Servicio de Atención Médica de Urgencia

Argentina y Chile

Autora

María Pilar Lampert G.

mlampert@bcn.cl

Nº SUP: 148534

Resumen

El modelo de la respuesta a las urgencias y emergencias, si bien tiene una base común presenta variaciones en los diferentes países. En Argentina la atención pre hospitalaria de emergencia se ha desarrollado a nivel de las provincias, por lo que desde finales de la década de los 80, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) se crea el Sistema de Atención Médica de Emergencia (SAME). Por su parte en Chile, desde la década del 90 comienza a prosperar el Servicio de Atención Médica (SAMU), el que se ha desarrollado bajo la dependencia de los servicios de salud a través de todo el territorio nacional.

Tanto el SAME y el SAMU cuentan con una central de atención donde reciben las llamadas y se coordinan todos los recursos para dar asistencia sanitaria 24/7. En el primer caso, en la **Central Operativa,** médicos y médicas coordinadores o reguladores, apoyados por técnicos operativos en pre hospitalario cumplen con la misión de recibir la información, evaluar la situación, gestionar la intervención requerida, coordinar la derivación de pacientes y establecer situaciones de alerta hospitalaria, si fuera necesario. Desde la Sede Central, la Central Operativa coordina la **Base Periférica**, que puede ser **hospitalaria y extra hospitalaria.** Constituida por **unidades móviles terrestres o aéreas** tripuladas por conductores con entrenamiento básico en emergencias y médicos/as especialistas en emergentología, clínica médica, cirugía, terapia intensiva o anestesia y en el caso de ambulancias especializadas, pediatría y psiquiatría.

En Chile, en el **Centro Regulador,** los **Operadores telefónicos** (Técnico de Nivel Superior) reciben las llamadas y traspasan la información al **profesional regulador** (Kinesióloga(o), o Enfermero(a) o matrón(a)) o al **Médico/a regulador,** dependiendo de la situación de emergencia. Por su parte, el **Despachador radial**, cuya tarea es mantener una conexión constante del centro regulador con las unidades móviles, gestiona la disponibilidad y ubicación de las unidades. A esto se le suma el **Equipo interventor**, quien ejecuta las actividades clínicas en las unidades en terreno y que dependiendo del tipo de ambulancia, tendrá una tripulación conformada por: conductor y/o técnico paramédico y/o profesional reanimador y/o médico.

Para la integración de los servicios de emergencia, en Argentina el 2001 se crea el **Sistema Nacional de Emergencias Coordinadas** de número único de teléfono (911) federal y gratuito, para atender emergencias policiales y que, además, puede derivar llamadas a todas las otras organizaciones de emergencia, incluido el SAME. Posteriormente, desde

el año 2011, se cuenta con el **Centro Único de Coordinación y Control (CUCC)** multiagencial de emergencias, el primero en la región, que reúne en un mismo espacio físico a los organismos con competencia en una crisis: Defensa Civil, Guardia de Auxilio y Emergencias, Dirección General de Logística, Bomberos, Policía Metropolitana, Cuerpo de Agentes de Control de Tránsito y Seguridad Vial, y SAME.

En Chile, las centrales de emergencia de salud, bomberos y carabineros no funcionan de manera integrada, incluso entre centrales SAMU tampoco existe coordinación en línea expedita. Para mejorar la coordinación interinstitucional entre el personal de SAMU, Bomberos de Chile y Carabineros de Chile, se ha desarrollado **el Manual de Operaciones Interinstitucional Ante Emergencias** (Manual ABC).

Respecto del financiamiento, el SAME de Argentina, tiene una asignación presupuestaria, correspondientes al Sistema de Atención Médica de Emergencia, el que es ejecutado por la Dirección General del Sistema de Atención Médica de Emergencia. En Chile, el SAMU depende de los Servicios de Salud, lo que hace tengan niveles de recursos distintos, generando una inequidad en la respuesta sanitaria en diferentes territorios. Ambos servicios son público y gratuitos.

Tabla de contenidos

Introducción 3
I. Antecedentes 3
II. Chile: Servicio de Atención Médico de Urgencias (SAMU) 4
1. Marco normativo 5
2. Infraestructura y perfiles profesionales 5
3. Integración con otros servicios de emergencia 7
4. Financiamiento y presupuesto 8
5. Evaluación del programa 10
III. Argentina: Sistema de Atención Médica de Emergencia (SAME, Buenos Aires) 10
1. Marco normativo 11
2. Infraestructura y perfiles profesionales 11
3. Integración con otros servicios de emergencia 13
4. Financiamiento y presupuesto 14
5. Evaluación del programa 16
Referencias 16

Introducción

En respuesta a una solicitud parlamentaria, el presente documento entrega información detallada de la organización, regulación, funcionamiento y financiamiento del servicio de atención médica de urgencias en Chile y Argentina.

En el primer apartado se entrega información general de la atención pre- hospitalaria (en adelante, APH) y de la variabilidad que pueden tener los modelos desarrollados para entregar servicios médicos de emergencia a la población, seguido por dos capítulos en los que se da cuenta de casos latinoamericanos, el Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) en Chile y el Sistema de Atención Médica de Emergencia (SAME) de Argentina, considerando para el análisis, su historia, normativa, estructura, perfiles profesionales, e integración con otras organizaciones que actúan en las emergencias (como son bomberos y policía), así como también financiamiento y presupuesto. El caso de Chile fue solicitado por el parlamentario, mientras que el caso de Argentina se incluye por ser pionero en Latinoamérica, así como también por tener una buena evaluación, al ser un servicio rápido y eficaz, con protocolos estandarizados, métodos de atención ampliamente reconocidos y con alcance universal y gratuito.

El tema que aborda este informe y sus contenidos están delimitados por los parámetros de análisis de Asesoría Técnica Parlamentaría y por los plazos e información disponibles. No se trata de un documento académico y se enmarca en los criterios de neutralidad, pertinencia, síntesis y oportunidad en su entrega. Se hace especial énfasis en la naturaleza ilustrativa y no exhaustiva del mismo, en especial atención al breve tiempo disponible para su elaboración. Para respaldar la investigación se utilizaron como fuentes la información legislativa de cada país, de agencias gubernamentales y sitios Web especializados. Las traducciones son propias.

I. Antecedentes

En las últimas décadas, la atención pre-hospitalaria (en adelante APH) de emergencia se ha transformado en una pieza clave en el sistema de atención médica, brindando cuidados inmediatos y vitales fuera del entorno hospitalario (Benegas, 2023). Si bien en sus inicios el objetivo era solo trasladar a los pacientes desde el lugar de los hechos hasta una sala de emergencia hospitalaria, este concepto ha cambiado radicalmente en los últimos años (Minsal, 2018:4) en el entendido que en muchas de las intervenciones de salud de alta eficacia, el tiempo es un factor determinante para mejorar la sobrevida, por lo que la atención de urgencias y emergencias se ha constituido en una plataforma integrada para prestar servicios de salud accesibles, de calidad y oportunos a las personas con enfermedades agudas y traumatismos (OMS, 2019: 45).

Si bien el modelo de la respuesta a las urgencias y emergencias presenta variaciones en los diferentes países, todos tienen un denominador común: una estructura y una organización para poder recibir, analizar y canalizar la respuesta a las solicitudes de atención y todos tienen recursos materiales y humanos para dar respuesta a las emergencias sanitarias, resolviéndose completamente la situación extra hospitalaria o garantizando en los casos que lo requieran, la continuidad de los cuidados hasta la

llegada al área de recepción de urgencias del hospital o a la unidad especializada que requiera la situación del paciente (Comunidad de Madrid, 2020:35).

