

Sistemas de emergencias prehospitalarias en Argentina: historia, organización y desafíos actuales

Prehospital emergency systems in Argentina: history, organization and current challenges

William A. Medina.

Médico UBA (2003). Residencia en Clínica quirúrgica, Hospital N. López de Lanus. Cirugía de Tórax, Hospital A. Cetrángolo. Ex-Coordinador del Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias RSVI (SIES VI). Director General de Emergencias del Sistema de Emergencias de Lanus (SEL). Miembro fundador y Presidente de la Sociedad Argentina de Medicina Prehospitalarias (SAMPRE). Profesor Adjunto de la Tecnicatura en Emergencias Sanitarias y Desastres de la Universidad nacional Arturo Jauretche. Docente en cirugía, adscripto a la Universidad de Buenos Aires (UBA). Subdirector de ala carrera de especialista en cirugía torácica, sede Hospital Bicentenario (UBA). Facultado NAEMT para PHTLS y AMLS. Instructor MIATra y ACLS-ECSI. Centro de formación Hospital Universitario de Simulacion Clinica, UNAJ (HUSIC).

williamalbertomedina@gmail.com

Resumen

Introducción: Los sistemas de emergencias prehospitalarias (SEPH) constituyen un componente esencial en la atención de urgencias, integrando la respuesta inicial, estabilización y traslado de pacientes. En Argentina, su desarrollo ha sido heterogéneo, con participación de subsistemas públicos y privados.

Objetivo: Describir la evolución histórica, organización actual y principales desafíos de los SEPH en Argentina.

Métodos: Se realizó una revisión narrativa no sistemática utilizando normativa nacional y provincial, literatura científica indexada, documentos institucionales y textos históricos relacionados con los sistemas de emergencias prehospitalarias en Argentina. Se consultaron bases de datos biomédicas y fuentes oficiales.

Resultados: El desarrollo de los SEPH en Argentina se inicia a fines del siglo XIX con la Asistencia Pública de Buenos Aires. Durante el siglo XX se consolidan estructuras organizadas. Desde la década de 1980, el sector privado adquiere un rol relevante,

incorporando tecnología, capacitación y modelos de respuesta avanzados. Actualmente coexisten sistemas públicos municipales y provinciales con empresas privadas que cubren una proporción significativa de la población. Persisten diferencias regionales en recursos, tiempos de respuesta y nivel de complejidad.

Conclusiones: Los SEPH en Argentina presentan un modelo fragmentado con avances significativos en profesionalización y tecnología. La integración público-privada, la regulación homogénea y la formación de recursos humanos constituyen desafíos centrales para mejorar la calidad y equidad en la atención.

Palabras clave: Emergencias médicas; Atención prehospitalaria; Sistemas de salud; Argentina; Servicios de ambulancia.

Abstract

Introduction: Prehospital emergency medical services (PHES) are an essential component of emergency care, integrating initial response, stabilization, and patient transport. In Argentina, their development has been heterogeneous, with the participation of both public and private subsystems.

Objective: To describe the historical evolution, current organization, and main challenges of PHE in Argentina.

Methods: A non-systematic narrative review was conducted using national and provincial regulations, indexed scientific literature, institutional documents, and historical texts related to prehospital emergency systems in Argentina. Biomedical databases and official sources were consulted.

Results: The development of PHE in Argentina began in the late 19th century with the Public Assistance of Buenos Aires. Organized structures were consolidated during the 20th century. Since the 1980s, the private sector has acquired a significant role, incorporating technology, training, and advanced response models. Currently, municipal and provincial public systems coexist with private companies that cover a significant proportion of the population. Regional differences persist in resources, response times, and level of complexity.

Conclusions: PHE in Argentina presents a fragmented model with significant advances in professionalization and technology. Public-private integration, standardized regulation, and human resource development are key challenges for improving the quality and equity of care.

Keywords: Medical emergencies; Prehospital care; Health systems; Argentina; Ambulance services.

