

“La seguridad más segura, es dudar”.
Simón Bolívar.

LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIAS EN LA REPÚBLICA ARGENTINA.

Dr. Marcelo R. Muro*, Dr. Daniel M. Maffei, Dr. Roberto V. Cohen***.**

*Médico Cirujano del Departamento de Urgencias del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Alvarez.

**Médico Cirujano del Departamento de Urgencias del Hospital General de Agudos Dr. José María Ramos Mejía.

***Médico Clínico del Departamento de Urgencias del Hospital General de Agudos Dr. José María Ramos Mejía.

***Resumen:** La República Argentina se ubica estratégicamente en el grupo de países emergentes de América Latina. Las modificaciones geopolíticas, socioculturales y económico-financieras de las últimas décadas han influenciado en la evolución de los sistemas de atención médica del país. Se describe en este capítulo el modelo de atención médica de la República Argentina, los niveles de complejidad de atención que conforman los sistemas maduros e inmaduros de la nación, y se ejemplifica con modelos de atención públicos y privados.*

La República Argentina en el contexto americano.

América del Sur tiene una superficie aproximada de 17.821.018 km², y una altitud máxima de 6960 m. De los países que conforman el continente, diez son latinos, dos fueron colonias europeas y aun uno es un departamento de ultramar de Francia. La República Argentina, con una superficie de 3.761.274 km², es el octavo país del mundo por su extensión; ocupa junto a Chile el extremo sur del continente americano, con una población de 36.124.933 habitantes conforma el 11% de la población total de América latina. Contrastan en el país la variabilidad climática y la coexistencia de grandes ciudades con extensas áreas deshabitadas¹, ambas con respuestas distintas ante situaciones de emergencia.

El contraste geográfico de la Argentina y los movimientos migratorios de los países limítrofes, hace que el personal que actúa en emergencias deba adaptarse a situaciones que fluctúen entre las altas cumbres de los Andes, con sus climas gélidos a las temperaturas elevadas y de la mesopotamia; pasando desde las húmedas llanuras pampeanas a la desértica Puna norteña.

Es así que las patologías regionales, influyen en los accidentes, y cumplen un rol importante en el pronóstico y evolución de las víctimas, las cuales al igual que los rescatadores deben adaptarse incondicionalmente.

Los modelos de atención médica de emergencias.

La atención médica de emergencias cuenta con dos modelos definidos, y a los cuales adhieren los países según su legislación y costumbres. El modelo anglo-americano, en el cual la atención prehospitalaria está a cargo de personal no médico con supervisión médica a distancia. El modelo franco-germano basa su atención prehospitalaria e intrahospitalaria en la figura médica como actor responsable de las actuaciones del arte de curar.

Muchos países que siguen el sistema anglo-americano están recapitulando los pasos adoptados por Estados Unidos. La demostración de la necesidad de un cuerpo de médicos emergentólogos es el paso más importante en revisión. La medicina de emergencia intercambia en todo el mundo

información por varias modalidades: conferencias internacionales, programas de intercambio médico, correo electrónico e internet.²

Los países que adoptan el modelo anglo-americano donde la atención de alta complejidad es iniciada en el prehospitalario por técnicos en emergencias médicas y continuadas en el departamento de urgencias, son entre otros: Canadá,³ China,⁴ Hong Kong,⁵ Irlanda, Israel,⁶ Japón, Nueva Zelanda, Filipinas,⁷ Corea del Sur, Taiwán,⁸ el Reino Unido⁹ y Estados Unidos.¹⁰

El modelo franco-germano envía médicos y tecnología a la escena, a la espera de proveer un mayor nivel de cuidados, antes del arribo al hospital, adhieren a este modelo Austria, Bélgica,¹¹ Finlandia, Francia,¹² Alemania,¹³ Noruega, Polonia, Portugal, Rusia, Letonia, Eslovenia, Suecia¹⁴ y Suiza entre otros.¹⁵

El modelo de atención médica en Argentina.

El modelo de atención médica que adopta la Argentina en las grandes ciudades, es el franco-germano, caracterizado por la presencia médica en la atención prehospitalaria, desarrollando a pleno la Emergentología, una especialidad aún no reconocida como tal en el país.

Nuestro modelo de atención médica, por la Ley de Ejercicio Profesional de la Medicina, Odontología y actividades de colaboración,¹⁶ reconoce al médico como único responsable de la atención, diferenciado del modelo anglo-americano, donde la fase prehospitalaria está a cargo de paramédicos y técnicos en emergencias médicas (TEM), aun no reconocidos por ley en Argentina.

