

## MEDICINA DE EMERGENCIAS EN ESPAÑA: DOCUMENTO BASE

D. Pérez Civantos, J. A. Alvarez Fernández, L. Jiménez de Diego, S. Juárez Alonso,  
M. López Díaz, A. Loste Paño, JR. Luis Yagüe e I. Pérez Torres

Comité Científico de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias

«El día 16 de agosto de 1968, ocho médicos fundaron el American College of Emergency Physicians (ACEP). Veinticinco años después, ACEP es la sociedad científica que ha promovido, activa y eficazmente, Medicina de Emergencias. Hace 25 años, la especialidad de Medicina de Emergencias no existía. Hoy, la Medicina de Emergencias es una especialidad vibrante, con proyección de futuro...».

Robert M. Williams. Presidente del ACEP  
16 de agosto de 1993

### Introducción

Desde sus orígenes, el ser humano ha tratado de ayudar a sus semejantes cuando se producía una situación (enfermedad, accidente, agresión, etc.), que comprometía su vida o su integridad física, existiendo referencias escritas a estos hechos en todas las culturas, atribuidas con frecuencia a fenómenos religiosos o relacionadas con eventos militares. Las primeras actuaciones organizadas en la vida civil que tuvieron por objeto la atención a personas en situación de riesgo vital inminente, parecen remontarse al siglo XVIII, destacando en 1767 el inicio en Amsterdam de la llamada «Sociedad para el rescate de personas ahogadas» o «Sociedad Humana»<sup>1</sup>, cuyo éxito llevó a un rápido desarrollo de experiencias similares en otras ciudades<sup>1,2</sup>.

Mientras en los hospitales se producía una evolución de los conocimientos médicos que permitía abor-

dar el tratamiento de la mayoría de las enfermedades, incluidas muchas de las consideradas hasta entonces como mortales, en el medio extrahospitalario la actuación quedaba limitada a una rápida recogida y transporte de los enfermos o heridos en vehículos sin capacidad alguna para la realización de cuidados. El resultado no podía ser otro que el frecuente fallecimiento de los pacientes durante el traslado al hospital o en los primeros momentos tras la llegada a éste, sin poder beneficiarse de los logros alcanzados por las diferentes especialidades médicas. La recepción de los pacientes en el hospital no solía ser realizada, desgraciadamente, ni en lugares adecuados ni por personal especializado, produciéndose de nuevo frecuentes fallecimientos pese a encontrarse ya el paciente dentro del teóricamente favorable ambiente hospitalario.

Durante el siglo XX los avances científicos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y la aplicación a la vida civil de las técnicas asistenciales y métodos organizativos ensayados en los numerosos y graves conflictos bélicos, condujeron, a finales de los años 60, a la puesta en marcha, casi simultánea en muchos países, de dispositivos destinados a la asistencia cualificada fuera del tradicional recinto hospitalario<sup>3</sup>. Junto a esfuerzos individuales destacados, como el de Pantridge en Belfast<sup>4</sup>, deben mencionarse los modelos organizativos de los Servicios Médicos de Emergencia norteamericanos (Emergency Medical Services)<sup>5</sup> y los Servicios de Ayuda Médica Urgente franceses (Services d'Aide Médicale Urgente)<sup>6</sup>. El «Acta para el desarrollo de los Servicios Médicos de Urgencias» publicado en 1973 por el Congreso de los Estados Unidos de Norteamérica<sup>7</sup>, constituye un documento clave en el que se introduce un concepto que marca la diferencia con los tiempos pasados: la *asistencia integral*.

Corresponsable: Comité Científico de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES).  
C/ Apolonia Morales, 27. 28036 Madrid

El precedente de referencia en España podría situarse en 1964, en que se crean los Servicios de Urgencias extrahospitalarios<sup>8</sup>, denominados *Centros asistenciales y recursos móviles* y *Normales* (sin recursos móviles), si bien los municipios de algunas de las grandes ciudades disponían ya de centros asistenciales, los denominados «dispensarios» o «casas de socorro». En los años ochenta, diferentes profesionales y grupos realizan verdaderos intentos pioneros de organización racional de la asistencia urgente<sup>9-15</sup>, decantándose progresivamente los profesionales por el empleo del término «EMERGENCIAS» para describir aquellas *situaciones en que objetivamente existe un riesgo para la vida o la integridad física de las personas*, diferenciándolo del término «urgencia», mucho más amplio, y desvirtuado progresivamente por diferentes razones ajenas a la lógica asistencial, que han llevado a transformar con frecuencia la asistencia urgente en una mera asistencia fuera del horario administrativo habitual de la atención programada de las diferentes organizaciones.