Introducción

Los sistemas de emergencias médicas prehospitalarias (SEPH) representan un eslabón crítico en la cadena de supervivencia, garantizando la atención inicial, estabilización y traslado oportuno de pacientes hacia centros adecuados. Su desarrollo ha estado vinculado al crecimiento urbano, el aumento de eventos traumáticos y la necesidad de sistemas organizados de respuesta. Trabajan como un proceso de atención que inicia con una comunicación telefónica, que puede determinar el envío del vehículo sanitario de respuesta con personal de salud entrenado, que deberá decidir si corresponde el traslado del paciente a un centro de salud. ⁽¹⁻²⁾

En Argentina, estos sistemas se configuran a partir de una estructura mixta, integrada por servicios públicos, principalmente municipales o provinciales, y un amplio sector privado que ha contribuido significativamente a su evolución tecnológica y operativa.

En el marco de la 72ª Asamblea de la OMS (2019) en Ginebra, se exigió a los países miembros que desarrollen servicios de atención de urgencia extrahospitalarios adecuados y que lleguen a tiempo para evitar millones de defunciones y discapacidades. ⁽³⁾ En esta misma línea, en la 76ª sesión del comité regional de la OMS (2024) se elaboró el documento “Estrategias sobre la atención integrada de emergencias críticas y operativas 2025–2030” para proporcionar una estrategia de mejora en el acceso, la calidad y la seguridad de la atención integrada de emergencia, crítica y quirúrgica. ⁽⁴⁾

Desarrollo

Evolución histórica de los SEPH en Argentina.

Los primeros antecedentes se remontan a finales del siglo XIX con la creación del servicio de asistencia pública en la Ciudad de Buenos Aires, inspirado en modelos europeos, sobre todo en el sistema francés. Durante el siglo XX se consolidaron estructuras organizadas, aunque con desarrollo desigual entre jurisdicciones.

Durante el período 1888-1896, se intentaron distintas soluciones para dar asistencias a los incidentes traumáticos, pero no lograron una buena coordinación entre instituciones. En estos años, se aspiraba a mejorar el servicio de asistencia médica nocturna domiciliaria, encomendado a médicos particulares; este sistema tampoco llegó a prosperar. Había dos estructuras de ambulancias: Las de tipo liviana y las de tipo pesada. Las primeras se usaba en la parte céntrica y las segundas en los alrededores. Las ambulancias de tipo livianas fabricada en Norte América eran tiradas por un solo caballo. Las segundas eran construidas en el país y tiradas por una yunta de equinos. ⁽⁵⁾

El edificio de la Asistencia Pública (demolido en 1930) funcionaba en la calle esmeralda 80, donde se atendían las emergencias de todo el centro de la Capital Federal. Dentro de las prestaciones que brindaba estaba el servicios de ambulancias.

Los estudios sobre la historia de la salud señalan que, en la ciudad de Buenos Aires, desde comienzos del siglo XX comenzó a disminuir la distancia entre los proyectos de reforma social y el desarrollo de una infraestructura sanitaria, impulsada por una fuerte intervención del Estado nacional y municipal, junto con la participación de asociaciones mutualistas y de beneficencia privadas. En el período de entreguerras, la existencia de esta red sanitaria dio lugar a profundos debates acerca de la necesidad de reorganizar y regular el sistema, promoviendo además una mayor participación estatal destinada a expandir los servicios de salud e incorporar a nuevos sectores sociales. ⁽⁶⁻⁷⁾

La trayectoria creciente del sistema de salud porteño difícilmente puede ser generalizada al resto del país, ya que la mayoría de las jurisdicciones argentinas tenían serios problemas en generar instrumentos eficaces para la contención y tratamiento en la salud de su población. En ámbitos provinciales, como el cordobés, la expansión de los servicios de salud se tornó visible recién en el período 1930- 1943. ⁽⁶⁾

Hacia mediados de la década de 1950 ya resultaban notorios los cambios estructurales en el sistema sanitario, reflejados en una expansión significativa de los dispositivos públicos disponibles para la población. Este proceso fue consecuencia de la acción conjunta de organizaciones civiles, como las históricas instituciones de beneficencia, y de los distintos niveles del Estado, tanto nacional como provincial y municipal. En este contexto, entre la década de 1930 y los gobiernos peronistas se registró un importante aumento de las camas de internación general y de los servicios ambulatorios gratuitos. Asimismo, este crecimiento también se expresó en la expansión de establecimientos especializados de internación, ampliando la capacidad de atención para enfermedades como los trastornos psiquiátricos, el paludismo, la brucelosis, las enfermedades venéreas, la lepra y la tuberculosis. (7-8)

