

HISTORIA DE LA MEDICINA: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES

¿Qué podría sugerir el pasado sobre los servicios médicos de emergencia rurales ante el declive de los hospitales de acceso crítico?

Siân Lewis-Bevan, MD, MPH, EMT-B y Stephen Powell, MD

Resumen

Los hospitales de acceso crítico y otros hospitales rurales han tenido dificultades para mantenerse abiertos, lo que agrava la inequidad en el acceso de los residentes rurales a servicios de salud rutinarios y de emergencia. Además, ejerce mayor presión sobre los ya sobrecargados servicios médicos de emergencia (EMS, por sus siglas en inglés) rurales. Este artículo analiza la historia reciente del cierre de hospitales rurales y sus efectos en la atención de emergencias en estas zonas. Asimismo, propone modificaciones en las políticas y prácticas de los EMS que podrían mejorar el acceso a los servicios de salud para las comunidades rurales y fortalecer los EMS en estas áreas.

La American Medical Association designa esta actividad de educación médica continua (CME, por sus siglas en inglés) basada en revista para un máximo de 1 crédito AMA PRA Category 1 Credit™ disponible a través de AMA Ed Hub™. Los médicos solo deben reclamar el crédito correspondiente a su grado de participación en la actividad.

Baja densidad poblacional y bajo reembolso

El auge y posterior declive de los hospitales de acceso crítico (CAH, por sus siglas en inglés) en Estados Unidos se debe al fracaso financiero de un modelo histórico de hospital rural. Durante las décadas de 1980 y 1990, más de 400 hospitales rurales cerraron debido a múltiples factores, entre ellos la baja densidad poblacional y las tasas de reembolso relativamente bajas.¹ En respuesta a estos cierres, el Congreso creó la designación CAH como parte de la Ley de Presupuesto Equilibrado de 1997.² Esta designación es otorgada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Para recibirla, un hospital debe participar en Medicare; tener menos de 25 camas para hospitalización aguda; estar ubicado a más de 35 millas del hospital más cercano (15 millas en zonas montañosas o con vías secundarias); tener una estancia promedio inferior a 96 horas; tener convenios con otros hospitales para facilitar traslados; y ofrecer atención de emergencias las 24 horas del día, los 7 días de la semana.² En teoría, esta designación brinda beneficios financieros a los hospitales rurales: incrementa el reembolso por parte del CMS; permite reducir los requisitos de personal, como no exigir que los médicos de turno permanezcan en el sitio, lo cual disminuye los costos laborales; y proporciona financiamiento para mejorar la calidad y las funciones operativas.^{2,3} En octubre de 2024, había 1369 CAH en todo el país, con

presencia en todos los estados excepto cinco.² En 2005, la distancia promedio desde un CAH hasta el hospital de referencia más cercano era de 64 millas.⁴

Desde su creación, el programa de CAH ha sido modificado por diversas leyes que aumentan los beneficios financieros y apoyan aspectos operativos, como la reducción del déficit de personal y el fomento de **innovaciones tecnológicas**.² El eje común de estas reformas legislativas ha sido fortalecer las instalaciones rurales, principalmente desde el plano financiero, mediante el aumento de las tasas de reembolso y la reducción de los requisitos de dotación de personal. A pesar del objetivo de ofrecer respaldo financiero, la designación CAH no ha garantizado de forma constante que los hospitales designados puedan seguir operando. Algunos centros han cerrado parcialmente, eliminando servicios como obstetricia pero conservando las salas de urgencias y una atención hospitalaria básica.⁵ Sin embargo, otros hospitales rurales, tanto CAH como no CAH, han seguido cerrando. Entre 2005 y finales de 2024, cerraron 193 hospitales rurales, 71 de los cuales eran CAH.⁶ Aunque la tasa de cierres ha sido relativamente estable, desde 2011 los cierres han superado la apertura de nuevos centros.⁷

Lamentablemente, los servicios médicos de emergencia (EMS) rurales enfrentan muchas de las mismas dificultades financieras que los CAH. Ambos contribuyen a la inequidad en el acceso a la atención en salud y a las disparidades que afectan a los residentes de zonas rurales. A medida que los proveedores de salud y los responsables de políticas abordan los desafíos que enfrentan los CAH, los organismos de EMS rurales también deberían recibir una atención similar.

