

**FORO DE POLÍTICAS: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES**  
**¿Cómo deberían mejorarse las fuentes de financiamiento para los EMS rurales?**

James Small, MJA, CPM

**Resumen**

Este artículo analiza cómo proporcionar de manera confiable la prestación de servicios médicos de emergencia (EMS, por su sigla en inglés). Las respuestas de EMS son funciones cruciales de los gobiernos locales; sin embargo, en las zonas rurales, muchos de estos servicios están conformados por voluntarios con licencia. A medida que aumentan las solicitudes de atención médica de emergencia y disminuye el personal disponible, la transición hacia una fuerza laboral remunerada resulta crucial para mantener la capacidad de respuesta. Este artículo aborda la necesidad y los mecanismos para financiar de manera más sólida los sistemas de EMS rurales.

**Financiamiento, no colectas**

Un cartel en la estación de servicio anunciaba un evento comunitario divertido: regresaba la Colecta anual de obras públicas, con juegos, comida y música. Los conductores voluntarios de camiones de la comunidad dedicaron el fin de semana a organizar un evento al que asistió casi todo el pueblo. Estaban emocionados por contar el dinero recaudado y anunciaron con orgullo cuántas carreteras se repararían en el próximo año y que por fin podrían reemplazar un camión volquete de hace 40 años.

Sin embargo, en Estados Unidos, este no es el método con el que las comunidades financian la mayoría de las funciones gubernamentales y las colectas de obras públicas no pagan carreteras ni camiones volquete. La única excepción son los servicios médicos de emergencia (EMS), ya que casi todas las comunidades rurales dependen de personal voluntario<sup>1</sup> y colectas para ofrecer este servicio fundamental. Los voluntarios, que prestan atención de emergencia de manera gratuita, donan además su tiempo para recaudar fondos con los que comprar el equipo necesario para **brindar esa respuesta que salva vidas**. Este modelo de financiamiento, que comenzó en la década de 1960,<sup>2</sup> ha generado una crisis actual de colapso en las organizaciones de EMS, ya que los tiempos de respuesta se han alargado<sup>3</sup> y, en ocasiones, ni siquiera llega una ambulancia.<sup>4</sup> El modelo de EMS voluntario les ha fallado a comunidades de todo el país y los líderes locales están luchando por encontrar la manera de prestar este servicio esencial.

### **Servicio comunitario esencial**

Las personas acceden a los EMS llamando al 9-1-1; las llamadas son atendidas en centros de despacho operados por el gobierno. Idealmente, una llamada al 9-1-1 da lugar al envío inmediato de una ambulancia a la comunidad para brindar atención médica de emergencia a alguien que está enfermo o lesionado. Cada ambulancia cuenta con al menos dos personas con formación especializada y licencia estatal como respondedores de EMS, cuyas competencias abarcan desde soporte vital básico hasta atención avanzada. Estos respondedores están capacitados para brindar atención de emergencia en el lugar de los hechos y durante el transporte, lo que prepara a los pacientes para la atención en los servicios de urgencias y, en consecuencia, mejora los resultados en salud.

La prestación de EMS en Estados Unidos es una función de los gobiernos municipales y forma parte del marco de respuesta a emergencias, junto con la policía y los cuerpos de bomberos. Por lo general, los gobiernos locales designan un organismo de EMS responsable de brindar servicios de salud esenciales dentro de sus límites, ya sea de forma directa o mediante contratos con otras organizaciones. Muchos sistemas de EMS se crearon en las décadas de 1960 y 1970, con voluntarios con licencia que aportaban su trabajo, y con equipos financiados mediante subvenciones iniciales. En 1973, el Congreso aprobó la Emergency Medical Services Systems Act (Ley de Sistemas de Servicios Médicos de Emergencia), que proporciona fondos para que las comunidades compren ambulancias, desarrollen sistemas de EMS y estandaricen los programas de técnicos en emergencias médicas.<sup>5</sup> Programas de subvenciones y capacitación como este impulsaron la creación de sistemas de EMS en comunidades de todo el país.