Las I Jornadas Cívico-Militares de Sanidad (Madrid, 1985), el X Congreso Nacional de Medicina de Urgencia (Sociedad Española de Medicina de Urgencias; Calella, 1986), la Reunión de Estudio sobre Medicina de Urgencias (Salamanca, 1987), el I Congreso Nacional de Medicina de Urgencia Extrahospitalaria (Asociación Regional de Médicos de Urgencia; Murcia 1987) y el XI Congreso Nacional de Medicina de Urgencia (Sociedad Española de Medicina de Urgencias; Almagro, 1987), son algunos de los precedentes inmediatos del nacimiento, a finales de 1987, de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES), aglutinadora de las iniciativas de numerosos profesionales, dedicados a una actividad común, aunque provenientes de orígenes diversos, que se concretó con la celebración de su I Congreso Nacional en 1988, en Palencia<sup>16-18</sup>.

Los fines primordiales de la SEMES, recogidos en el artículo 8.º de sus Estatutos, son: «... *existencia de sistemas de atención a las urgencias/emergencias sanitarias, que den cobertura a toda la población del Territorio Español; velar por la calidad asistencial de todos y cada uno de los elementos que constituyen los mencionados sistemas; promover la difusión de los conocimientos básicos de la medicina de urgencia/emergencia, al resto del personal sanitario y a la población en general; promover la continua formación del personal médico-sanitario de esta disciplina; procurar la investigación en todos estos niveles; y, en general, entender de todos los aspectos relacionados con la aten-*

*ción a las urgencias/emergencias médico-sanitarias y al Transporte Sanitario de Alto Riesgo».*

El ya histórico «Informe del Defensor del Pueblo» de 1988<sup>19</sup>, denunciando el estado de la asistencia médica urgente tanto en el medio hospitalario como extrahospitalario, representó el punto de partida para una nueva fase de la Medicina de Emergencias en España, favoreciendo el inicio de la implantación de dispositivos de asistencia extrahospitalaria y de la remodelación de los servicios de urgencias hospitalarios en diferentes puntos de la geografía<sup>20-25</sup>. La estructura autonómica del Estado español y la distribución de competencias sanitarias derivada de la Ley General de Sanidad de 1985, ha provocado a veces la dispersión de modelos y la duplicidad de recursos; pese a ello, el evidente desarrollo cuantitativo de la Medicina de Emergencias española en los últimos años, y, especialmente, seguirse de un desarrollo cualitativo comparable en los venideros.

La Medicina de Emergencias es hoy una actividad carente de reconocimiento en la Ley de Especialidades Médicas española, pero dotada de un cuerpo doctrinal propio que ha llevado a su reconocimiento como especialidad o «superespecialidad» en otros países<sup>26</sup>. La procedencia diversa de los profesionales dedicados a la Medicina de Emergencias (en el caso de los médicos, predominio de generalistas o de especialistas diversos orígenes, como Medicina Interna, Medicina Intensiva, Medicina Familiar y Comunitaria, Anestesiología y Reanimación, Cirugía, Traumatología, etc.) y la dispersión de la oferta docente ha llevado a diferentes grupos<sup>27-29</sup> a intentar delimitar su contenido y el perfil profesional requerido para desempeñar dicha actividad. En ausencia de un modelo único exportable a cualquier ámbito territorial<sup>30</sup>, la definición de los objetivos y contenidos de la Medicina de Emergencias en España, la unificación de unos componentes comunes, y la delimitación del perfil profesional considerado adecuado para desempeñar dicha actividad, se han convertido en objetivos prioritarios del Comité Científico de la SEMES.

### Definición de la Medicina de Emergencias

La Medicina de Emergencias es una parte de la Medicina que se ocupa de la atención a las urgencias y emergencias médicas, entendiendo por atención el conjunto de las actividades de organización, planificación, administración, prevención, asistencia, formación e investigación.