El triage de llamadas en nuestro país es realizado por telefonistas (despachadores), entrenados en esa función; con el apoyo de un médico Regulador con formación médica similar al que actúa en la calle o en la sala de urgencias.

Los operadores y médicos reguladores cuentan con un curso de 30 horas sobre principios de categorización y despacho en sistemas de emergencias. Programa que se adjunta.

El modelo de atención médica en Argentina. Sistemas maduros e inmaduros.

En Argentina, la organización de la atención tiene el contraste de áreas sin estructura de cuidados de emergencia, áreas poco desarrolladas, áreas en desarrollo y áreas con sistemas de emergencias bien establecidos.

Los sistemas de atención en el mundo se dividen en tres grandes grupos: no desarrollados o inmaduros, desarrollados y maduros. Los sistemas no desarrollados carecen de todas las características con que cuentan los sistemas maduros: organización de la especialidad (Residencia, título y escalafonamiento), actividades académicas (revistas, congresos, y entrenamiento en subespecialidades), sistema de atención de pacientes organizado y reconocimiento de la medicina de emergencias por el Sistema Nacional de Salud. Los sistemas desarrollados carecen de organización y reconocimiento.¹⁷

Las zonas en vías de desarrollo del país se ubican en los extremos noroeste (Puna) y sur (Patagonia). Mientras que los sistemas maduros se ubican en Capital Federal, Provincia de Buenos Aires (Primer cordón o Gran Buenos Aires, y segundo cordón incluido dentro del resto de la provincia, destacándose ciudades como Mar del Plata), Rosario, provincia de Santa Fé, en las provincias de Mendoza, Córdoba y la región Litoral (Entre Ríos, Corrientes y Misiones).

Las zonas no desarrolladas carecientes de sistema prehospitalario determinado, no cuentan con respuesta organizada al llamado del número único de emergencias médicas (107). La gran extensión territorial hace que en las zonas alejadas, la emergencia sea cubierta por personal diverso, médicos, bomberos, enfermeros, etc., con capacitación básica que se ve acompañada de una organización primitiva del cuidado prehospitalario. Los programas de Investigación, Gerenciamiento y Control de calidad son pobres o inexistentes en esos casos.

En las áreas en vías de desarrollo la emergencia es reconocida como un campo especializado, se fomenta el entrenamiento continuo y los programas de Control de calidad. Los sistemas maduros, tienen bien definidos el perfil profesional del Emergentólogo, que en la etapa de atención prehospitalaria complementa la labor médica con la actividad paramédica y la atención hospitalaria en forma ordenada mediante una regionalización o distribución sectorizada, según la complejidad necesaria y la especialización requerida.

Los sistemas públicos y privados de atención en la Argentina.

En los sistemas bien establecidos o maduros de la República Argentina está presente la preocupación por el control de calidad y el gerenciamiento, coexistiendo en el país sistemas de atención de las emergencias de funcionamiento público y privado.

Al igual que en otros países latinoamericanos, el nuestro aún no presenta un número único nacional centralizado de llamadas de emergencias, si bien hay proyectos para su concreción, al igual que los esfuerzos de integración regional: Emersur (Brasil, Paraguay, Uruguay y Argentina).

Los sistemas de atención del trauma en el país, dividen a sus centros en tres niveles de complejidad: a mayor complejidad el sistema es más desarrollado.

La dimensión de los centros de trauma está en relación con el área de influencia a la que sirven, y por lo tanto directamente relacionados con la demanda estimada, que dependerá a su vez de la población y el riesgo latente según el tipo de actividades que asienten en la zona. Es lógico deducir que las áreas geográficas por las que pasen carreteras de intenso tránsito o que alberguen industrias que por su naturaleza sean más peligrosas, podrán generar una demanda mayor del sistema a potenciales accidentados.

El nivel I o de alta complejidad es el Centro de Trauma, que debe asistir a los pacientes más graves, y por lo tanto debe disponer del mejor recurso. Se propone para ciudades de más de 1.000.000 de habitantes.

El nivel II o de mediana complejidad, se denomina también Servicio de Trauma, por no disponer de estructura edilicia propia dentro del hospital ni del equipamiento especializado completo, con el que cuenta el nivel I. Cubre las necesidades de ciudades y poblaciones de hasta 200.000 habitantes.