A medida que surgían organismos de EMS y el uso generalizado del 9-1-1 facilitaba el acceso a estos servicios, las comunidades reconocieron múltiples beneficios. Los EMS mejoraron los resultados en salud de los ciudadanos,<sup>6</sup> ofrecieron un punto adicional de acceso a servicios sociales y comunitarios, prestaron apoyo durante emergencias de salud pública como la pandemia de COVID-19 y se integraron al marco de preparación ante emergencias. Aunque estas mejoras incrementaron la demanda de servicios sin un aumento proporcional en el financiamiento, la fuerza laboral voluntaria les permitió a los líderes pasar por alto el aumento de la demanda pública y del alcance de los servicios. Un servicio sencillo con abundancia de voluntarios funcionó bien de una manera que no pudieron hacerlo servicios más avanzados con un voluntariado decreciente.

### **Encontrar financiamiento**

Los gobiernos locales enfrentan desafíos de financiamiento al hacer una transición repentina de un modelo de EMS casi gratuito, basado en voluntariado, hacia un sistema totalmente financiado con personal remunerado, en especial cuando existe la percepción generalizada de que los impuestos ya cubren estos servicios. A algunas comunidades se les está pidiendo pasar de contribuir casi nada a asignar cientos de miles (o incluso millones) de dólares para cubrir los costos de personal.<sup>7</sup> Los EMS también están enfrentando presiones inflacionarias, lo que hace que esta transición sea aún más difícil. Según datos de la Oficina de Estadísticas Laborales de EE. UU., entre 2019 y 2022 el índice de precios al consumidor aumentó un 15,7 %.<sup>8</sup> Una encuesta nacional de 2023 de la National Association of Emergency Medical Technicians encontró aumentos salariales similares, con un 14 % de los organismos reportando incrementos salariales superiores al 25 % durante ese período.<sup>3</sup>

Para afrontar estas realidades fiscales, las comunidades recurren a una combinación de fuentes para financiar los EMS. En primer lugar, los organismos de EMS facturan a los pacientes (y a sus aseguradoras) por los servicios prestados. La facturación incluye el costo del servicio más una tarifa por millaje hasta el hospital. Según datos del Censo de EE. UU. de 2022, más del 92 % de la población estadounidense cuenta con algún tipo de seguro de salud y alrededor del 36 % está cubierta por Medicare o Medicaid.<sup>9</sup> Es común que un organismo de EMS tenga más del 50 % de sus pacientes cubiertos por estos programas.<sup>10</sup> Sin embargo, existe una gran diferencia entre el monto facturado y el monto reembolsado por Medicare y Medicaid. Un informe de Fair Health de 2022 reveló que el costo promedio facturado por servicios de ambulancia con soporte vital básico en 2020 era de USD 940, mientras que el reembolso promedio de Medicare por ese mismo servicio era de USD 390.<sup>11</sup> Esta diferencia hace que financiar los EMS rurales exclusivamente a través de la facturación sea inviable. Dado que la mayoría de los pacientes de EMS están cubiertos por Medicare y Medicaid, se requiere una defensa constante a nivel estatal y federal para aumentar las tasas de reembolso a niveles que reconozcan los costos reales de prestar estos servicios.

Las subvenciones son otra vía para generar ingresos que respalden estos servicios. El programa federal de subvenciones de 1973 que dio origen a los EMS expiró en 1981<sup>12</sup> y el Congreso no ha ofrecido desde entonces ningún programa nacional similar que cubra costos operativos o de personal. Aunque a veces hay subvenciones disponibles a nivel estatal o local, no existe un mecanismo uniforme y accesible para obtener financiamiento por esta vía. Las subvenciones, cuando están disponibles, son útiles para adquirir equipos puntuales, pero no ofrecen una **fuentes sostenible de financiación recurrente** para los gastos operativos. El desarrollo de programas de subvención estatales y federales para financiar elementos de alto costo, como ambulancias, permitiría que los gobiernos locales concentren sus recursos en los costos operativos diarios.