En el año 1960 se reestructuró el servicio de medicina y cirugía de urgencia en la Ciudad de Buenos Aires, bajo una coordinación médica y disponiendo además de médicos para realizar auxilios en la vía pública y en domicilios. La demanda creció y obligó a crear una estructura de mayor complejidad con la finalidad de coordinar las operaciones de las ambulancias desde una central de comunicaciones y que pueda unificar los pedidos. La creación del Centro Informativo Permanente para Emergencias y Catástrofes (CIPEC) en 1963 representó un avance en la centralización de las comunicaciones de la ciudad de Buenos Aires. (5-24)

En la década del 70, los SEPH de todo el país estaban principalmente vinculados a los hospitales y dependían en gran medida de la atención de ambulancias generalmente sin equipamiento, con falta de estándares y poca formación especializada.

En 1991, mediante el decreto 3310/1991 se conforma el Sistema de Atención Médica de Emergencias (SAME) producto de la fusión entre el CIPEC, la Dirección General de Material Rodante, la Dirección General de Atención a la Salud y la Dirección de Apoyo Técnico Operativo que marcó un hito en la organización moderna del sistema (9-24). El servicio se activa a través de la línea gratuita 107 y desde el año 2016 comenzó a expandirse a otros municipios de la Provincia de Buenos Aires.

En la década de 1990, Argentina sufrió dos grandes atentados terroristas ocurridos en la ciudad de Buenos Aires, los cuales provocaron en conjunto 115 fallecidos y más de 550 heridos. A partir de estos hechos, los organismos nacionales, provinciales y municipales encargados de la respuesta ante emergencias impulsaron mejoras en la planificación y

preparación frente a incidentes vinculados al terrorismo. En este marco, en 1996 el Estado nacional creó el Sistema Federal de Emergencias (SIFEM), dependiente de la Presidencia de la Nación. Posteriormente, desde 1997, distintas ciudades argentinas comenzaron a desarrollar planes específicos de respuesta para eventos terroristas, ya que estas circunstancias llevan a repensar los sistemas, incluyendo incidentes con agentes químicos y biológicos. ⁽¹⁰⁻¹¹⁾

En esta década se vio afectado el desarrollo y la calidad de los sistemas por la depresión económica y por la aparición de estructuras como las Aseguradora de Riesgo de Trabajo o el Programa de atención médica integral para jubilados y pensionados (PAMI) que licitaban los servicios fundamentalmente por los costos, lo que dio lugar a la aparición de servicios de baja calidad. ⁽²⁴⁾

Desarrollo del subsector privado

El sector privado de emergencias prehospitalarias, si bien tiene antecedentes en la década del 70 con empresas que realizaban traslados y consultas, se consolidó en Argentina a partir de la década de 1980, inicialmente en el Área Metropolitana de Buenos Aires y posteriormente en otras regiones del país como Córdoba, Chaco y Mendoza. Su crecimiento respondió, en parte, a limitaciones del sistema público para brindar respuestas eficientes y oportunas.

Estos servicios introdujeron innovaciones relevantes, incluyendo unidades de alta complejidad con equipamiento avanzado, como cardiodesfibriladores y elementos para cuidados avanzados de la vía aérea, protocolos de categorización de emergencias, sistemas de despacho y capacitación sistemática del personal ⁽¹²⁻²⁴⁾. Asimismo, promovieron el desarrollo académico mediante congresos, redes de cooperación y centros de entrenamiento en soporte vital avanzado. El Sistema Integrado de Emergencias Médicas (SIEM) además de generar acuerdos de reciprocidad entre empresas y desarrollar el primer congreso latinoamericano de emergencias prehospitalaria, creó el primer manual de despacho de los SEPH.

Se observó que a partir de la iniciativa de parte del sector privado, donde algunos de ellos se desempeñaban como directores médicos de las principales empresas de emergencias prehospitalarias privadas, y con el objetivo del desarrollo académico, en el año 2019 se funda la Sociedad Argentina de Medicina Prehospitalaria (SAMPRE) ⁽¹²⁾

Otro actor importante en la actividad privada es la Federación de Cámaras de Emergencias Médicas y Medicina Domiciliara (FEM) que fue fundada el 29 de julio de 1997 y hoy es la institución argentina pionera más representativa del sector de las emergencias médicas y la medicina domiciliaria.