La literatura en la materia diferencia entre tres posibles modelos en función del tipo de centro coordinador, del teléfono de acceso para el usuario, así como del tipo de respuesta ante las urgencias y/o emergencias médicas.

- El **modelo paramédico**, como el desarrollado desde los años 60 en los Estados Unidos, se basa en un número coordinador de emergencias a nivel nacional (911) para contactar distintas instituciones (bomberos, policía y salud). Posteriormente, se traspasa a un coordinador de emergencia médica, el que gestiona la atención y coordina la llegada de diversos posibles vehículos con personal de enfermería y paramédico, o con conocimientos en emergencias médicas, los que se destacan por tiempos de respuesta breves, centrados en reanimar y trasladar rápidamente al hospital más cercano o el de preferencia del paciente (Maine EMS, 2022a y 2022b). El financiamiento de *Emergency Medical Service* (EMS) suele ser fragmentado, contando con recursos federales, así como también pagos de aseguradoras privadas, fondos de organizaciones sin fines de lucro, donaciones y aportes del paciente (NEMSAC, 2019:1).

- Un **modelo médico hospitalario**, que puede ser observado en los sistemas europeos de APH, tienden a tener un número reservado solo a las emergencias médicas, con el que se contacta a los centros reguladores. Estos últimos, con la información necesaria, coordinan móviles de rescate profesionalizados, que cuentan con médicos especialistas, anestesiólogos, intensivistas e internistas, pues entre los objetivos de su misión se encuentra reanimar, estabilizar, tratar y trasladar, destinando un tiempo importante en el trabajo en terreno con el paciente crítico. Si bien hay casos en que el modelo es a escala nacional y en otros a nivel provincial o de comunidades, el financiamiento tiende a ser a cargo fiscal (Gómez, 2010:152).

- Finalmente, encontramos los **modelos intermedios**, ya que estos dos modelos pueden considerarse en varias de sus características como opuestos, en este caso los países han desarrollados sus servicios de emergencias pre-hospitalarios siguiendo uno de los modelos como base, pero combinando algunas de las características del otro. Como es el caso del Reino Unido, que inicialmente se adaptaba al modelo paramédico, pero que, en los últimos años, han implantado recursos asistenciales con dotación médica en vehículos de intervención rápida y unidades de vigilancia intensiva móviles (UVI móvil). Aunque inicialmente la respuesta asistencial suele ser de ambulancias básicas, tras la aplicación de criterios preestablecidos, se puede considerar necesario la intervención en un segundo escalón de ambulancias avanzadas (Comunidad de Madrid, 2020:38).

II. Chile: Servicio de Atención Médico de Urgencias (SAMU)

En nuestro país, el sistema de APH de emergencia nace a mediados de la década del 90, a partir de una cooperación internacional patrocinada por la Embajada de Francia (Minsal, 2018: 6). Así, en 1993, en el Hospital Dr. Gustavo Fricke comenzó un programa de cooperación bilateral en que los equipos

franceses entregaron formación a los equipos de salud chilenos, para que en 1994 se inaugurara el primer SAMU (Servicio de Atención Médica de Urgencia) de Chile en la ciudad de Viña del Mar. En Santiago, la iniciativa fue acogida por el Servicio de Salud Metropolitano Central en el Hospital de Urgencia de la Asistencia Pública (HUAP), donde se comenzó a implementar la medicalización de una ambulancia avanzada (Minsal, 2018:6). Ambas experiencias dan origen a lo que hoy es el Servicio de Atención Médico de Urgencias (SAMU), institución dependiente del Ministerio de Salud, presente en todas las regiones de Chile (Minsal, 2022).

1. Marco normativo

Además de todas las normativas que regulan la atención de salud en Chile, el SAMU se encuentra regulado principalmente por:

- Norma General Técnica Nº 17 de 2005. Sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU), MINSAL.
- Norma Chilena 2426. Ambulancias para el transporte terrestre de pacientes- clasificación y requisitos de transformación y equipamiento, 1999, MINSAL.
- Manual de Operaciones Multi Institucional ante Emergencias (2020), CONASET.
- Norma General Administrativa Nº 12 de 2003. Sobre el Procedimiento para Reconocimiento de Unidades de Atención Pre-hospitalaria (SAMU), MINSAL.

2. Infraestructura y perfiles profesionales

Discando el número 131, la población general accede a un **Centro Regulador** —disponible durante las 24 horas del día y los 365 días del año— definido como una unidad coordinadora que recibe, analiza y orienta la resolución de las llamadas de solicitud de atención de urgencia a través del despacho de móviles o del consejo telefónico, de acuerdo a la complejidad de los pacientes, además de dar el soporte técnico a los equipos de intervención en terreno. Para cumplir su labor, cuenta con un equipo profesional, conformado por operadores radiales, profesional regulador orientado a la gestión del cuidado, despachador radial y médico regulador (Minsal, 2018:9).

Para el caso de los **Operadores radiales/ telefónicos** como del **Despachador radial**, se requiere un Título de Técnico de Nivel Superior[1], para poder cumplir a cabalidad con sus funciones, que para el caso del Operador telefónico (Recepcionista) –que tiene como misión recibir las llamadas y gestionar entre las posibles soluciones posibles— son:

- Recepcionar todas las llamadas telefónicas que entren al número de emergencias 131, brindando una excelente atención a los usuarios.
- Cumplir con los instructivos y procedimientos internos establecidos para cada actividad.
- Canalizar la llamada de urgencia o no urgencia, según canales establecidos internamente en el Centro Regulador.

[1] Otorgado por un Establecimiento de Educación Superior del Estado o reconocido por éste o, Título de Técnico de Nivel Medio o equivalente otorgado por el Ministerio de Educación; o, Licencia de Enseñanza Media o equivalente y certificado de competencias para ejercer como auxiliar paramédico otorgado por la Autoridad Sanitaria, previa aprobación del curso de 1.500 horas como mínimo, según programa del Ministerio de Salud.

- Transferir la llamada al médico regulador cada vez que detecte elementos de compromiso vital en el dialogo con el solicitante.
- Recabar toda la información necesaria para dar una respuesta a la emergencia de forma adecuada. Colaborar y apoyar al Médico/a regulador, en las funciones que le sean indicadas (Servicio de Salud Araucanía Sur, 2017:2).

Mientras que para el Operador – Despachador Radial, cuya tarea es mantener una conexión contante del centro regulador con las unidades móviles y gestionar la disponibilidad y ubicación de las unidades móviles, sus funciones comprenden:

- Recibir los antecedentes que le entregue el Operador telefónico, para el despacho a los procedimientos.
- Despachar por vía radial, las instrucciones de salida a móviles, brindando la mejor orientación geográfica para el procedimiento.
- Apoyar en los aspectos de localización, seguridad, medios de apoyo de otras instituciones de emergencia.
- Recibir y registrar los informes radiales de los equipos de intervención.
- Transmitir las instrucciones del Médico/a regulador, a los equipos de intervención, cuando éste/a lo determine.
- Informar al Medico/a regulador de cualquier incidente en el procedimiento o agravamiento del paciente. Mantener comunicación efectiva con todas las bases y móviles, las 24 horas.
- Actualizar la situación operativa de los móviles y su localización geográfica de tal manera de conocer en cada momento que móviles están disponibles para dar respuesta a una nueva demanda.
- Cumplir con los instructivos y procedimientos internos establecidos para cada actividad (Servicio de Salud Araucanía Sur, 2017:2).