Una tercera fuente de apoyo para los EMS rurales es el voluntariado y las colectas locales. Según SafeTechSolutions, hasta el 80 % de las ambulancias están operadas por voluntarios, principalmente en comunidades rurales.<sup>13</sup> Aunque aproximadamente el 97 % del territorio estadounidense es rural, solo el 21 % de la población vivía en **comunidades rurales** en el año 2000.<sup>12</sup> Eso representa una gran extensión territorial que debe cubrirse con una fuerza laboral mucho más reducida y mayoritariamente voluntaria. Operar una ambulancia requiere al menos 17 520 horas anuales (24 horas al día × 365 días × 2 personas). En muchas comunidades, los sistemas de EMS se formaron durante el auge del voluntariado en las décadas de 1960 y 1970; desde entonces, la participación voluntaria ha disminuido de manera sostenida hasta alcanzar el punto crítico actual.<sup>2</sup> El impacto de este cambio ha sido visibilizado por los medios: se han publicado numerosos artículos sobre sistemas de EMS en crisis en todo Estados Unidos.<sup>14,15,16</sup> Rara vez se considera que, cuando alguien se ofrece como voluntario en un organismo de EMS, en realidad está subvencionando personalmente el costo de brindar ese servicio. El voluntariado traslada el costo del personal de la comunidad hacia el propio voluntario y su familia, quienes son un pilar clave para la existencia del servicio. Mantener la dependencia del voluntariado para operar ambulancias ignora la disminución sostenida del voluntariado en todo el país durante décadas.<sup>17</sup> Esta tendencia afecta no solo a los EMS, sino también a muchas otras organizaciones comunitarias.<sup>18</sup>

Finalmente, cuando se agotan todas las demás fuentes de financiamiento, el gobierno local debe recurrir a la imposición de impuestos para cubrir los costos restantes de los

EMS. Los EMS compiten con todos los demás servicios gubernamentales por dólares escasos. El informe de Fair Health reveló que el monto promedio aprobado por los servicios de ambulancia aumentó un 56 % (de USD 486 a USD 758) para soporte vital avanzado y un 40 % (de USD 373 a USD 522) para soporte vital básico entre 2017 y 2020.<sup>11</sup> Estos aumentos reflejan el incremento en los costos de prestación del servicio, mientras que la recuperación efectiva de esos costos en la mayoría de estas facturas es limitada. El aumento acelerado de los costos del servicio genera una brecha de financiamiento que debe ser cubierta con recursos fiscales locales. Algunos gobiernos municipales mitigan el aumento de costos mediante la creación de EMS regionalizados con comunidades vecinas. En estos sistemas, varios gobiernos locales colaboran, compartiendo personal y equipos para mejorar la eficiencia de costos y reducir el impacto financiero para cada comunidad. Cuando gobiernos locales que históricamente han sido independientes comienzan a trabajar en conjunto, aparecen diversos desafíos políticos. Estos pueden ir desde desacuerdos sobre la distribución de costos hasta el rechazo de la comunidad ante la disolución de organismos que han prestado servicio durante décadas.<sup>19</sup>

### **Crisis de los EMS rurales**

La disminución del voluntariado ha hecho que resulte casi imposible contar con personal confiable para las ambulancias. El aumento en los costos de los EMS ha dificultado que los municipios locales puedan financiar un servicio remunerado de forma fragmentada, pueblo por pueblo. Mientras tanto, el sistema se desmorona a nuestro alrededor.

Los casos de Maine y Wisconsin son ilustrativos. El Centro de Investigación en Salud Rural de Maine publicó en 2023 un informe que reveló que 4,3 millones de estadounidenses viven en zonas sin acceso oportuno a ambulancias, definidas como lugares ubicados a más de 25 minutos de una estación de ambulancias.<sup>20</sup> Además, 4 de cada 5 condados rurales tienen al menos una de estas zonas.<sup>20</sup> Un estudio del Wisconsin Office of Rural Health de 2023 sobre confiabilidad del servicio de ambulancias informó que el 62 % de los organismos de EMS en Wisconsin prestan servicio a comunidades rurales y que el 55 % de estos organismos rurales cuentan con 6 o menos personas que proporcionan el 80 % o más de la dotación de personal.<sup>4</sup> Asimismo, el 41 % de los organismos de EMS de Wisconsin no estaban disponibles de forma continua, es decir, 24 horas al día, los 7 días de la semana durante todo el año.<sup>4</sup> Entre los servicios que dependen de personal voluntario, el 63 % no logró prestar servicio continuo y un 15 % de los servicios con personal remunerado cumplió con la definición de servicio no confiable.<sup>4</sup> Finalmente, 10 organismos informaron que, en las comunidades que atendieron el año anterior, nunca llegó una ambulancia en respuesta a ciertas llamadas de emergencia, debido a que no había ninguna ambulancia con personal disponible en la comunidad ni en localidades vecinas que pudieran asistir.<sup>4</sup>

Al considerar en conjunto los estudios de Maine y Wisconsin, es probable que el problema de garantizar EMS confiables en zonas rurales sea mucho más grave de lo que parece a simple vista. El estudio de Maine analizó la ubicación de los organismos de EMS, mientras que el de Wisconsin examinó si realmente están operativos. Los modelos de dotación de personal no confiables parecen estar dando lugar a nuevas zonas sin acceso oportuno a ambulancias de forma intermitente, donde en ocasiones no hay disponibilidad alguna de EMS.