Actualmente, el sector privado constituye un componente significativo del sistema, brindando cobertura a una proporción considerable de la población y participando en ámbitos como atención domiciliaria, cobertura de eventos y servicios en entornos laborales e industriales. ⁽¹²⁾

Organización actual de los SEPH

En la actualidad, los SEPH en Argentina presentan una organización heterogénea, con variaciones en estructura, financiamiento y nivel de complejidad.

El sub sistema público se financia principalmente a través de recursos estatales y se organiza en redes municipales o provinciales, con acceso universal. En contraste, el sector privado funciona mediante sistemas de afiliación o contratación, con cobertura segmentada.

Los sistemas más desarrollados incorporan ⁽¹³⁾:

- Centros coordinadores profesionalizados
- Regulación médica
- Unidades de traslado adecuadas (vehículos y su equipamiento)
- Estratificación de recursos en Soporte vital avanzado (SVA) Soporte vital básico (SVB) y pronta respuestas (MPR)
- Sistemas informatizados de despacho
- Comunicaciones en emergencias
- Personal entrenado
- Regionalización de la asistencia
- Categorización de los hospitales
- Participación de la comunidad
- Registro y control de calidad

Sin embargo, en regiones alejadas persisten modelos menos estructurados, con limitada disponibilidad de recursos y personal especializado.

Recursos humanos y profesionalización

La incorporación de técnicos en emergencias médicas (TEM/TES) ha representado un avance significativo en la profesionalización del sistema. Su formación, con orientación en soporte vital avanzado, ha contribuido a mejorar la calidad de la atención prehospitalaria ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

No obstante, la distribución desigual de recursos humanos, especialmente médicos especializados, continúa siendo una limitación relevante, particularmente en áreas rurales.

Los centros coordinadores profesionalizados requieren de personal idóneo en la recepción de llamadas de emergencias, que muchas veces se suple con estudiantes de diferentes profesiones de salud como medicina o enfermería, que si bien son un escalón mas alto que personas empíricas, hoy la tendencia es incorporar TEM/TES como salto de calidad. Asimismo, las cabinas de recepción y despacho deben tener una estructura que incluya radioperadores, despachadores, supervisores de aérea, medico regulador (fundamental cuando se posee móviles no medicalizados) y un coordinador general de cabina.

También es necesario la profesionalización de conductores sanitarios, ya que forman parte de los equipos de respuesta y su función es clave en las tripulaciones al momento de asistir patologías críticas, y el manejo de conocimiento en emergencias resulta en respuestas de mayor calidad. Hoy la provincia de Buenos Aires, a travez de la dirección de manejo de emergencias y catástrofes ofrece a sus conductores y radioperadores la posibilidad de formarse como técnicos en emergencias sanitarias en la escuela de gobierno Floreal Ferrara, y representa un avance en la profesionalización de sus equipos.

Indicadores de calidad y profesionalización de los sistemas

Un aspecto central en la evolución de los sistemas de emergencias prehospitalarias modernos es la incorporación de indicadores de calidad vinculados al acceso, tiempos de respuesta y resultados clínicos. En este sentido, la experiencia reciente del Sistema de Emergencias de Lanús (SEL) ⁽¹⁶⁾ constituye un ejemplo de profesionalización progresiva mediante la reorganización operativa de la cabina de despacho, la capacitación del recurso humano y la estratificación de las respuestas según complejidad.

La profesionalización de los centros coordinadores y la incorporación de personal entrenado permitieron mejorar significativamente los indicadores de accesibilidad al sistema. Entre

enero de 2023 y octubre de 2025, la atención de llamadas dentro del primer minuto aumentó del 80% al 97%, acompañándose de un incremento del 435% en la cantidad de llamados gestionados, pasando de 730 comunicaciones mensuales a 3182. Paralelamente, la implementación de móviles diferenciados de soporte vital avanzado (SVA), soporte vital básico (SVB), móviles de pronta respuesta (MPR) y unidades de intervención rápida permitió sostener tiempos promedio de respuesta cercanos a los 10 minutos, pese al aumento exponencial de la demanda asistencial.