Declive sostenido

Las tendencias de cierre de CAH reflejan y amplifican las tendencias generales de cierre de hospitales rurales.⁶ A pesar del aumento en las tasas de reembolso por parte del CMS, las pérdidas financieras han sido el principal factor detrás del cierre continuo de CAH y otros hospitales rurales.^{7,8} La mayoría de estos cierres se han producido en estados que no ampliaron la cobertura de Medicaid tras la aprobación de la Affordable Care Act en 2010.⁷ Muchos pacientes en zonas rurales no cuentan con seguro, ni siquiera con Medicaid, por lo que los CAH no pudieron beneficiarse del aumento en los reembolsos que habría traído la expansión de Medicaid.⁷ La pandemia de COVID-19 asestó múltiples golpes a los hospitales rurales; en sus primeras etapas, se cancelaron los procedimientos rutinarios, lo que eliminó una fuente clave de ingresos.⁹ Los hospitales más pequeños, que ofrecen menos servicios y operan con márgenes de ganancia más reducidos, sintieron este impacto con mayor fuerza que los centros más grandes. Además, muchos pacientes temían exponerse al virus y por eso evitaban buscar atención médica, lo que acentuó aún más la disminución de los ingresos.¹⁰ Como resultado, un total de 38 hospitales rurales, incluidos 14 CAH, cerraron por completo entre el inicio de la pandemia en 2020 y finales de 2024.⁶

A medida que seguían cerrando CAH, el Congreso creó una nueva designación: la de hospital rural de emergencias (REH, por sus siglas en inglés), incluida en la Ley de Asignaciones Consolidadas de 2021, que permite aumentar hasta en un 105 % los reembolsos para establecimientos que no brindan atención hospitalaria.¹¹ Esta designación permite que centros rurales que han perdido camas de hospitalización y otros servicios —como obstetricia o psiquiatría— puedan seguir funcionando como departamentos de urgencias. Este modelo es similar al de los CAH, pero está dirigido a instalaciones aún más pequeñas que no cumplen con los requisitos para ser CAH. Aunque los REH se crearon para evitar nuevas brechas en la atención médica rural, aún están en riesgo de cierre debido a presiones similares a las que enfrentan los CAH.

Además, solo 36 hospitales cumplieron con los requisitos para obtener la designación REH entre enero de 2023 y enero de 2025.¹²

Zonas sin acceso oportuno a ambulancias

En la mayoría de los estados, los EMS no están designados como servicio esencial, lo que significa que los gobiernos locales no están obligados a financiarlos, como sí ocurre con los servicios de bomberos y policía.¹³ Cuando se asignan recursos, estos provienen principalmente de gobiernos estatales y locales o de subvenciones, con escaso respaldo federal.¹⁴ El reembolso a los EMS por parte del CMS se basa en una tarifa fija más una tarifa por millaje; una atención compleja para un paciente críticamente enfermo recibe el mismo reembolso que la atención prestada a un paciente estable.¹⁰ El CMS tampoco reembolsa a los EMS por la atención a **pacientes que no son transportados a un hospital**, como aquellos que rechazan la atención o que solo necesitan ayuda simple, como levantarse tras una caída.^{13,15} Los pacientes sin seguro o con cobertura insuficiente —que representan una gran proporción de la población rural— a menudo no pueden pagar el servicio de atención o transporte de EMS.^{7,15} Como consecuencia, los organismos de EMS rurales tienen dificultades para cubrir sus costos operativos (por ejemplo, equipos y personal), dependen con frecuencia de voluntarios en lugar de personal remunerado y disponen de menos ambulancias y mayor dificultad para dotarlas de personal que sus equivalentes urbanos.^{10,16}