Por su parte, el **profesional regulador** gestiona el trabajo a realizar en la flota de ambulancias SAMU, priorizando y categorizando el recurso humano y físico según protocolos establecidos, para la ejecución de todas las acciones necesarias para una óptima respuesta a la demanda. Por otra parte, debe prestar cuidados pre- hospitalarios avanzados a los pacientes adulto – pediátricos a su cargo, por lo que se requiere una formación profesional de Kinesióloga/o, Enfermero (a) o matrón(a) (Servicio de Salud Aconcagua, 2021:4). Finalmente, el Medico/a regulador[2], es quien debe controlar la oportunidad y calidad de la APH que se entrega a los usuarios que la requieran, velando por el funcionamiento y operatividad del sistema de emergencias a su cargo durante su turno, entregando la respuesta más adecuada a las emergencias sanitarias, mediante el análisis y su resolución en cada caso de manera específica, con el propósito de optimizar los recursos disponibles[3] (Servicio de Salud Tarapacá, 2025:2).

En el caso del SAMU metropolitano, el centro regulador está compuesto por un equipo de operadores telefónicos que se desempeñan bajo la responsabilidad de supervisores profesionales de enfermería,

[2] Título profesional de Médico Cirujano otorgado por una Universidad o Instituto Profesional del Estado o reconocido por éste o aquellos validados en Chile de acuerdo con la legislación vigente

[3] Según Norma General Técnica Nº 17, deberán estar capacitados en medicina de urgencia, manejo del trauma y APH, así como también, cada centro deberá contar con profesionales reanimadores.

obstetricia y kinesiología. En los casos complejos, en particular aquellos que presentan elementos de compromiso vital, son los médicos/as reguladores los encargados de tomar las decisiones (SAMU metropolitano, s/f) tanto respecto de los recursos humanos necesarios para la intervención, como de los insumos que se requieran para el traslado, y estabilización del paciente (Minsal, 2024). Del mismo modo, son estos profesionales quienes coordinan los transportes de pacientes críticos entre establecimientos hospitalarios (transportes secundarios), lo que permite a los establecimientos trabajar en red y compartir recursos, tanto de camas como de tecnologías (SAMU metropolitano, s/fa).

A estos se le suma el **Equipo interventor**, quien ejecuta las actividades clínicas en terreno que son coordinadas por el Centro Regulador. Según la Norma General Técnica N° 17, tanto la tripulación como el equipamiento de la ambulancia dependerán del nivel del móvil, así para una ambulancia básica (M1), destinado al transporte de pacientes que no tienen compromiso vital, con escasa o nula potencialidad de agravación, se requiere sólo un conductora y un técnico/a paramédico, ambos debidamente capacitados en APH y reanimación (FENFUSACH, 2024:3). Por su parte, la ambulancia avanzada (M2 y M3) destinada al transporte de pacientes con compromiso vital, que pueden o no estar inestables, requiere que el equipamiento permita desarrollar labores de UCI (Unidad de Cuidado Intensivo) en la ambulancia, mientras el personal lleva a cabo procedimientos tan complejos como la de ventilación mecánica, el manejo avanzado de la vía aérea, la descompresión torácica en traumatismos, la reanimación cardiopulmonar, la atención de la madre y neonato en partos prematuros, la estabilización de heridos por armas de fuego o caídos de gran altura, entre otros (FENFUSACH, 2024:3). En estos casos, la tripulación considera a tres personas —todos capacitados en APH— que pueden estar conformadas de alguna de las siguientes maneras:

- Un conductor/a, un técnico/a paramédico y un profesional reanimador.
- Un conductor/a y dos profesionales reanimadores.
- Un conductor/a, un técnico/a paramédico y un médico/a (ambulancia medicalizada)[4].

En el caso del SAMU Metropolitano, el médico interventor debe ser especialista en medicina de urgencias, anestesiología, cirugía, medicina interna o medicina intensiva[5].

3. Integración con otros servicios de emergencia

En nuestro país, las centrales de emergencia de salud, bomberos y carabineros no funcionan de manera integrada, incluso entre centrales SAMU tampoco existe coordinación en línea expedita. Esta situación es aún más compleja cuando se suman otras posibilidades de acceso al sistema de emergencias, como son seguridad ciudadana, sistemas de botones de alarmas, sistemas de televigilancia de autopistas, sistemas privados de rescate (HELP, Unidad Coronaria Móvil, EMECAR) (Minsal, 2018:15), las ambulancias de hospitales, y del Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) (SAMU Metropolitano, s/f). Esta multiplicidad de opciones genera que la alarma de salud se traspase de una central a otra, lo que afecta el tiempo de respuesta, y en el caso de patologías tiempo dependiente puede incidir en el pronóstico del paciente (Minsal, 2018:15).

[4] Norma General Técnica N° 17.
[5] Perfil de cargo medico interventor. Disponible en: https://samu.cl/wp-content/uploads/2019/04/Protocolo-Res.-N%C2%BA443-perfil-de-cargo-medico-interventor.pdf

El Manual de Operaciones Interinstitucional Ante Emergencias (Manual ABC) tiene como finalidad propender a la correcta coordinación interinstitucional entre el personal de SAMU, Bomberos de Chile y Carabineros de Chile cuando, producto del ejercicio de sus funciones, deban operar colaborativamente frente a situaciones que puedan ser calificadas como emergencias (CONASET, 2020:10). Según refiere el Manual ABC, ante una fase de alarma (esencial para desencadenar el procedimiento destinado a ayudar a quien lo requiera), cualquiera de las tres instituciones que reciba el llamado (discando 131 para Ambulancias, 132 para Bomberos y 133 para Carabineros), debe traspasar la llamada a la institución a la que prioritariamente le corresponda actuar, sin dejar esta responsabilidad a la persona que ha llamado. Cuando Carabineros o Bomberos reciba una alarma que requiera del SAMU, junto con alertar a la institución, deben sugerir al demandante comunicarse con el 131 para facilitar la entrega de consejos médicos de pre-llegada (CONASET, 2020:12).

Con todo, e independientemente de la institución a cargo, la fase de alarma debe ser siempre informada a las tres instituciones –-prioritariamente a través de las líneas directas que les conectan[6] (CONASET, 2020:23) y, una vez evaluada la situación, hay dos caminos: (a) activar la participación de una o las otras dos instituciones; o (b) desactivar la participación, dando una contra-alarma para evitar una asistencia innecesaria (CONASET, 2020:12).

Si se requiere del trabajo coordinado de dos o de las tres instituciones, el miembro del equipo de trabajo de mayor rango de cada institución debe identificarse ante los jefes de los equipos que ya estén en terreno y solicitar una sucinta información de lo ocurrido y las maniobras que hasta ese instante se han llevado a cabo. Del mismo modo cuando el trabajo a realizar este terminado, el jefe a cargo debe señalarlo a los otros jefes (CONASET, 2020:16). La atención de lesionados será la primera prioridad para las tres organizaciones en el escenario del evento y sus esfuerzos deben sumarse para el logro de este propósito. Así, la primera institución que llegue al sitio del suceso evaluará el número y calidad de los lesionados, informando de inmediato al centro regulador del SAMU, quien se hará cargo de gestionar los recursos para salvaguardar el bienestar de las personas. SAMU podrá y deberá solicitar la ayuda de personal de las otras instituciones para efectuar maniobras específicas, manteniendo en todo momento la supervisión y responsabilidad de ellas (CONASET, 2020:17).