### Respuesta sostenible de los EMS rurales

Los EMS son un servicio gubernamental utilizado por personas enfermas o lesionadas cuando se encuentran en su momento más vulnerable. Los gobiernos locales, estatales y federales deben priorizar su papel en la prestación de EMS confiables y comprometerse con el desarrollo de fuentes de financiamiento recurrentes suficientes que permitan construir una fuerza laboral sostenible. A nivel local, deben considerarse también medidas de eficiencia de costos a través de la regionalización.

Aunque seguir utilizando trabajo voluntario puede parecer una opción atractiva para los gobiernos locales que intentan equilibrar sus presupuestos, las investigaciones indican que el uso de respondedores voluntarios de EMS incrementa la probabilidad de que el servicio no sea confiable.<sup>4</sup> Los líderes electos deben tener el valor de considerar métodos alternativos de prestación del servicio que garanticen confiabilidad dentro de sus limitaciones financieras. Esto implica enfrentar la resistencia al cambio de los modelos tradicionales de EMS y, posiblemente, cooperar con comunidades cercanas para compartir recursos humanos y financieros. Es probable que las comunidades vecinas estén intentando resolver los mismos desafíos. Soluciones como fusionar dos ambulancias voluntarias en crisis para conformar una sola ambulancia con personal remunerado que atienda a ambas comunidades pueden consolidar la fuerza laboral y reducir el impacto económico que supondría contratar personal propio para cada comunidad. Aunque esta regionalización podría generar zonas sin acceso oportuno a ambulancias debido al aumento del área de cobertura, la mayor confiabilidad del personal remunerado frente al voluntario incrementa la probabilidad de que una ambulancia llegue a una llamada. También debe considerarse que los tiempos de respuesta podrían reducirse gracias a una menor dependencia de la ayuda mutua.

Contar con EMS confiables requiere que las comunidades tomen decisiones difíciles y asignen recursos suficientes a este servicio. Todas las comunidades enfrentan desafíos similares, pero deben encontrar soluciones específicas que funcionen dentro de sus propias capacidades. El colapso de los EMS rurales tiene solución, pero exige que las comunidades dejen de ignorar la crisis de un sistema de respuesta fallido y animen a los líderes electos, tanto a nivel federal como estatal y local, a tomar decisiones valientes que prioricen a los EMS.

### References

1. 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 February 21, 2025. <https://www.hrsa.gov/sites/default/files/hrsa/advisory-committees/rural/access-to-ems-rural-communities.pdf>
2. Lukens J. Recruitment and retention: overcoming the rural EMS dilemma. *The Rural Monitor*. February 7, 2018. Accessed January 2, 2025. <https://www.ruralhealthinfo.org/rural-monitor/ems-recruitment-retention>
3. National Association of Emergency Medical Technicians. 2023 national survey: EMS economic and operational models executive summary. National Association of Emergency Medical Technicians; 2023. Accessed January 2, 2025. [https://www.naemt.org/docs/default-source/ems-data/ems-economic-and-operational-models-survey-02-20-2023-final.pdf?sfvrsn=1fb9f493\\_2](https://www.naemt.org/docs/default-source/ems-data/ems-economic-and-operational-models-survey-02-20-2023-final.pdf?sfvrsn=1fb9f493_2)
4. Wisconsin Office of Rural Health. The reliability of Wisconsin's 911 ambulance response. Wisconsin Office of Rural Health; 2023. Accessed January 2, 2025.