Cuando los pacientes necesitan que los EMS los atiendan y los transporten a un hospital, la ambulancia más cercana puede encontrarse a varios municipios de distancia. Estas “zonas sin acceso oportuno a ambulancias” a menudo se superponen geográficamente con zonas que también carecen de hospitales.^{10,16,17,18} Los organismos de EMS rurales siempre han tenido, en promedio, tiempos de traslado más largos que los urbanos; el cierre de CAH y otros hospitales rurales obliga a las ambulancias a recorrer distancias mayores para trasladar a los pacientes, lo cual puede duplicar o incluso triplicar los tiempos de transporte en algunos casos y prolonga el tiempo que un equipo de EMS dedica a un solo paciente.^{10,19,20} Otro paciente que requiera atención durante ese lapso podría tener que esperar más para recibirla y sufrir un desenlace negativo debido a la demora.^{13,16,17,18}

Los organismos de EMS rurales también pierden liderazgo cuando cierran los hospitales locales. Un organismo de EMS que pertenece y opera bajo un CAH se ve obligado a cerrar o a encontrar una nueva administración y financiamiento cuando el CAH cierra.²¹ Los organismos de EMS rurales e independientes tienen más probabilidades de contar con directores médicos voluntarios y menos acceso a orientación médica en tiempo real para guiar la atención a los pacientes, en comparación con los organismos urbanos o de zonas rurales grandes.²² El cierre de un hospital también provoca la salida de médicos del área,⁷ lo que reduce la disponibilidad de dirección médica adecuada. Con menos recursos locales, los profesionales de EMS deben desplazarse mayores distancias para acceder a la formación y educación continua necesarias, lo que complica aún más la retención del personal.¹⁵ Estos desafíos ponen en tela de juicio la sostenibilidad a largo plazo de los organismos de EMS rurales.^{13,17,23,24}

Reforma de políticas

La medicina de urgencias, y por extensión los EMS, se considera la red de seguridad del sistema de salud: pacientes con bajo nivel de alfabetización en salud, acceso limitado a la atención primaria, escaso apoyo social y sin seguro médico o con cobertura insuficiente suelen acudir a los servicios de urgencias debido a la imposibilidad de acceder a una atención adecuada en otros lugares. Estos pacientes acceden con frecuencia al servicio de urgencias a través de los EMS, debido a la falta de medios de

transporte alternativos. Para garantizar el acceso continuo a los EMS en poblaciones rurales, es necesario realizar cambios que mejoren el financiamiento de los organismos rurales. Para lograr este objetivo, deben introducirse múltiples reformas, empezando por declarar a los EMS como un servicio esencial, una designación que esta parte fundamental del sistema de salud no recibe actualmente en la mayoría de los estados.¹⁵ Promulgar leyes estatales que incluyan a los EMS como servicio esencial garantizaría un mayor financiamiento gubernamental.¹⁵ Aunque los cambios a nivel federal son difíciles de implementar debido a la autoridad que los estados tienen bajo la Décima Enmienda,²⁵ varios estados han aprobado sus propias leyes para reconocer a los EMS como un servicio esencial.²⁶ Otros estados, especialmente aquellos con amplias zonas sin acceso oportuno a ambulancias, deberían seguir ese ejemplo. El aumento del **financiamiento desde todas las fuentes** debe destinarse a respaldar a personal remunerado en los EMS, en lugar de forzar a los organismos rurales a seguir dependiendo de voluntarios.^{22,23}