El SAMU trasladará a los pacientes graves al centro hospitalario público o privado más cercano. Si el paciente solicita traslado a una clínica privada el SAMU lo lleva, siempre y cuando, el Centro Regulador lo apruebe y la persona afectada tenga Isapre, un seguro médico o medios para costear los gastos asociados (SAMU Metropolitano, s/fb).

4. Financiamiento y presupuesto

El Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) entrega atención pre-hospitalaria de acceso universal, mediante cobertura a nivel nacional. Sin embargo, en la actualidad no existe una ley de atención pre-hospitalaria, que organice administrativa y financieramente el SAMU a nivel nacional, lo

[6] Las instituciones se comprometen -al menos semestralmente- a actualizar los contactos y puntos de enlace a lo largo del país

que genera que cada SAMU, dependientes de los servicios de salud[7], tengan niveles de recursos distintos, generando una inequidad en la respuesta sanitaria desde el Estado a los ciudadanos de diferentes territorios (Cámara de Diputadas y Diputados, 2024).

En este sentido, hasta el año 2024, SAMU no contaba con una asignación presupuestaria dentro del presupuesto de la nación que les permitiera planificar la compra de ambulancias, disponer de infraestructura propia, adecuada y bien ubicada, costear capacitación crítica para todos los funcionarios y financiar asignación de riesgo y seguro de vida, todos necesidades de primer orden según la Federación Nacional de Funcionarios del SAMU (FENFUSACH, 2024:13-15).

Esta situación propició que la Cámara de Diputadas y Diputados solicitara a su Excelencia el Presidente de la República, Gabriel Boric Font, incorporar en la partida presupuestaria del Ministerio de Salud Pública 2025 una asignación de riesgo para funcionarios pertenecientes al Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) junto con la contratación de un seguro de vida e indemnización para funcionarios y familiares. Adicionalmente, se solicitó la creación de una glosa presupuestaria que dé cuenta de los recursos asignados al Sistema de Atención Médica de Urgencia (Cámara de Diputadas y Diputados, 2024).

En respuesta, a la Ley de Presupuestos para el año 2025, partida 16 del Ministerio de Salud, se le han incorporado en la glosa 01 (letra d), 33 y 36 asociadas al subtítulo 21 “Gastos en Personal”, las siguientes obligaciones del Ministerio de Salud:

> “informará a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos y a las Comisiones de Salud del Senado y de la Cámara de Diputados, antes del 30 de junio, sobre la **implementación de la asignación de riesgo que se desempeña en el Servicio de Atención Médico de Urgencias** (SAMU)” (página 733).
>
> “informará, trimestralmente, a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados y a la Comisión de Salud del Senado, respecto del **presupuesto asignado al Servicio de Atención Médico de Urgencias (SAMU) en esta Partida”** (página 741).
>
> “informará trimestralmente al Congreso Nacional sobre el **presupuesto asignado y ejecutado para renovación de ambulancias SAMU y Hospitalarias** (página 741).

Sin embargo, al revisar el informe de seguimiento de compromisos del año 2025, a la fecha no se ha informado respecto implementación de la asignación de riesgo (OPS, 42) aunque el plazo se acabó hace más de 20 días; mientras que respecto del segundo y tercer punto, el informe de abril no había sido recibido (OPS, 52-53).

Finalmente, la glosa 41 asociadas al subtítulo 21 "Gastos en Personal", “Incluye a lo menos $108.352.178 miles para la operación de los Servicios de Atención Médico de Urgencia (SAMU) a nivel nacional”.

[7] Norma General Técnica N° 17.

5. Evaluación del programa

SAMU en su gran mayoría no cuenta con infraestructura propia y debe asentar sus dependencias en lugares que otros servicios arriendan o entregan a comodato, teniendo que utilizar bodegas, galpones, contenedores u otros espacios en condiciones deficientes, soportando temperaturas extremas o teniendo que trabajar insertos en las proximidades de zonas rojas. Esta realidad genera que muchas veces, la ubicación de las bases no esté pensada en los tiempos de respuesta, dejando pacientes sin atención y comunas descubiertas por condiciones geográficas a lo largo de Chile (FENFUSACH, 2024:11).

Por otra parte, si bien todo funcionario SAMU debe contar con cursos de capacitación en soporte vital básico, atención pre-hospitalaria básica de emergencias, soporte vital cardiovascular avanzado, manejo de la vía aérea, entre otros, para así poder brindar una atención de calidad, lamentablemente no todos lo poseen, porque cada servicio de salud de cada región no se las entrega o son cupos limitados, debiendo cada funcionario costear de su bolsillo cada curso (FENFUSACH, 2024:13).

Respecto de las unidades móviles, en la mayoría de los SAMU existe una flota con pocas ambulancias nuevas y muchas antiguas que superan su vida útil por kilometraje o años, las que se mantienen funcionando en esa condición, poniendo en peligro la vida del paciente y su tripulación (FENFUSACH, 2024:8).

La norma de la OMS establece que se debe contar con una ambulancia avanzada por cada 70.000 habitantes y una ambulancia básica cada 50.000 habitantes. Según ese cálculo, en la Región Metropolitana como ejemplo debería haber alrededor de 240 entre básicas y avanzadas para dar cobertura a lo más de 7 millones de habitantes y las más de 2.000 solicitudes diarias. Sin embargo, sólo se cuenta con 41 móviles[8]. Si bien en la Región Metropolitana faltarían más de 190 ambulancias, al hacer la proyección a nivel país, la falta de ambulancias superaría las 500 (FENFUSACH, 2024:3).

III. Argentina: Sistema de Atención Médica de Emergencia (SAME, Buenos Aires)

En Latinoamérica, un caso pionero en la emergencia sanitaria pre hospitalaria es el que se ha desarrollado en Argentina, en particular en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Así, en 1986 con la creación de la figura del Coordinador Médico de Urgencia y la Dirección General del Sistema de Atención Médica de Emergencias, se sientan las bases para que, en 1991, se cree el Sistema de Atención Médica de Emergencia (SAME) (Ciudad de Buenos Aires, s/fc), servicio gratuito de atención médica de urgencias y emergencias, tanto individuales como colectivas, dependiente del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Universidad Austral, 2025).

[8] Esta cifra representa un 17,08%.