- [https://worh.org/wp-content/uploads/2023/03/EMS-Reliability-Report\\_March2023.pdf](https://worh.org/wp-content/uploads/2023/03/EMS-Reliability-Report_March2023.pdf)
5. Harvey JC. The Emergency Medical Service Systems Act of 1973. *JAMA*. 1974;230(8):1139-1140.
  6. National Highway Traffic Safety Administration. EMS makes a difference: improved clinical outcomes and downstream healthcare savings. A position statement of the National EMS Advisory Council. *Ann Emerg Med*. 2011;57(2):169.
  7. Jonk Y, Wingrove G, Nudell N, McGinnis K. A consensus panel approach to estimating the start-up and annual service costs for rural ambulance agencies. Maine Rural Health Research Center; 2023. Accessed January 2, 2025. <https://digitalcommons.usm.maine.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1016&context=ems>
  8. Meyers S, Paulin GD, Thiel K. Consumer expenditures in 2022. US Bureau of Labor Statistics. December 2023. Accessed February 21, 2025. <https://www.bls.gov/opub/reports/consumer-expenditures/2022/>
  9. Keisler-Starkey K, Bunch LN, Lindstrom RA. Health insurance coverage in the United States: 2022. US Census Bureau; 2023. Accessed January 2, 2025. <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2023/demography/p60-281.pdf>
  10. Finance Committee. EMS funding and reimbursement. National EMS Advisory Council; 2016. Accessed February 27, 2025. [https://www.ems.gov/assets/NEMSAC\\_Final\\_Advisory\\_EMS\\_System\\_Funding\\_Reimbursement.pdf](https://www.ems.gov/assets/NEMSAC_Final_Advisory_EMS_System_Funding_Reimbursement.pdf)
  11. FAIR Health. Ground ambulance services in the United States: a study of private healthcare claims. FAIR Health; 2022. Accessed February 27, 2025. <https://s3.amazonaws.com/media2.fairhealth.org/whitepaper/asset/Ground%20Ambulance%20Services%20in%20the%20United%20States%20-%20A%20FAIR%20Health%20White%20Paper.pdf>
  12. Warden GL, Altman SH, Asplin BR, et al; Institute of Medicine. History and current state of EMS. In: *Emergency Medical Services at the Crossroads*. National Academies Press; 2007:31-72.
  13. Reinert A. The state of our nation's rural EMS system. SafeTech Solutions; 2015. Accessed January 2, 2025. <https://ambulance.org/wp-content/uploads/2015/11/AAA-2015-State-of-our-Nations-Rural-EMS-Systems.pdf>
  14. Kafanov L. Rural ambulance crews are running out of money and volunteers. In some places, the fallout could be nobody responding to a 911 call. *CNN*. May 22, 2021. Accessed February 27, 2025. <https://www.cnn.com/2021/05/22/us/wyoming-pandemic-ems-shortage/index.html>
  15. Watkins A. Rural ambulance crews have run out of money and volunteers. *New York Times*. April 25, 2021. Updated June 23, 2023. Accessed June 6, 2025. <https://www.nytimes.com/2021/04/25/us/rural-ambulance-coronavirus.html>
  16. Rural ambulances on the brink of collapse as funds plummet. *Scripps News*. May 23, 2021. Accessed February 27, 2025. <https://www.scrippsnews.com/politics/health-care/1-in-3-rural-emergency-services-in-danger-of-closing>
  17. McElwee CF. An overlooked crisis. *City Journal*. October 23, 2019. Accessed February 27, 2025. <https://www.city-journal.org/article/an-overlooked-crisis>

18. Lenkowsky L. Americans are volunteering less. What can nonprofits do to bring them back? *The Chronicle of Philanthropy*. February 14, 2023. Accessed February 21, 2025. <https://www.philanthropy.com/article/americans-are-volunteering-less-what-can-nonprofits-do-to-bring-them-back>
19. Cahill J. Mergers, volunteerism, and cost considerations. *Domestic Preparedness*. February 18, 2009. Accessed January 2, 2025. <https://domesticpreparedness.com/articles/mergers-volunteerism-and-cost-considerations>
20. 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 March 25, 2025. <https://digitalcommons.usm.maine.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1013&context=ems>

**James Small, MJA, CPM** es el gerente de extensión para servicios médicos de emergencia (EMS) rurales de la Wisconsin Office of Rural Health de la University of Wisconsin–Madison School of Medicine and Public Health. Antes de ocupar su cargo actual, James trabajó durante más de 30 años como respondedor de emergencias y durante 11 años como administrador municipal de seguridad pública, desempeñándose como jefe del cuerpo de bomberos y jefe de policía. También ha formado parte del Comité de Estudio sobre Bomberos y Voluntarios de EMS del Consejo Legislativo de Wisconsin y ha sido designado por el gobernador para integrar la Junta de EMS de Wisconsin y la Junta de Normas de Cumplimiento de la Ley de Wisconsin.

#### Citation

*AMA J Ethics*. 2025;27(7):E518-524.

#### DOI

10.1001/amajethics.2025.518.

#### Conflict of Interest Disclosure

Contributor 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.*