Seguindo las recomendaciones de diferentes grupos

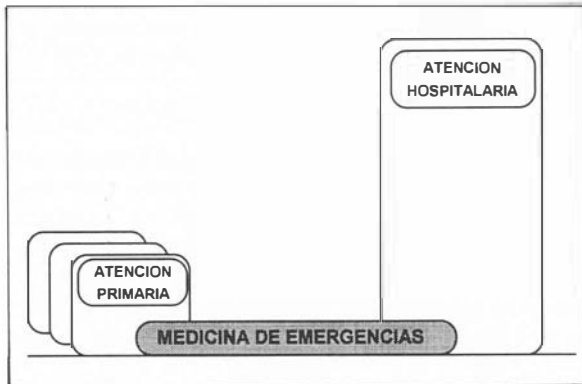


Fig. 1. La Medicina de Emergencias como vínculo horizontal entre niveles asistenciales.

de profesionales<sup>27-29</sup>, definiremos Urgencia Médica como «...toda situación que lleva a solicitar asistencia médica inmediata» y Emergencia Médica como «...aquél tipo de urgencia en el que existe una situación real de peligro inmediato para la vida de una persona o la función de sus órganos».

Las características definitorias de la Medicina de Emergencias son: la brusquedad y gravedad de las situaciones a atender; la necesidad de realizar dicha atención en el menor tiempo posible y en el propio ámbito (extrahospitalario u hospitalario) en el que se produce la demanda de asistencia a la crisis de salud; la existencia de un pronóstico de cantidad y calidad de vida condicionado por la respuesta realizada; unos requerimientos de recursos específicos para la atención en cualquier medio, por hostil que este pueda ser; una necesaria disponibilidad de recursos cualificados, materiales y humanos, todos los días del año durante

las 24 horas del día; y una imprescindible integración de los recursos intervinientes que garantice la continuidad de los cuidados durante las diferentes fases de su aplicación<sup>31</sup>.

Frente al carácter vertical de las especialidades médicas que podríamos denominar «clásicas», la Medicina de Emergencias es una actividad multidisciplinar que se caracteriza por su horizontalidad, tanto organizativa, al servir de puente entre los niveles de atención primaria y de atención hospitalaria (Fig. 1), como doctrinal, al integrar conocimientos y técnicas procedentes de diferentes especialidades (Fig. 2) aplicándolos durante un período de la evolución del proceso: la fase aguda.

La Medicina de Emergencias es practicada de forma organizada en los llamados Servicios de Urgencias o de Emergencias Médicas (extrahospitalarios, hospitalarios o mixtos). Otras posibles denominaciones como «áreas de urgencias», «departamentos de urgencias», «puertas de hospital», «salas de emergencias», «áreas de shock», «cuartos de parada», «cuartos de reanimación», «servicios de asistencia médica urgente», «servicios de UVI móvil», «servicios especiales o normales de urgencia», etc., son desaconsejadas, por responder más a cuestiones organizativas o administrativas de cada institución o empresa, o tratarse simplemente de traducciones literales a nuestro medio de la terminología empleada en algunos países.

La Medicina de Emergencias es practicada por equipos multiprofesionales que incluyen licenciados en Medicina y Cirugía, diplomados universitarios de Enfermería, y personal parasanitario agrupado bajo la denominación genérica de «Técnicos». Los conocimientos, habilidades y actitudes propios del conteni-

CIRUGIA CARDIACA	CIRUGIA TORACICA	NEUROCIRUGIA	TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA ORTOPEDICA	etc...
CIRUGIA GENERAL				
ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION				
MEDICINA DE EMERGENCIAS				
MEDICINA INTENSIVA				
MEDICINA INTERNA				
CARDIOLOGIA	NEUROLOGIA	NEUROLOGIA	REUMATOLOGIA	etc...

Fig. 2. La Medicina de Emergencias centrada en la fase aguda y con carácter multidisciplinar y horizontal en su cuerpo de doctrina.

do de la Medicina de Emergencias, y la característica definitoria de actuación en cualquier medio, confieren un perfil específico a los profesionales dedicados a esta actividad.

### Contenido de la Medicina de Emergencias

La práctica de la Medicina de Emergencias se fundamenta en un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes, específicas para cada colectivo profesional, que constituyen el contenido o cuerpo doctrinal de la actividad. Este contenido se organiza en torno a lo que denominaremos Núcleos Esenciales de la Medicina de Emergencias, que incluyen:

1. Soporte de las funciones vitales.
2. Asistencia a las urgencias y emergencias médicas.
3. Asistencia a víctimas múltiples y en catástrofes.
4. Coordinación y Regulación médica.
5. Formación e Investigación.
6. Organización, Planificación, Prevención y Administración.