1. Marco normativo

Este modelo de atención pre hospitalaria de emergencias, desarrollado en la Capital Federal, busca dar respuesta a las necesidades de todos los habitantes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), mediante un sistema integrado de servicios médicos. El que se encuentra regulado principalmente por la siguiente normativa:

- Ley 5.469. Diciembre 2015. Sistemas Terrestres de Ambulancias.
- Ley 2.127. Noviembre 2006. Modificación de la ley 1883.
- Ley 1.850. Noviembre 2005. Servicio de ambulancias. Alcances y definiciones. Entidades dedicadas al servicio de ambulancia. Habilitaciones.
- Ley 1.883. Diciembre 2005. Ley de gestión de emergencias médicas.
- Ley 25.367. Creación del Departamento de Emergencias Coordinadas en el ámbito del Ministerio del Interior. Noviembre 2000. Asígnese el número telefónico *911, asterisco novecientos once, para recibir denuncias.
- Decreto 3310. Agosto 1991. Sistema de Atención Médica de Emergencia (SAME), dependiente de la dirección general atención de la salud de la secretaría de salud y medio ambiente, varias unidades orgánicas, estructura orgánica – organizativa[9].
- Resolución 906-E/2017. Directrices de organización y funcionamiento para móviles de traslado sanitario - servicios terrestres.
- Resolución conjunta 2071/2016. Sistema de Atención Médica de Emergencia (SAME).
- Resolución 1410/2011. Comisión de ordenamiento, sistematización y actualización de la reglamentación del sector de urgencias.

2. Infraestructura y perfiles profesionales

La **Sede Central** alberga a la Dirección General del SAME, las gerencias y subgerencias que sostienen la orgánica administrativa y de gestión de recursos humanos, así como también la logística y coordinación de la respuesta operativa (Ciudad de Buenos Aires, 2023).

A través del número 107, la población general accede a la **Central Operativa** —disponible durante las 24 horas del día y los 365 días del año— conformado por médicos y médicas coordinadores o reguladores, apoyados por técnicos operativos en pre hospitalario con orientación en comunicaciones y personal de mantenimiento (Artículo 12°, Ley 1.883), los que cumplen con la misión de recibir la información, evaluar la situación, gestionar la intervención requerida, coordinar la derivación de pacientes y establecer situaciones de alerta hospitalaria, si fuera necesario. Mientras mantiene una línea directa interna con la Policía Federal, Policía Metropolitana, Bomberos, Defensa Civil, Aeroparque, Metrovías, Ferrocarril y Autopistas, la que funciona como un conjunto de partes organizadas y relacionadas que interactúan entre sí para lograr un objetivo común (Luthy et al, 2013, 163-164).

[9] El decreto no fue encontrado. Solo hay referencia a su existencia en páginas oficiales. Puede consultarse el siguiente sitio web: https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/79957

Desde la Sede Central, la **Central Operativa** coordina la **Base Periférica**, que puede ser **hospitalaria y extra hospitalaria**. Las primeras están ubicadas en 14 Departamentos de Urgencia de los Hospitales Generales de Agudos dependientes del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, lo que le da una base de coordinación que facilita el ingreso al siguiente nivel de cuidado de ser necesario (Ciudad de Buenos Aires, s/fa). Los segundos corresponden a 18 sedes ubicadas en zonas estratégicas de la Ciudad (por densidad de población, extremos del radio asistencial respecto al Hospital cabecera, centro neurálgico de tránsito y concentración de personas, etc.) y constituidas con el objetivo de disminuir los tiempos en la atención de los auxilios y en colaboración con los Hospitales cercanos (Ciudad de Buenos Aires, s/fa; Cadena 3, 2025).

Así, la **Base Periférica** está constituida por 110 móviles terrestres (70 ambulancias de auxilio de alta complejidad y 40 unidades especiales), tripuladas por conductores con entrenamiento básico en emergencias y médicos/as especialistas en emergentología, clínica médica, cirugía, terapia intensiva o anestesia (Artículo 12°, Ley 1.883) y en el caso de ambulancias especializadas, pediatría y psiquiatría, entre otros. Los médicos deben contar con una antigüedad mínima de 3 años en el ejercicio de la profesión y, además, con no menos de dos años de dedicación en las disciplinas de: terapia intensiva, unidad coronaria, cardiología, anestesiología, servicios de emergencias hospitalarias, cirugía general y clínica médica. Deberán tener entrenamiento en técnicas de resucitación cardiopulmonar avanzada, manejo de emergencia médica, manejo avanzado del trauma del adulto y pediátrico y de parto a bordo, manejo de TRIAGE[10] y atención de víctimas múltiples. Todo este entrenamiento debe estar fehacientemente probado con las certificaciones que correspondan (Resolución 906-E/2017).

Las citadas ambulancias son móviles de transporte tipo II, que deben cumplir con las especificaciones técnicas de tamaño, funcionalidad, equipamiento y antigüedad (no podrán exceder los 10 años) estipuladas en la Resolución 906-E/2017. Además, de acuerdo a la Ley N° 1.850, vigente en CABA, todas las ambulancias deben estar equipadas como móviles de apoyo vital avanzado (AVA) (Ciudad de Buenos Aires, s/fa). De esta configuración general, hay unidades especiales con especificaciones propias para realizar determinado tipo de intervención y traslado (Ciudad de Buenos Aires, s/fa):

- Apoyo Logístico (APOLO).
- Equipo de Comunicación de Emergencias Sanitarias (ECUES).
- Dispositivo de Eventos Especiales (DEES).
- Móviles de Apoyo Logístico (APOLO).
- Móvil de Información y Comunicación (MIC).
- Unidades de Catástrofe (UNICA).
- Unidad Médica Avanzada de TRIAGE (UMAT).
- Móvil de Información y Comunicación (MIC).
- Unidades Coronarias Móviles (UCO).
- Unidad de Catástrofe (UNICA).
- Ambulancias Psiquiátricas.
- Ambulancias Pediátricas.
- Ambulancia de Terapia Intensiva Pediátrica.
- Ambulancia de Traslado Neonatal de Media y Alta Complejidad.

[10] Triage representa la evaluación rápida de los pacientes y su ubicación en la lista de espera para la atención médica.

- Móvil de Diálisis.
- Móvil de Transporte de Sangre y Hemoderivados.
- Unidad Móvil de Oxigenación (UMO).
- Unidad Móvil de Apoyo Alta Complejidad (MAAC).

Además, el SAME cuenta con dos helicópteros propios, independientemente del servicio mensual de traslado aéreo sanitario de personas y asistencia aérea, que se licita (Ciudad de Buenos Aires, 2023), todos los cuales ocupan los 11 Helipuertos / Helipuntos distribuidos en la Ciudad de Buenos Aires (Ciudad de Buenos Aires, s/fa).

En total, para el año 2024, el SAME estaba conformado por un total de 1.175 agentes organizados por funciones[11]: 559 conductores y conductoras; 240 radioperadores y radioperadoras; 310 médicos y médicas; 9 enfermeras y enfermeros y 2 psicólogos/as, sumados a 51 personas cumpliendo funciones administrativas (Ciudad de Buenos Aires, 2024:51). Según datos del año 2025, el personal total habría aumentado a 1.300, los que atienden en promedio 250.000 llamadas anuales (Cadena 3, 2025).

3. Integración con otros servicios de emergencia

El año 2001, se crea a cargo del Ministerio del Interior en Argentina, el **Sistema Nacional de Emergencias Coordinadas** de número único de teléfono[12] federal y gratuito (Artículos 1 y 2, Ley 25.367). Así, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuenta con un centro de llamados *911 para atender emergencias policiales y que, además, puede derivar llamadas a Bomberos (100), SAME (107), Defensa Civil (103), Violencia de Género (144), Servicios de la Ciudad (147) y Buenos Aires Presente (108)[13]. El centro se inauguró en 2017, donde 50 operadores reciben las llamadas y despachan móviles, los que arriban al lugar en aproximadamente 5 minutos (Ciudad de Buenos Aires, 2022).