Además, debe revisarse el modelo de pago del CMS para los EMS. Actualmente, los profesionales de EMS son considerados “proveedores de transporte” en lugar de personal de salud, por lo que reciben pagos base más bajos, ya que el transporte por sí solo requiere menos inversión que la formación clínica o el equipamiento médico.¹⁵ Como parte de una reforma del modelo de pago, los organismos deberían recibir reembolso por las llamadas que no resultan en transporte, así como por aquellos en los que el traslado se realiza a instalaciones no hospitalarias. El modelo Emergency Triage, Treat, and Transport (ET3) fue una iniciativa implementada en 2021, limitada a organismos de EMS —en su mayoría urbanos— que cumplían ciertos requisitos.¹⁰ El objetivo del ET3 era permitir reembolsos por traslados a centros de atención urgente, centros de estabilización psiquiátrica y centros de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias. Este modelo fue discontinuado en 2023 debido a diversos factores, entre ellos una participación e intervención menores a las esperadas.²⁷ Introducir un modelo de pago similar o ampliado que permita a los organismos de EMS recibir reembolso por atender a los pacientes en el lugar o por transportarlos a centros locales de atención no hospitalaria —como consultorios de atención primaria o centros de atención urgente— no solo aumentaría los ingresos del organismo, sino que también reduciría los tiempos de traslado en las zonas donde han cerrado CAH. Esto sentaría las bases para un sistema de salud más reflexivo, centrado en resultados orientados al paciente, en el que se priorice una atención adecuada y focalizada en lugar de recurrir automáticamente a los servicios de atención de urgencias. Asignar recursos y financiamiento para mejorar la formación del personal de EMS en áreas rurales también contribuiría a este objetivo, ya que es probable que los profesionales necesiten capacitación adicional para orientar a los pacientes hacia estos destinos alternativos en lugar del servicio de urgencias más cercano.

La innovación debe ser acogida, y modelos progresistas como la atención médica móvil integrada (MIH, por sus siglas en inglés) y la paramedicina comunitaria (CP, por sus siglas en inglés) deben considerarse aspectos esenciales de los EMS. En zonas rurales con bajo volumen de pacientes, los programas de MIH o CP deben integrarse con los prestadores de servicios de salud locales y otros organismos aliados para maximizar la eficiencia. Implementar el uso de la telemedicina en el lugar de atención —una práctica que se ha adoptado ampliamente desde la pandemia—¹⁰ también ayudaría a los profesionales de EMS a clasificar a los pacientes y determinar los destinos adecuados, minimizando así traslados innecesarios de larga distancia y mitigando los efectos de una baja frecuencia de llamadas sobre la experiencia del personal.

Implementar reformas amplias en los EMS será un desafío debido a la supervisión fragmentada de los organismos de EMS. Esta supervisión recae principalmente en los niveles local y estatal, con poca orientación a nivel federal. Cada estado tiene su propio conjunto de normativas, protocolos y políticas, que en algunos casos incluso varían por regiones dentro del mismo estado. Consolidar ciertos aspectos de la supervisión y recopilación de datos de EMS a nivel local, estatal y federal permitiría mejorar la eficiencia y la coordinación de los servicios, siempre que los organismos mantengan la capacidad de adaptarse a los desafíos locales. Esta consolidación limitada, a su vez, permitiría mejorar la recopilación de datos y la investigación, lo que conduciría a recomendaciones de políticas más precisas para respaldar estos recursos vitales en zonas rurales.

Tener acceso a CAH, REH u otros destinos alternativos ayudará a los organismos de EMS rurales a reducir los tiempos de traslado y mejorar las oportunidades de formación y colaboración entre el personal de EMS y otros profesionales del ámbito sanitario. De cara al futuro, los responsables de políticas deben aprender de los factores que contribuyeron al cierre de los CAH y sus consecuencias, y planificar reformas legislativas que protejan y respalden a los REH y demás centros de atención en zonas rurales, así como a los organismos de EMS que trabajan con ellos y a las comunidades a las que prestan servicio.