El nivel III o de baja complejidad, se reserva para la atención que pueda prestarse a los traumatizados en la sala de emergencias de hospitales generales, que cuenten con profesionales entrenados y capacitados en el manejo del trauma, y que una vez estabilizado el paciente deberá ser trasladado a un centro de mayor complejidad. Este tipo de servicio es el que deberán disponer ciudades con poblaciones inferiores a 100.000 habitantes.

La República Argentina está dividida en siete regiones sanitarias: 1. Metropolitana. 2. Pampeana: Provincia de Buenos Aires y La Pampa. 3. Centro: Córdoba y Santiago del Estero. 4. Cuyo: Mendoza, San Juan y San Luis. 5. Noroeste: Salta, Jujuy, La Rioja, Catamarca y Tucumán. 6. Litoral: Corrientes, Formosa, Chaco, Santa Fé, Entre Ríos y Misiones. 7. Patagonia: Rio Negro, Neuquen, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

En cada una de estas regiones, existen hospitales de distinta complejidad y dependencias (provincial, municipal, nacional), con poca interrelación entre sí. Existen así mismo instituciones privadas y de la seguridad social aún menos interconectadas.¹⁸

Los sistemas públicos del país. El modelo de la Ciudad de Buenos Aires.

La Ciudad de Buenos Aires, con una superficie de 200 km², y una población de 2.960.176 habitantes (14805 hab/km²), recibe en horario laboral 2 millones de habitantes provenientes del Gran Buenos Aires, lo cual hace de la atención de emergencias una

preocupación del Sistema dependiente del Gobierno de la Ciudad: SAME (Sistema de Atención Médica de Emergencias), con su número único el 107, y una organización específica que comienza en 1960.

Históricamente la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (MCBA), tuvo la responsabilidad de la atención médica de urgencia de los habitantes de la Ciudad de Buenos Aires, a través de las guardias hospitalarias.

La asistencia domiciliar se inició en 1883 con la fundación de la “Asistencia Pública”, pero fue en 1897 cuando ésta comenzó a funcionar como un servicio de primeros auxilios en el radio central de la ciudad.

En 1960 se reestructuró el servicio de medicina y cirugía de urgencia, nombrando estudiantes como: Practicante honorario adscripto, Practicante menor y Practicante mayor, bajo la dirección de un médico interno y un auxiliar, con médicos de auxilio nombrados para la atención en la vía pública.

La creciente demanda obligó a la Secretaría de Salud Pública, en 1963, a crear un sistema más complejo, integral y funcional para reemplazar la Asistencia Pública (desactivada en 1969), con la finalidad de coordinar el funcionamiento de las ambulancias a través de las comunicaciones y recibir los pedidos de auxilio de la población. Este organismo creado por el Decreto Nº 10362/63, se denominó “Centro de Información Permanente para Emergencias y Catástrofes” (CIPEC).

Con la aplicación del Decreto Nº 5919/83, de Reglamentación de las Guardias Hospitalarias, se concluyó con la integración de doce Hospitales Generales de Agudos para realizar la atención médica extrahospitalaria, reasignando radios sanitarios para cada uno de ellos, constituyéndose las áreas programáticas. La complejidad que rápidamente asumió este centro, dio como resultado la imprescindible incorporación de un Coordinador Médico con amplia experiencia en temas de urgencia a fin de resolver situaciones que superaban las múltiples funciones que hasta ese momento desempeñaban los Supervisores del CIPEC. Este servicio, de coordinación médica ininterrumpida se estableció con la creación de la Coordinación Sanitaria Continua, mediante Decreto Nº 6653/86.

Finalmente, a partir del Decreto Nº 3310/91 se crea el “Sistema de Atención Médica de Emergencia” (SAME), dependiente de la Dirección General de Sistemas de Atención Médica de Emergencias, desempeñándose como una verdadera red de servicios médicos de urgencia para la Capital Federal.

El sistema evoluciona y se perfecciona permanentemente, creciendo su demanda exponencialmente; con la creación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se agrega a los doce hospitales generales uno más por traspaso desde el Gobierno Nacional al de la Ciudad a partir de 1997, manteniéndose operativamente las doce áreas programáticas de atención.