Posteriormente, desde el año 2011, la Ciudad de Buenos Aires cuenta con el **Centro Único de Coordinación y Control (CUCC),** centro de coordinación multiagencial de emergencias, el primero en la región, que reúne en un mismo espacio físico a los organismos con competencia en una crisis en la CABA. En el lugar trabajan en forma coordinada las Direcciones de Defensa Civil, Guardia de Auxilio y Emergencias, Dirección General de Logística, Bomberos, Policía Metropolitana, Cuerpo de Agentes de Control de Tránsito y Seguridad Vial, y SAME. También reciben y derivan llamados a la Línea de Emergencias 103 (desastres naturales), la Línea 108 (Asistencia Social Inmediata), Línea 911 (Seguridad) y de la Central de Monitoreo Urbano (CMU). De este modo posibilita una respuesta rápida e integrada ante una emergencia (Ciudad de Buenos Aires, s/fb).

Mediante una moderna **Plataforma Tecnológica**, el sistema permite identificar quién llama, desde dónde lo hace y clasificar el tipo y grado de emergencia. Con esta información, inmediatamente se gatillan las indicaciones para las fuerzas que tendrán que intervenir en cada operativo. En caso de que

[11] Se suma el nivel gerencial: 2 gerente y 3 subgerentes: 1 director general y 2 directores médicos.
[12] Según reza el artículo 4 de la Ley 25.367, fueron las compañías de Servicio Básico Telefónico, quienes pusieron una línea gratuita a disposición del ministerio de Interior.
[13] Programa que se ocupa de atender a personas y familias en condición de riesgo social, afectadas por situaciones de emergencia o con derechos vulnerados, a quienes se les brinda información y asesoramiento acerca de todos los recursos sociales de la Ciudad.

ocurra un evento de gran magnitud, este centro cuenta con una sala de crisis equipada con tecnología de avanzada, destinada a concentrar en un mismo espacio físico a las autoridades responsables de determinar cómo se accionará en el manejo del incidente (Ciudad de Buenos Aires, s/fb). Desde allí, también se contacta en forma directa a cualquier otro organismo, institución o empresa de la cual se requiera la intervención ante cualquier emergencia como Empresa Distribuidora y Comercializadora Norte S.A (Edenor) y Empresa Distribuidora y Comercializadora Sur S.A (Edesur)[14], Metrogas, empresas de telefonía, Red Pluvial, Espacio Público, etc (Ciudad de Buenos Aires, s/fb).

Finalmente, en el caso de situaciones de emergencia y/o urgencias pre-hospitalarias con víctimas múltiples, el SAME debe integrar un **Comando Operativo de Emergencias (COE),** el que adoptará las medidas para actuar antes, durante y con posterioridad a los acontecimientos. A estos fines deberá elaborar mapas de riesgo en el ámbito geográfico de la ciudad a partir de datos estadísticos y desarrollando planes territoriales de emergencias médicas, planes especiales (Artículo 7, letra I, Ley 1.883). Se suma, dentro de sus funciones extraordinarias, integrar el sistema SAR (Sistema de Atención y Rescate) en caso de accidentes e incidentes aéreos (Ciudad de Buenos Aires, s/fd).

4. Financiamiento y presupuesto

Dado que el SAME es una unidad de organización dependiente del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (Auditoria General, 2023:11), se revisa el presupuesto correspondiente a la Unidad Ejecutora 449 del Ministerio de Salud, y en particular el Programa Presupuestario 49 correspondientes al Sistema de Atención Médica de Emergencia, Ejecutado por la Dirección General del Sistema de Atención Médica de Emergencia, para los años 2024 y 2025. Siendo la distribución financiera, como se expone a continuación:

Cuadro N° 1: Presupuesto Financiero del Sistema de Atención Médica de Emergencia (SAME, Ciudad Autónoma de Buenos Aires)

PRESUPUESTO FINANCIERO		
Principal	**Importe Ley N° 6.712/2023**[15]	**Importe Ley Nº6804/2024**
Gastos en personal	13.444.813.579	35.235.751.681
Bienes de consumo[16]	409.468.665	535.863.306
Servicios no personales[17]	987.858.600	3.221.622.961
Bienes de uso[18]	1.597.664.317	3.625.891.812

[14] Compañía argentina que se dedica a la transmisión, distribución y comercialización de energía eléctrica.
[15] Por la Ley N° 6.712/2023, se aprobó el Presupuesto de la General de Gastos y Cálculo de Recursos de la Administración del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para el Ejercicio 2024. Adicionalmente, el Poder Ejecutivo mediante el Decreto N° 20/AJG-GCABA/2024 aprobó la distribución analítica del Presupuesto General de Gastos y Cálculo de Recursos de la Administración del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para el Ejercicio 2024, al máximo nivel de segregación.
[16] Refiere a productos alimenticios, textiles y vestuario, papel, productos químicos, etc.
[17] Pago de servicios básicos, alquileres, mantenimiento, reparación y limpieza, pasajes y viáticos.
[18] Maquinaria y equipos.

TOTAL	**16.439.805.161**[19]	**42.619.129.760**[20]
PRESUPUESTO FÍSICO		
Pacientes Atendidos (cantidad)	**1.099.340**	**1.117.450**

Fuente: Presupuesto de la Administración Gubernamental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2024 y 2025

[19] La tabla muestra la evolución de los recursos asignados a este programa para los años 2024 y 2025 (en pesos argentinos) en cifras que se encuentran expresadas en términos nominales. Para llevar a cabo una comparación, la que no es inmediata, los datos debieran deflactarse para dejar estos valores en términos reales.

[20] La variación en las cifras podría deberse a la inflación interanual, la que según datos oficiales en el 2023 alcanzó 211,41% y el 2024 117,76%. Información disponible en: https://estudiodelamo.com/inflacion-argentina-anual-mensual/

5. Evaluación del programa

El año 2022, la Universidad Nacional de La Plata llevó a cabo una investigación para evaluar el impacto de la implementación del Servicio de Atención Médica de Emergencias (SAME) en la Provincia de Buenos Aires, Argentina, sobre las muertes por accidentes viales. A partir de información mensual de accidentes de tránsito de los 135 municipios de la provincia para los años 2016, 2017 y 2018. Los resultados sugieren que a partir de la implementación del SAME, se produjo una disminución promedio del 19% de la tasa de defunciones cada mil accidentados, con respecto a la línea de base. Este resultado es significativo y se mantiene robusto ante distintas pruebas realizadas (Universidad Nacional de La Plata, 2022:44).

Según el estudio, si bien la metodología no permite identificar los mecanismos que hay detrás de este efecto, es posible mencionar de manera no exhaustiva, algunos de los cuales podrían estar actuando alternativa o simultáneamente (Universidad Nacional de La Plata, 2022:67):

- Una llegada rápida y eficaz de las ambulancias al lugar del hecho (de 10 a 12 minutos según el protocolo de atención[21]), junto con una adecuada atención pre-hospitalaria puede reducir significativamente la probabilidad de muerte y de discapacidad por lesiones graves en los accidentados.
- Carácter integral de este servicio de emergencias, con protocolos estandarizados, métodos de atención ampliamente reconocidos y con alcance universal y gratuito.
- Inversión en publicidad mediante llamativos carteles en rutas, autopistas y espacios públicos con un número fácil de recordar.
- Coordinación entre municipios a través de bases organizadas y comunicadas entre sí, para determinar rápidamente cuál de ellas debe encargarse de asistir a las víctimas según la ubicación de donde proviene la llamada.

