://www.ambiente.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/09/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador.pdf>
- Ecuador. Asamblea Nacional. (2017). Código Orgánico de Entidades de Seguridad Ciudadana y Orden Público. Registro Oficial N. 19. <https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp->

[content/uploads/2018/05/C%C3%B3digo-Org%C3%A1nico-de-Entidades-de-Seguridad-Ciudadana-y-Orden-P%C3%BAblico.pdf](#)

Ecuador. Comisión de Legislación. (1979). Ley de Defensa Contra Incendios. Registro Oficial N. 815. <http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2012/10/LEY-DE-DEFENSA-CONTRA-INCENDIOS.pdf>

Ecuador. Congreso Nacional. (14 de 12 de 2006). Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial N. 423. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>

Ecuador. Congreso Nacional. (22 de 12 de 2006a). Ley de derechos y amparo al paciente. Registro Oficial N. 626. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>

Ecuador. Presidencia de la República. (2010). Código Orgánico De Organización Territorial Autonomía Y Descentralización. Registro Oficial N. 303: http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_org.pdf

Ministerio de Salud Pública. (1995). Acuerdo Ministerial no. 2309. Quito: Ministerio de Salud Pública.

Ministerio de Salud Pública. (02 de 03 de 2012a). Acuerdo ministerial 2012-391. Obtenido de https://aplicaciones.msp.gob.ec/upload/upload/1_391_2012_ac_00000391_2012_.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2012). Acuerdo 2599- Expedir el Reglamento de aplicación para proceso de incorporación de las Unidades de atención prehospitalaria de transporte y soporte vial, al servicio integrado de seguridad ECU 911, en situaciones de emergencia de salud. https://aplicaciones.msp.gob.ec/upload/upload/1_00002599_2012_ac_00002599_2012_RO.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2015). Modelo de gestión, organización y funcionamiento del Servicio de atención de salud móvil. Obtenido de [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1407/Propuesta%20Modelo%20de%20Gesti%C3%B3n%20-%20Servicio%20de%20Atenci%C3%B3n%20de%20Salud%20M%C3%B3vil%20\(v2015-02-13\).pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1407/Propuesta%20Modelo%20de%20Gesti%C3%B3n%20-%20Servicio%20de%20Atenci%C3%B3n%20de%20Salud%20M%C3%B3vil%20(v2015-02-13).pdf)

Ministerio de salud pública del Ecuador. (2018). Modelo de gestión, organización del servicio de atención móvil. Quito: Registro oficial.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (07 de 03 de 2007). ¿En qué consiste el enfoque de salud pública basado en el género? Obtenido de <http://www.who.int/features/qa/56/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2003). Desarrollo de Sistemas de Servicios de Emergencias Médicas: experiencia de los Estados Unidos de América para países en desarrollo. Washington D.C.: Organización Mundial de la Salud.

Redacción Médica. (05 de 09 de 2017). 23 mil quejas de tratos inadecuados han recibido el MSP. Obtenido de <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/vulneracion-de-los-derechos-del-paciente-la-queja-m-s-recurrente-en-el-msp-90905>

UNIANDES. (2012). Manual de investigación. Quito: Editorial Mendieta.

USAID. (2009). Curso de soporte básico de vida en atención prehospitalaria. Estados Unidos. USAID/OFDA. Obtenido de <https://scms.usaid.gov/sites/default/files/documents/1866/MR%20-%20SBV.pdf>