Asimismo, la incorporación de programas de capacitación en soporte vital avanzado, regulación médica de cabina con asistencia telefónica para reanimación cardiopulmonar (RCP) y actividades comunitarias de formación en RCP básica dirigidas a la población general, mostraron impacto en resultados clínicos relevantes. Durante un período de dos años se registraron 75 paros cardiorrespiratorios en vía pública, alcanzándose recuperación de circulación espontánea (ROSC) en 28 pacientes (37,3%). El tiempo promedio de arribo fue de 9,8 minutos; al momento de llegada de los equipos, el 73% de los pacientes había recibido maniobras de RCP básica y en el 41% de los casos se efectuó RCP telefónica guiada desde la cabina de despacho. (17-18-19-20)

Marco normativo

El desarrollo de los SEPH en Argentina ha estado acompañado por diversas normativas, entre las que se destacan:

- Decreto 3280/1990 (Provincia de Buenos Aires) ⁽²¹⁾
- Ley 1883/2005 (CABA) (17)
- Resolución 906-E/2017 (Ministerio de Salud de la Nación) ⁽²³⁾

Estas regulaciones establecen criterios para la organización, funcionamiento y categorización de los servicios de traslado sanitario.

En el año 2005 con decreto 747/2005 se aprueba en el ámbito del Ministerio de Seguridad, el sistema de atención telefónica de emergencias de la Provincia de Buenos Aires, que autoriza a utilizar el número 911 (ley nacional 25.367/2000) como “Servicio de Emergencias 911”. Este sistema hoy se articula con los despacho de salud de varios municipios con la plataforma multiagencial, unificando y estandarizando los procedimientos de atención de los eventos. ⁽²⁴⁾

El Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, con fecha 19 de junio del año 2017 sanciona el decreto N° 212 incorporando la figura del Técnico en Emergencias de la Salud como personal en las ambulancias en el ámbito del SAME y define el perfil profesional para su desempeño activo en la atención médica prehospitalaria ⁽²⁵⁾. Posteriormente a este decreto, el Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires, el 21 de diciembre de 2018 sancionan la Provincia consolidó la disciplina sancionando la Ley N° 15.094 (y su reglamentación), la cual establece de forma definitiva el régimen legal para el ejercicio profesional de los Técnicos en Emergencias Médicas en todo el territorio bonaerense. ⁽²⁶⁾

En el año 2023 se comenzó a trabajar sobre modificaciones de las directrices de la Resolución 906-E/2017. Participan de este proyecto el Ministerio de Salud de la Nación a través de su Secretaría de Calidad, la Dirección nacional de emergencias sanitarias (DINESA), la FEM y SAMPRE. Constituyo un cambio importante la inclusión de los Técnicos en Emergencias como parte del equipo de respuesta prehospitalaria, ya sea en unidades de soporte vital básico como de soporte vital avanzado de acuerdo a la legislación vigente en cada jurisdicción.

También la inclusión de diferentes tipos de móviles adecuados a las características físicas y geográficas en cada una de las jurisdicciones.

Discusión

El sistema prehospitalario argentino presenta características propias de un modelo mixto, con coexistencia de componentes del modelo anglosajón y franco-germano. Esta configuración ha permitido el desarrollo de sistemas con distintos niveles de complejidad, aunque también ha generado fragmentación y desigualdad en el acceso.

El sector privado ha desempeñado un rol clave en la incorporación de tecnología, capacitación y estándares operativos, mientras que el sistema público garantiza la cobertura universal. Sin embargo, la falta de integración efectiva entre ambos subsistemas limita la eficiencia global del sistema.

Comparado con otros países, Argentina presenta avances significativos en áreas urbanas, pero mantiene brechas importantes en regiones periféricas, especialmente en términos de tiempos de respuesta, disponibilidad de recursos y formación del personal.

Conclusiones

Los sistemas de emergencias prehospitalarias en Argentina han evolucionado significativamente en las últimas décadas, incorporando mejoras en tecnología, organización y formación profesional.