Referencias

Benegas, Dr. Ángel (2023) La importancia de la medicina de urgencias extrahospitalarias: cuidados inmediatos que salvan vidas. Medscape. Disponible en: https://www.univadis.es/viewarticle/importancia-medicina-urgencias-extrahospitalarias-cuidados-2023a1000v33

Comunidad de Madrid (2020) Manual y Procedimientos de Enfermería. SUMMA 112. Disponible en: https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017720.pdf

Gómez, Juan Carlos (2010) Manejo de la Vía Aérea en Atención Prehospitalaria. Propuesta de Algoritmo. Disponible en:https://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv39n2.10.pdf

Maine EMS (2022a) Emergency Medical Dispatch. Disponible en: https://www.maine.gov/ems/emd

Maine EMS (2022b) What is EMS?. Disponible en: https://www.maine.gov/ems/whatisems

[21] Dentro del ámbito de la CABA, una vez que se recibe una solicitud de asistencia el equipo aéreo demora tres minutos en despegar y el **tiempo máximo de viaje es de cuatro minutos**. A nivel terrestre, el esquema de funcionamiento está diseñado para llegar a cualquier punto del territorio porteño en menos de 14 minutos. Para mayor información: https://buenosaires.gob.ar/salud/noticias/el-same-por-dentro-30-anos-de-su-creacion

NEMSAC_National EMS Advisory Council (2019) EMS System. Funding and Reimbursement Disponible en: https://www.ems.gov/assets/NEMSAC_Advisory_EMS_System_Funding_Reimbursement_Sep_2019.pdf

OMS (2019) Organización Mundial de la Salud. 72ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 20-28 de mayo de 2019. Resoluciones y Decisiones Anexos. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72-REC1/A72_REC1-sp.pdf#page=1

OMS (2019) Atención de urgencia y traumatológica. Sistemas de atención de urgencia para la cobertura sanitaria universal: asegurar una atención rápida a los enfermos agudos y las personas con traumatismos. 72. ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 12.9 del orden del día provisional https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_31-sp.pdf

Argentina

Cadena 3 (2025). SAME inauguró nueva base en el microcentro porteño para mejorar la atención. Disponible en: https://www.cadena3.com/noticia/sociedad/same-inauguro-nueva-base-en-el-microcentro-porteno-para-mejorar-la-atencion_435984

Ciudad de Buenos Aires (s/fa) Infraestructura. Disponible en: https://buenosaires.gob.ar/salud/same/infraestructura-same

Ciudad de Buenos Aires (s/fb) Centro Único de Coordinación y Control. Disponible en: https://buenosaires.gob.ar/emergencias/centro-unico-de-coordinacion-y-control#:~:text=Mediante%20una%20moderna%20plataforma%20tecnol%C3%B3gica,que%20intervenir%20en%20cada%20operativo.

Ciudad de Buenos Aires (s/fc) Historia. Disponible en: https://buenosaires.gob.ar/salud/historia#:~:text=El%20SAME%20es%20una%20unidad,m%C3%A9dicas%20prehospitalarias%20individuales%20o%20colectivas.

Ciudad de Buenos Aires (s/fd) Institucional SAME. Disponible en: https://buenosaires.gob.ar/salud/institucional-same#:~:text=Son%20atribuciones%20de%20SAME:&text=Coordinar%20la%20atenci%C3%B3n%20de%20los,gu%C3%ADas%20instructivas%20de%20regulaci%C3%B3n%20operativas.

Ciudad de Buenos Aires (2016a) SAME. Disponible en: https://web.archive.org/web/20151219221602/http://www.buenosaires.gob.ar/salud/same

Ciudad de Buenos Aires (2022) 911: La respuesta ante la emergencia. Disponible en: https://buenosaires.gob.ar/noticias/911-la-respuesta-ante-la-emergencia

Ciudad de Buenos Aires (2023) Informe Final de Auditoría Con Informe Ejecutivo Proyecto Nº 3.21.01. Sistema de Atención Médica de Emergencia- SAME. Disponible en: https://www.agcba.gov.ar/docs/inf-20230622_2226---SISTEMA-DE-ATENCION-MEDICA-DE-EMERGENCIA--SAME..pdf

Ciudad de Buenos Aires (2024) Presupuesto de la Administración Gubernamental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Presupuesto 2024. Información Complementaria: Ministerio de Salud. Disponible en: https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2024-02/40-Min.Salud_.pdf

Ciudad de Buenos Aires (2025) Presupuesto de la Administración Gubernamental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Presupuesto 2025. Información Complementaria: Ministerio de Salud. Disponible en: https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2025-01/40_-_Ministerio_de_Salud.pdf

Ley N° 25.367. Noviembre 2000. Creación del Departamento de Emergencias Coordinadas en el ámbito del Ministerio del Interior. Noviembre 2000. Asígnase el número telefónico *911, asterisco novecientos once, para recibir denuncias. Disponible en: https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/65000-69999/65412/norma.htm#:~:text=Creaci%C3%B3n%20del%20Departamento%20de%20Emergencias,Hecho:%20Diciembre%2015%20de%202000.

Ley Ciudad 1.883 Año 2005. Publicada en el Boletín Oficial del 13/01/2006. Disponible en: https://digesto.buenosaires.gob.ar/buscador/ver/11710

Ley 2.127. Año 2006. Modificación a la Ley N° 1883 sobre ley de gestión de emergencias médicas. Disponible en: https://www.saij.gob.ar/2127-local-ciudad-autonoma-buenos-aires-modificacion-ley-1883-sobre-ley-gestion-emergencias-medicas-lpx0002127-2006-10-26/123456789-0abc-defg-721-2000xvorpyel

Ley N°1.850. Servicio de ambulancias. Alcances y definiciones. Entidades dedicadas al servicio de ambulancia. Habilitaciones. Disponible en: https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/13657.html

Ley N° 5.469. Año 2024. Sistemas Terrestres de Ambulancias. Disponible en:https://boletinoficialpdf.buenosaires.gob.ar/util/imagen.php?idn=302768&idf=1

Luthy, Viviana. Dra, Dra. Inés Rodríguez Juradob, Dr. Alberto Crescentic y Dr. Carlos Russod (2013) La coordinación médica de SAME ante eventos con víctimas múltiples. SAMe. Disponible en: http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2013/11/162-70-SAME-Luthy.pdf

Resolución 1410/2011. Comisión de ordenamiento, sistematización y actualización de la reglamentación del sector de urgencias. Disponible en: https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/178171

Resolución conjunta 2071/2016. Sistema de Atención Médica de Emergencia (SAME). https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/27787.html

Resolución 906-E/2017. Directrices de organización y funcionamiento para móviles de traslado sanitario - servicios terrestres. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-906-2017-277148/texto

SAMUE (2025) Novedades en Sociedad Argentina de Medicina de Urgencias y Emergencias. Disponible en: https://samue.org.ar/publicaciones/

Sistema de Información (2020) SIAP Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061 del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/D/sistema-de-informacion-de-atencion-primaria-siap/urgencias-y-emergencias-112-061/definiciones

Universidad Austral (2025) Extensión del Sistema de Atención Médica de Emergencias (SAME) al Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Casoteca. Disponible en: https://www.austral.edu.ar/escueladegobierno/casoteca/index.php/2017/03/15/extension-del-same-al-ambact-c14-arprplu/#:~:text=Extensi%C3%B3n%20del%20Sistema%20de%20Atenci%C3%B3n%20M%C3%A9dica%20de,al%20%C3%81rea%20Metropolitana%20de%20Buenos%20Aires%20(AMBA)&text=En%20s%C3%ADntesis%2C%20actualmente%20el%20Sistema%20de%20Atenci%C3%B3n,de%20la%20Ciudad%20Aut%C3%B3noma%20de%20Buenos%20Aires.