En la actualidad se reciben a diario más de 900 llamadas, de las cuales el 70% se transforma en despacho de ambulancias, con un promedio de salida de un auxilio cada cuatro minutos, a un costo estimado de intervención de u\$s 80. El incremento anual de auxilios desde 1997 al 2000 es entre el 12% al 20% anual, siendo el total para el primer semestre de 1997 de 73979 auxilios y para igual periodo del 2000: 93105 auxilios en sus tres grados de categorización.¹⁹

El Sistema responde no solo a la emergencia de la Ciudad, sino a los Programas Especiales de Prevención. Es responsable de la puesta en marcha de los planes de desastre, de capacitación de personal médico, auxiliar y técnico: choferes de ambulancias, radioperadores, enfermeras, bomberos, policías y fuerzas de seguridad, estudiantes de medicina y público profano, para lograr un mejor trabajo conjunto con las fuerzas vivas: Asociaciones civiles,

Defensa Civil, empresas concesionarias de trenes y subterráneos, y otros medios de transporte público.²⁰

El Sistema cubre las necesidades de atención y cuidado de emergencias del Presidente de la Nación, y la atención de presidentes y cuerpos diplomáticos que visitan nuestro país. Interviene en la organización y seguridad de megaeventos en todo el país, donde la atención potencial de víctimas en masa está presente (recitales musicales, concentraciones religiosas y políticas, eventos deportivos, etc.).

El SAME está a cargo del Programa de Procuración de órganos y tejidos para trasplantes en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, contando para ello con guardias permanentes y móviles de traslado propio destinados a tal fin, donde los minutos, la eficiencia y la eficacia son parte del éxito operacional.²¹

La participación en la capacitación de personal médico y auxiliar en el traslado y evacuación aeromédica, le otorga la responsabilidad de prestar servicios de cabotaje y en países limítrofes, a requerimiento de la Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias (DiNES), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.²²

El cuidado prehospitalario diario es realizado con 75 móviles de emergencia equipados con cuidados avanzados para alta complejidad,²³ 350 médicos, 250 choferes, 110 radioperadores y 35 enfermeros. El tiempo promedio de arribo es de 8.5 minutos.

La atención de emergencias prehospitalaria se ve acompañada por el apoyo de ambulancias de traslado pediátrico, unidades especiales: Unidad de Catástrofes (UNICA), Unidad de Intervención Múltiple, Comando Operativo de Emergencias (COE), Unidades rápidas de traslado de personal jerárquico, ambulancia de intervención psiquiátrica, Unidades coronarias móviles, ambulancias de traslado de pacientes de baja complejidad y unidad de traslado de cadáveres.

Las características de las intervenciones del personal médico, donde la violencia y la peligrosidad excede a las víctimas para adueñarse de los propios rescatadores, han hecho que se forme un Grupo de Factores Humanos conformado por psiquiatras y psicólogos del Sistema, que cubren la demanda del personal, de las víctimas y familiares. Este modelo de atención está en desarrollo en otros sistemas del país como el de la Ciudad de Rosario, dependiente del Sistema de Emergencias Sanitarias (SiES).

Entre agosto de 1996 y mayo de 2002 el SAME ha entrenado y reentrenado a más de 6000 profesionales en los casi 400 cursos dictados por el Departamento de Capacitación, el cual además es formador de formadores capacitando instructores que se encargan luego de supervisar en terreno las emergencias en tiempo real.²⁴

El Departamento de Capacitación interviene en simulacros de desastre y ejercicios de emergencias en forma conjunta con fuerzas de seguridad. Alvin Toffler dice: ***“...los ignorantes del siglo XXI no serán aquellos que no sepan leer o escribir, sino aquellos que no sean capaces de aprender, desaprender y reaprender”***.

La Coordinación Médica permanente tiene por especial función realizar enlaces hospitalarios que sean necesarios en el movimiento interhospitalario de los pacientes que busque asegurarles el mejor nivel de asistencia.

Así mismo es asesor en telemedicina para consultas de buques de altamar y aviones en vuelo.

El avance en las comunicaciones ha permitido al Sistema llegar a la comunidad a través de otros proyectos de telemedicina reduciendo costos y solucionando consultas por vía telefónica gracias a líneas gratuitas específicas de atención pediátrica,²⁵ obstétrica y gerontológico, de las cuales un porcentaje son merecedoras del despacho de un móvil para atención personalizada o el traslado hasta un hospital general o especializado. A tales efectos la Ciudad de Buenos Aires cuenta con 33 hospitales, de los cuales 13 son Generales de Agudos y el resto especializados monovalentes y polivalentes. El área geográfica de la ciudad está dividida en 12 zonas de

atención programática, con un hospital general de agudos de referencia, en el cual hacen base los móviles del Sistema. Además se creó luego de estudiada la demanda, una base en la zona del microcentro desde donde parten 5 móviles que cubren un área en la cual el tránsito se ve dificultado por el horario laboral; una base estratégicamente ubicada en la autopista Au1 y 25 de Mayo, que cuenta con móvil y personal altamente entrenado para la actuación conjunta con personal del Cuerpo Policial de Tránsito, Bomberos de Policía Federal y Personal de la empresa concesionaria de la autopista.