References

1. Spencer R. America's rural hospitals in critical condition. *Washington Post*. March 17, 1989. Accessed February 6, 2025. <https://www.washingtonpost.com/archive/politics/1989/03/18/americas-rural-hospitals-in-critical-condition/5a6d6ee1-ae06-452b-8eaa-c961a1cd2e5e/>
2. Critical access hospitals (CAHs). Rural Health Information Hub. Updated December 10, 2024. Accessed December 27, 2024. <https://www.ruralhealthinfo.org/topics/critical-access-hospitals>
3. Gaston SM, Walker BW. Critical access hospitals: meeting underserved community needs. *Nursing*. 2018;48(5):51-54.
4. Freeman VA, Walsh J, Rudolf M, Slifkin RT, Skinner AC. Intensive care in critical access hospitals. *J Rural Health*. 2007;23(2):116-123.
5. Healy J. It's 4 A.M. The baby's coming. But the hospital is 100 miles away. *New York Times*. July 17, 2018. Accessed February 10, 2025. <https://www.nytimes.com/2018/07/17/us/hospital-closing-missouri-pregnant.html>
6. Rural hospital closures. University of North Carolina Cecil G. Sheps Center for Health Services Research. Accessed February 10, 2025. <https://www.shepscenter.unc.edu/programs-projects/rural-health/rural-hospital-closures/>
7. Wishner J, Solleveld P, Rudowitz R, Paradise J, Antonisse L. A look at rural hospital closures and implications for access to care: three case studies. KFF. July 7, 2016. Accessed February 10, 2025. <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/a-look-at-rural-hospital-closures-and-implications-for-access-to-care/>
8. Frakt A. A sense of alarm as rural hospitals keep closing. *New York Times*. October 29, 2018. Accessed February 10, 2025. <https://www.nytimes.com/2018/10/29/upshot/a-sense-of-alarm-as-rural-hospitals-keep-closing.html>
9. Levinson Z, Godwin J, Hulver S. Rural hospitals face renewed financial challenges, especially in states that have not expanded Medicaid. KFF. February 23, 2023. Accessed March 25, 2025. <https://www.kff.org/health-costs/issue-brief/rural->

[hospitals-face-renewed-financial-challenges-especially-in-states-that-have-not-expanded-medicaid/](#)

10. Colyer J, Anzaldua A, Blancato R, et al. Access to emergency medical services in rural communities: policy brief and recommendations to the secretary. National Advisory Committee on Rural Health and Human Services; 2022. Accessed August 25, 2024. <https://www.hrsa.gov/sites/default/files/hrsa/advisory-committees/rural/access-to-ems-rural-communities.pdf>
11. Rural hospitals. Rural Health Information Hub. Updated November 20, 2024. Accessed February 13, 2025. <https://www.ruralhealthinfo.org/topics/hospitals>
12. Rural emergency hospitals. University of North Carolina Cecil G. Sheps Center for Health Services Research. Accessed February 10, 2025. <https://www.shepscenter.unc.edu/programs-projects/rural-health/rural-emergency-hospitals/>
13. Edwards E. What if you call 911 and no one comes? Inside the collapse of America's emergency medical services. *NBC News*. October 22, 2019. Accessed August 25, 2024. <https://www.nbcnews.com/health/health-care/there-s-shortage-volunteer-ems-workers-ambulances-rural-america-n1068556>
14. Emergency medical services (EMS): local authority, funding, organization, and management. Centers for Disease Control and Prevention. October 9, 2024. Accessed December 27, 2024. <https://www.cdc.gov/ems-community-paramedicine/php/us/local-authority.html>
15. MacKinney AC, Mueller KJ, Coburn AF, Knudson A, Lundblad JP, McBride TD. Characteristics and challenges of rural ambulance agencies—a brief review and policy considerations. Rural Policy Research Institute; 2021. Accessed August 25, 2024. <https://rupri.org/wp-content/uploads/Characteristics-and-Challenges-of-Rural-Ambulance-Agencies-January-2021.pdf>
16. Jonk Y, Milkowski C, Croll Z, Pearson K. Ambulance deserts: geographic disparities in the provision of ambulance services. Maine Rural Health Research Center; 2023. Accessed August 25, 2024. <https://digitalcommons.usm.maine.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1013&context=ems>
17. Hassanein N. What if the ambulance doesn't come? Rural America faces a broken emergency medical system. *USA Today*. June 26, 2023. Accessed August 25, 2024. <https://www.usatoday.com/story/news/health/2023/06/26/no-ambulances-closing-hospitals-the-crisis-facing-rural-america/70342027007/>
18. Sisk T. Life in a rural "ambulance desert" means sometimes help isn't on the way. *CBS News*. August 21, 2023. Accessed August 25, 2024. <https://www.cbsnews.com/news/ambulance-emergency-health-care-rural-hospitals/>
19. Troske S, Davis A. Do hospital closures affect patient time in an ambulance? University of Kentucky Rural and Underserved Health Research Center; 2019. Accessed August 25, 2024. https://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1007&context=rhrc_reports
20. Miller KEM, James HJ, Holmes GM, Van Houtven CH. The effect of rural hospital closures on emergency medical service response and transport times. *Health Serv Res*. 2020;55(2):288-300.
21. Ramesh T, Gee E. Rural hospital closures reduce access to emergency care. Center for American Progress. September 9, 2019. Accessed February 12, 2025. <https://www.americanprogress.org/article/rural-hospital-closures-reduce-access-emergency-care/>
22. Patterson DG, Skillman SM, Fordyce MA. Prehospital emergency medical services personnel in rural areas: results from a survey in nine states. *WWAMI*