Universidad Nacional de La Plata (2022) Impacto de la implementación de un servicio de atención de emergencias sobre las muertes por accidentes de tránsito: el caso del SAME en la provincia de Buenos Aires. Disponible en: https://revistas.uns.edu.ar/ee/article/view/3056/2114

Chile

Cámara de Diputadas y Diputados (2024) Solicitud de Resolución N° 1334. Disponible en: https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmId=8398&prmTipo=ACUERDO#:~:text=Actualmente%20SAMU%20no%20cuenta%20con,los%20SAMU%20a%20nivel%20nacional.

Comisión Nacional de Seguridad de Transito (2001) Manual de Operaciones Multiinstitucional ante Emergencias. Disponible en: https://www.conaset.cl/wp-content/uploads/2020/03/Manual-ABC-V.-modificada-030320.pdf

CONACET (2020) Comisión Nacional de Seguridad de Transito. Manual de Operaciones Multi - Institucional Ante Emergencias. Disponible en: https://www.conaset.cl/wp-content/uploads/2020/03/Manual-ABC-V.-modificada-030320.pdf

CHU Toulose (2020) SAMU - Emergency Medical Assistance Service. 50 years. Disponible en: https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/5123_samu_brochure_50_ans_ang.pdf

DIPRES (2025). Ley N° 21.722, de Presupuestos para el Sector Público año 2025. Disponible en: https://www.dipres.gob.cl/597/articles-363446_doc_pdf.pdf

FENFUSACH (2024) Informe Sistema Atención Medica Urgencia S.A.M.U. Federación Nacional de Funcionarios SAMU Chile. Entregado a Comisión Salud, Cámara de Diputadas y Diputados. Disponible en: https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=314834&prmTipo=DOCUMENTO_COMISION

MINSAL (2018) Ministerio de Salud. Modelo Nacional. Sistema de Atención Médica de Urgencia. SAMU. Departamento de Gestión del Riesgo Asistencial. División de Gestión de Redes Asistenciales. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Disponible en: https://samucoquimbo.cl/archivo/MODELO%20NACIONAL%20SAMU.pdf

MINSAL (2024) En caso de una urgencia vital llame al SAMU 131. Disponible en: https://saludresponde.minsal.cl/en-caso-de-una-urgencia-vital-llame-al-samu-131/#:~:text=El%20Servicio%20de%20Atenci%C3%B3n%20M%C3%A9dico,realizadas%20al%20n%C3%BAmero%20telef%C3%B3nico%20131

MINSAL (2022) Patrimonio SAMU SSVQ. Servicio de Salud Viña del Mar Quillota. Disponible en: https://www.ssvq.cl/patrimonio-samu-ssvq

MINSAL (2021) Protocolo de transporte de pacientes servicio SAMU 2021-2016. 2021. Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente. Servicio de Salud Concepción. Disponible en: https://www.hospitalregional.cl/repo_calidad/20161219_APT_1.2_PROTOCOLO_DE_TRANSPORTES_DE_PACIENTES_SERVICIO_SAMU,_HGGB_JUNIO_2016-2021_TERCERA_EDICION_MEMO_APROBACION_353.pdf

MINSAL (2005) Norma General Técnica Nº 17 de 2005 (Norma Técnica Sobre funcionamiento SAMU). Disponible en: https://juridico1.minsal.cl/RESOLUCION_338_05.doc

MINSAL (2003) Norma General Administrativa N° 12. Procedimiento para reconocimiento de unidades de Atención Prehospitalaria (SAMU). Disponible en: https://juridico1.minsal.cl/RESOLUCION_1203_03.doc

MINSAL (1999) NCh2426 Ambulancias para el transporte terrestre de pacientes- clasificación y requisitos de transformación y equipamiento. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=134772

OPS (2025) Oficina de Información, Análisis y Asesoría Presupuestaria Senado de Chile .Informe de seguimiento de compromisos de información de la Ley N°21.722, de presupuestos del sector público del año 2025. Partida 16 Ministerio de Salud. Junio. Disponible en: https://www.senado.cl/site/presupuesto/2025/cumplimiento/seguimiento/junio2025/16.pdf

SAMU Metropolitano (2017) Perfil de cargo medico interventor. Disponible en: https://samu.cl/wp-content/uploads/2019/04/Protocolo-Res.-N%C2%BA443-perfil-de-cargo-medico-interventor.pdf

SAMU Metropolitano (s/fa) Personal del SAMU Metropolitano. Disponible en: https://samu.cl/personal-del-samu-metropolitano/

SAMU Metropolitano (s/fb) Conoce al SAMU Metropolitano y Aprende a usar su servicio. Disponible en: https://www.samu.cl/wp-content/uploads/2017/11/TripUSO-SAMU.pdf

SAMU Metropolitano (2019) Normas, protocolos, procedimientos y manuales. Disponible en: https://samu.cl/normas-protocolos-tecnicos/

SAMU Metropolitano (2018) Procedimiento entregar atención prehospitalaria realizar intervención primaria. Etapa 2 intervenir y trasladar. Disponible en: https://samu.cl/wp-content/uploads/2019/04/Exenta-1039-Procedimiento-entregar-atenci%C3%B3n-Prehospitalaria-realizar-intervenci%C3%B3n-primaria-etapa-2-intervenir-y-trasladar-proceso-Misional.pdf

Servicio de Salud Tarapacá (2025) Medico regulador Samu. Disponible en: https://www.saludtarapaca.gob.cl/wp-content/uploads/2025/03/AVISO-DE-PRESENTACION-DE-ANTECEDENTES-MEDICO-REGULADOR-SAMU.pdf

Servicio de Salud Aconcagua (2021). Perfil de cargo. Regulador –interventor. Disponible en: https://serviciodesaludaconcagua.cl/descargas/2021/Perfil%20de%20Cargo%20(Regulador-Interventor).pdf

Servicio de Salud Araucanía Sur (2017) Convocatoria de antecedentes perfil del cargo. Radio operador(a) telefónico. Centro regulador SAMU Araucanía. Disponible en: https://www.araucaniasur.cl/wp-content/uploads/2017/02/SAMU04-RADIOPERADOR-TELEFONICO.pdf

SSVQ (2018) Modelo SAMU del SSVQ. Disponible en: https://www.ssvq.cl/samu-red-ssvq/conozca-aqui-el-actual-modelo-samu-del-ssvq

SSVQ (2017) Protocolo de regulación médica y despacho de ambulancias SAMU 2017-2020 (2017). Servicio de Salud Viña del Mar Quillota. Disponible en: https://www.ssvq.cl/ssvq/site/docs/20180220/20180220130255/res__exenta_0021_protocolo_regulacion_medica_y_despacho_ambulancias_samu.pdf

Nota aclaratoria

Asesoría Técnica Parlamentaria está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.

Creative Commons Attribution 3.0
(CC BY 3.0 CL)