No obstante, persisten desafíos estructurales relacionados la desigualdad regional y la necesidad de fortalecer la integración público-privada.

En Argentina la organización de la atención en emergencias tiene el contraste de áreas sin estructuras de cuidados de emergencias, áreas con poco desarrollo, áreas en crecimiento y sistemas bien desarrollados. Los sistemas maduros se encuentran en las grandes ciudades y conurbanos del país. Las zonas no desarrolladas no cuentan con una respuesta organizada y un número único de respuesta como el 107, que idealmente debería ser un número único centralizado nacional para la respuesta de emergencias.

La implementación de políticas de regulación homogénea, la inversión en recursos humanos y la incorporación de tecnologías emergentes serán fundamentales para optimizar la calidad y equidad de la atención prehospitalaria en el país. ⁽²⁹⁾

Es necesario replantear el modelo del sistema prehospitalario argentino y debatir la sostenibilidad de un esquema todavía altamente medicalizado destinado incluso a demandas de baja complejidad.

La fragmentación del cuidado y la escasa articulación entre el ámbito prehospitalario e intrahospitalario dificultan la posibilidad de brindar una atención integrada. En este contexto, resulta fundamental discutir aspectos vinculados a la logística, las expectativas de la comunidad, la formación y regulación del recurso humano, incluyendo avances en leyes que incorporen a nivel nacional la figura de técnicos en emergencias médicas, así como también las condiciones laborales, la capacitación continua, la salud mental del personal y la integración entre los distintos niveles de atención. ⁽²⁷⁻²⁸⁾

Bibliografía

1. Mosconi, F., Dombald, D., Moscoso, N., Bandoni, A., Blanco, A., & Moreno, S. (2022). Estudio de sistemas de emergencias prehospitalarias empleando sistemas de información geográficos. *Anales de Geografía de la Universidad Complutense*, 42(2), 445-461. <https://dx.doi.org/10.5209/aguc.85178>.

2. American Academy of Orthopaedic Surgeon. (2020). Atención prehospitalaria básica (11.^a ed.). ISBN 9781284194074.
3. Organización Mundial de la Salud. (2019, mayo). 72.^a Asamblea de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_31-sp.pdf.
4. Organización Panamericana de la Salud. (2024, septiembre). Strategy on Integrated Emergency, Critical and Operative Care 2025–2030. 61st Directing Council, 76th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas. <https://www.paho.org/en/documents/cd61r9-strategy-integrated-emergency-critical-and-operative-care-2025-2030>.
5. Aguilera, S. (2015). La medicina de urgencias prehospitalarias en Argentina. En H. G. Topete Tovar, V. T. Muñoz Fernández, & N. G. Castillo López (Eds.), Historia de la atención prehospitalaria en Latinoamérica (cap. 3). Distribuna Editorial. <http://www.libreriamedica.com>.
6. Ortiz Bergia, MJ. La temprana descentralización de los servicios de salud en la Argentina: la construcción del sistema sanitario en Córdoba, 1930-1955. Hist. cienc. saude-Manguinhos 22 (2) • Apr-Jun 2015. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015005000005>
7. Garnino, María Isabel; Persello, Ana Virginia. La reformulación del mercado de atención médica, Buenos Aires, 1920-1940. Anuario de Rosario, n.13, p.343-367. 1988.
8. Belmartino, Susana. Coyuntura crítica y cambio institucional en salud: Argentina en los años 40. Salud Colectiva, v.3, n.2, p.177-202. 2007.
9. Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Decreto 3310/1991. Transferencia a la Dirección General Adjunta Sistema de Atención Médica de Emergencia (SAME) de varias unidades orgánicas y aprobación de la estructura orgánica-organizativa. 16 de agosto de 1991. Publicado el 26 de agosto de 1991.
10. Muro M, Cohen R, Maffei D, Ballesteros M, Espinosa L. Terrorism in Argentina. Prehospital and Disaster Medicine. 2003;18(2):53-56. doi:10.1017/S1049023X00000765
11. Muro, M. (2012). Medicina en desastres, búsqueda y rescate, triaje y evacuación. En Manual de medicina aeronáutica (pp. 131-141). INMAE.
12. Aguilera S. Los servicios de emergencias privados de la República Argentina. En: Del Marmol N, editor. Código rojo, relatos y experiencias. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Raigal; 2025. p. 85-89.