La necesidad de cobertura de emergencias aéreas, llevó a crear dos bases en los aeropuertos Jorge Newbery y Ministro Pistarini, cubriendo pedidos de atención en arribo y despegues de vuelos de cabotaje e internacionales.^{26 27}

Los proyectos educativos y de investigación están presentes en todo momento mediante protocolos regionales, nacionales e internacionales. El crecimiento del sistema es lineal al igual que las necesidades básicas insatisfechas de atención en salud.

Los sistemas privados de emergencias en Argentina.

Desde la década del 70 en tres de las ciudades más populosas del país: Buenos Aires, Rosario y Córdoba comenzaron a funcionar Sistemas de respuesta a la solicitud de atención para emergencias médicas con financiación privada.

La inserción de los mismos ocupó inicialmente un espacio dejado por los subsistemas públicos que no ofrecían en aquella época soluciones modernas a la difícil problemática de las emergencias. Estos sistemas de financiamiento privado coadyuvaron en gran parte a la modernización en el tratamiento de las diversas patologías, incluyendo las unidades de cuidados avanzados, los protocolos de categorización de auxilios y las instrucciones de prearribo entre otros.

Diremos como ejemplo que las primeras unidades de emergencias con cardiodesfibrilador y elementos para cuidados avanzados en la vía aérea con accesibilidad universal para sus afiliados datan de los primeros años de la década del 80. En cambio recién en 1996 todas las unidades del Sistema de Emergencias de la Ciudad de Buenos Aires cuentan con potencialidad terapéutica avanzada en todos sus móviles.

Desde las ciudades mencionadas las distintas empresas fueron ampliando sus radios de cobertura generando redes de prestación, (MEDINET, SIEM, PRIMAUX, SIFEME) entre otras que llevaron los efectos a distintos sitios del país.

En la década del 90 dos factores frenaron el desarrollo y afectaron la calidad media del subsistema: La gran depresión económica originó una gran recesión que con altibajos aún subsiste, y que achicó los márgenes de utilidad de los mismos. Este hecho junto a la aparición de estructuras que involucraban como requisitos respuestas médicas para todo el país o grandes grupos de población, Aseguradoras de Riesgo de Trabajo o PAMI (Programa de Atención Médica Integral para jubilados y pensionados) y que licitaban los servicios considerando fundamentalmente los costos dado lo antes mencionado, fecundó la aparición de sistemas de baja calidad prestacional que contrastan grandemente con aquellos mencionados originariamente y que afortunadamente persisten, conservando en general la mística con la que fueron fundados.

Así mismo es interesante resaltar que la mayoría de estas Empresas y Redes (Vittal, Socorro Médico, Emergencias, Ecco) se encuentran hoy en un proceso de mayor integración con los efectores de Salud Pública buscando disminuir la despilfarradora superposición de servicios.

Es importante mencionar que la solución de las emergencias en algunas ciudades se efectúa por el método de la prestación mixta, públicos y privados, con cobertura por áreas asignadas y compensación operativa automática.

También se está haciendo un esfuerzo en lograr integración operativa en caso de siniestros con víctimas múltiples, con buenos resultados como los que se han constatado en el Accidente aéreo del Aeroparque Jorge Newbery en el que el trabajo conjunto y coordinado permitió optimizar el operativo de respuesta.

Para finalizar, si bien pueden encontrarse más de 160 empresas privadas en el país, solamente 10 de ellas atienden una población de 6.000.000 de afiliados, un 80 % del total.

El futuro en los sistemas de atención médica en Argentina. (Conclusión)

La emergencia, es un conjunto de distintas situaciones que se modifican permanentemente, hacen que el Sistema se ponga en marcha cada vez que una urgencia requiera atención, pudiendo discernir entre casos urgentes y gente apurada.²⁸ No todo lo que se siente como urgente es una urgencia, y es parte de la función del sistema crear conciencia en la población que la atención de emergencias en la República Argentina va en camino de superarse y evolucionar acorde a las necesidades regionales y mundiales.