- Rural Health Research Center; 2015. Final report 149. Accessed August 25, 2024.
https://depts.washington.edu/uwrhrc/uploads/RHRC_FR149_Patterson.pdf
23. Freeman VA, Rutledge S, Hamon M, Slifkin RT. Rural volunteer EMS: reports from the field. North Carolina Rural Health Research and Policy Analysis Center; 2010. Final report 99. Accessed August 25, 2024.
<https://www.shepscenter.unc.edu/wp-content/uploads/2014/10/FR99.pdf>
24. Koeze E, Patel JK, Singhvi A. Where Americans live far from the emergency room. *New York Times*. April 26, 2020. Accessed August 25, 2024.
<https://www.nytimes.com/interactive/2020/04/26/us/us-hospital-access-coronavirus.html>
25. US Const Amend X.
26. Hassanein N. More states push to recognize EMS as “essential service.” *EMS1*. September 12, 2023. Accessed December 27, 2024.
<https://www.ems1.com/politics/articles/more-states-push-to-recognize-ems-as-essential-service-CIUIBaOk2kdZoHV7/>
27. ET3 program comes to an abrupt end. *JEMS*. June 28, 2023. Accessed February 13, 2025. <https://www.jems.com/major-incidents/et3-program-comes-to-an-abrupt-end/>

Siân Lewis-Bevan, MD, MPH, EMT-B es médica de urgencias en Centra Health, en Lynchburg, Virginia. También se desempeña como subdirectora médica de Forsyth County Emergency Services, en Carolina del Norte. Sus áreas de interés incluyen los EMS rurales, la paramedicina comunitaria, la atención médica móvil integrada y la formación de personal paramédico.

Stephen Powell, MD es médico de urgencias en Atrium Health Wake Forest Baptist Medical Center, en Winston Salem, Carolina del Norte. También es profesor adjunto en Wake Forest University School of Medicine, donde ejerce como director del programa de becas en Emergency Medical Services. Además, es director médico de un organismo de EMS rural en el centro de Carolina del Norte. Se enorgullece de apoyar al personal prehospitalario y de contribuir al avance del campo de la medicina prehospitalaria mediante la investigación y la innovación.

Citation

AMA J Ethics. 2025;27(7):E530-536.

DOI

10.1001/amajethics.2025.530.

Conflict of Interest Disclosure

Contributors disclosed no conflicts of interest relevant to the content.

The viewpoints expressed in this article are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views and policies of the AMA.