13. Pacheco Romero, A., Álvarez García, A., Hermoso Gadeo, F. E., & Serrano Moraza, A. (1998). Servicios de emergencias médicas extrahospitalarios en España. *Emergencias*, 10(3), Mayo-Junio.
14. Real Decreto 1397/2007, de 29 de octubre. Técnicos en emergencias sanitarias. (2007). Boletín Oficial del Estado. <http://www.boe.es/boe/dias/2007/11/24/pdfs/A48178-48211.pdf>.
15. Ruiz Madruga, M. (2011). De técnico de transporte sanitario (TTS) a técnico en emergencias sanitarias (TES) (1): Perspectiva histórica. *Emergencias*, 23, 65-66.
16. Sistema de Emergencias de Lanús (SEL). Indicadores operativos y resultados clínicos 2023-2025. Dirección general de emergencias. Secretaría de salud. Municipio de Lanús. Según datos obtenidos del sistema de gestión operativa SOFLEX®, presentados en el Congreso de Salud Provincial (COSAPRO) 2026 de la Provincia de Buenos Aires. (16)
17. Kleinman ME, Buick JE, Huber N, Idris AH, Levy M, Morgan SG, et al. Part 7: Adult Basic Life Support: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2025;152(16 Suppl 2). doi:10.1161/CIR.0000000000001369.(17)
18. Pons PT, Haukoos JS, Bludworth W, et al. Paramedic response time: does it affect patient survival? *Acad Emerg Med*. 2005;12(7):594-600. (18)
19. Myers JB, Slovis CM, Eckstein M, et al. Evidence-based performance measures for emergency medical services systems: a model for expanded EMS benchmarking. *Prehosp Emerg Care*. 2008;12(2):141-151. (19)
20. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento de los sistemas de emergencias. <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/03/nota-descriptiva-fortalecimiento-ae.pdf> (20)
21. Provincia de Buenos Aires. (1990). Decreto 3280/1990: Reglamento de establecimientos asistenciales y de recreación – Aprobación – Derogación de diversas normas. Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires, 21799, 20 de septiembre de 1990. Promulgado el 17 de agosto de 1990.
22. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ley N° 1883/2005. Ley de Gestión de Emergencias y Urgencias Médicas. Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 13 de enero de 2006;(2358):9.

23. Ministerio de Salud de la Nación (AR). Resolución 906-E/2017. Directrices de organización y funcionamiento para móviles de traslado sanitario – servicios terrestres. Boletín Oficial de la República Argentina. 20 jul 2017;(33670):61.
24. Provincia de Buenos Aires. (2005). Decreto 747/2005: Aprueba en el Ministerio de Seguridad, el Sistema de Atención Telefónica de Emergencia de la Provincia de Buenos Aires. Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires, 25176, 1 de junio de 2005. Promulgado el 20 de abril de 2005.
25. Provincia de Buenos Aires. Decreto N° 212/2017. Modificación del Decreto N° 898/16 e incorporación de los Técnicos en Emergencias de la Salud al SAME Provincia. La Plata: Gobierno de la Provincia de Buenos Aires; 2017.
26. Provincia de Buenos Aires. Ley N° 15.094. Régimen legal para el ejercicio profesional de los Técnicos en Emergencias Médicas. Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires. 21 dic 2018;28426.
27. Medina W. El sistema de emergencias prehospitalario en Argentina: historia y actualidad. En: Del Marmol N, editor. Código rojo, relatos y experiencias. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Raigal; 2025. p. 39-43.
28. Savia, A. (2022). El desafío de la medicina prehospitalaria durante la pandemia y más allá: Lo que no nos contamos. Revista Argentina de Medicina, 10(1), Marzo. <http://www.revistasam.com.ar>
29. Muro MR, et al. Los sistemas de atención médica de emergencias en Argentina. Rev Hosp Gen Agudos J M Ramos Mejía. 2004;9(1). Disponible en <https://es.scribd.com/document/820932076/Los-Sistemas-de-Atencion-Medica-de-Emergencias-en-Argentina-Muro-Et-AI-2004-PDF>.