BIBLIOGRAFÍA.

- ¹ Adams S y colab. Geography of the World. 1998; ed. Dorling Kindersley y Amereida SA (Santiago de Chile).
- ² Arnold JL. International emergency medicine and the recent development of emergency medicine worldwide. Ann Emerg Med 1999; 33: 97-103.
- ³ Beveridge R. Emergency medicine. A Canadian perspective. Ann Emerg Med 1995; 26: 504-507.
- ⁴ Crowell R, Xiaohong S, Cummins R. Emergency medicine in China: 1987. Ann Emerg Med 1988; 17: 1069-1073.
- ⁵ Wong T. The development emergency medicine in Hong Kong. Hong Kong J Emerg Med 1994; 1: 79-84.
- ⁶ Waisman Y, Amir L, Or J. Emergency medicine in Israel; State of the art. Ann Emerg Med 1995; 26: 640-642.
- ⁷ Peralta P, Sinon J. Emergency medicine in Philippines. Ann Emerg Med 1995; 26: 743-745.
- ⁸ Bullard M, Liaw S, Chen J. Emergency medicine development in Taiwan. Ann Emerg Med. 1996; 28: 542-547.
- ⁹ Rutherford W, Evans R. Accident and emergency medicine in the United Kingdom. Am J Emerg Med 1983; 1: 107-109.
- ¹⁰ Dykstra E. International models for the practice of emergency care (Editorial). Am J Emerg Med 1997; 15: 208-209.
- ¹¹ Askenasi R, Vincent J. Emergency medicine in Belgium: Past, present and future. Am J Emerg Med 1983; 2:238-239.
- ¹² Nikkanen H, Puges C, Jacobs L. Emergency medicine in France. Ann Emerg Med 1998; 31: 116-120.
- ¹³ Moecke H. Emergency medicine in Germany. Ann Emerg Med 1998; 31: 111-115.
- ¹⁴ Brisman B, Totten V, Perrson B. Emergency, disaster, and defense medicine: The Swedish model. Ann Emerg Med 1994; 23: 928.

- ¹⁵ Bossaert L. The complexity of comparing different EMS systems: A survey of EMS systems in Europe. *Ann Emerg Med* 1993; 22: 99-102.
- ¹⁶ Ley Nº 17132/67 de Ejercicio Profesional de la Medicina, Odontología y actividades de colaboración. Decreto Reglamentario Nº 6216/67.
- ¹⁷ Holliman C, Kirsch T, Green G. Guidelines for evaluation of international emergency medicine assistance and developments projects. *Ann Emerg Med* 1997; 4: 996-1001.
- ¹⁸ Benaim F, Neira J. Atención primaria del paciente traumatizado. *Rev Arg Cir* 1990; Ext 43-103.
- ¹⁹ Muro M. y colab. Estadísticas año 2000. *Rev SAME* 2000; 8 (4): 27-32.
- ²⁰ Muro M. y colab. Plan Operativo Sanitario para Desastres. 1999; Departamento de Desastres del SAME.
- ²¹ Deluca J, Muro M y Ferraro R. Plan de capacitación profesional en Procuración de órganos y tejidos con fines de implante. *Rev SAME* 2000; 8 (4): 20-26.
- ²² Coria T. El transporte aéreo de las personas enfermas, heridas o incapacitadas. *Vie Medica* 1984; 22-29.
- ²³ Ministerio de Salud. Normativa para móviles de traslado sanitario. Decreto 1269/92. *Rev SAME* 2000; 8 (4): 7-16.
- ²⁴ Neira J, Muro M. La importancia de la capacitación del recurso humano y del control de calidad en la atención del paciente traumatizado. *Rev SAME* 1997; 5 (4): 12-25.
- ²⁵ Neira P. Estadística del Programa de Atención Pediátrica Domiciliaria Nocturna. *Rev SAME* 2000; 8 (4): 33-37.
- ²⁶ Muro M. y colab. ¿Para qué una base en un aeropuerto?. *Rev SAME* 2000; 8 (4): 50-54.
- ²⁷ Janniere D, Cara M. Las urgencias médicas a bordo de los aviones de línea. *Vie Medica* 1984; 30-33.
- ²⁸ Martínez Almoyna M. y colab. Manual de Regulación Médica de los SAMU. 1998; Primera edición en español.