Las bases de los conocimientos, habilidades y actitudes del contenido de la Medicina de Emergencias se sitúan en los campos de la Medicina (Anatomía, Fisiología, Fisiopatología, Patología Médica y Quirúrgica, etc.), la Electromedicina, la Bioingeniería, la Psicología, la Sociología, la Medicina Legal y Forense, las Telecomunicaciones, y un largo etcétera que incluye cualquier materia o disciplina que contribuya a una mejor comprensión del proceso de atención a las urgencias y emergencias médicas.

El contenido de la Medicina de Emergencias presenta materias comunes con los de otras disciplinas (Medicina Interna y especialidades médicas, Cirugía General y especialidades quirúrgicas, Traumatología y Cirugía Ortopédica, Medicina Intensiva, Anestesiología y Reanimación, etc.), de cuyos contenidos son extraídos los aspectos específicos de aplicación a la actividad propia de la Medicina de Emergencias; de forma recíproca, la Medicina de Emergencias aporta determinados aspectos de su contenido a la formación genérica del resto de los profesionales no dedicados habitualmente a esta actividad. No es, sin embargo, el conocimiento o habilidad aislados en una o varias de las facetas mencionadas lo definitorio de la Medicina de Emergencias, sino el perfil profesional resultante de la suma de estos y otros conocimientos y habilidades, junto con una actitud integradora de los mismos orientada a la atención a las urgencias y emergencias médicas en cualquier medio.

TABLA I. Principios fundamentales de la asistencia a las urgencias y emergencias médicas (Consejo de Europa, 1990)<sup>27, 30</sup>

1. La asistencia es una acción sanitaria sea quién sea el que administre los cuidados.
2. Los cuidados sanitarios deben ser administrados con rapidez y eficacia, empleando para ello los recursos más adecuados.
3. El abordaje de la asistencia es necesariamente médico, operativo y humano.
4. Un conjunto de reglas de trabajo y protocolos debe definir las responsabilidades de las personas involucradas en la asistencia, debiendo detallarse planes para la coordinación de todos los participantes.
5. El entrenamiento de las personas involucradas en cada nivel de asistencia es el componente fundamental.
6. La asistencia sería incompleta si se olvidara la prevención.

La Medicina de Emergencias comparte áreas funcionales específicas con otras actividades como el Rescate o la Seguridad, debiendo los profesionales dedicados a ellas, poseer unos conocimientos mínimos para los «primeros auxilios» a las urgencias y emergencias médicas más comunes; igualmente, los profesionales dedicados a la Medicina de Emergencias deberán conocer un mínimo de técnicas propias de aquellas actividades (p. ej.: señalización, desincarceración, extracción...), para su realización inmediata, en caso necesario, previa a la disponibilidad de los profesionales especializados en ellas (Bomberos, Policías, etc.)<sup>32</sup>. En cualquier caso deberán ser tenidos en cuenta los llamados «principios fundamentales» recomendados por el Consejo de Europa para la asistencia a las urgencias y emergencias médicas (Tabla I), y muy especialmente el primero en el que se afirma que «...la asistencia a las urgencias y emergencias médicas es una acción sanitaria sea quién sea el que administre los cuidados»<sup>27, 30</sup>.

### Formación en Medicina de Emergencias

Las recomendaciones publicadas en 1990 por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES)<sup>33-35</sup>, han inspirado los contenidos de algunos de los numerosos cursos de formación (doctorados, masters, especialistas universitarios, expertos de enfermería, técnicos de transporte sanitario, etc.) actualmente existentes, pero no han sido seguidos estrictamente en ninguno ellos, por lo que, en la actualidad, no existe un único programa de formación que recoja la totalidad del contenido de la actividad, pese a haber surgi-

do diversos cursos, con diferentes denominaciones, que ofertan formación en aspectos parciales de la misma.

El currículum académico de la Medicina de Emergencias debería comenzar con la enseñanza de sus fundamentos durante los estudios de pregrado de la Licenciatura en Medicina y Cirugía, la Diplomatura Universitaria de Enfermería y la Formación Profesional. Posteriormente, los esfuerzos docentes deberían dirigirse hacia la consecución de un perfil profesional específico para los tres estamentos involucrados (Médicos, Enfermería y Técnicos), articulando los programas formativos en torno a los núcleos esenciales de la actividad.

En ausencia de un único programa docente capaz de ofertar la consecución del perfil profesional específico de la actividad, el Comité Científico de la SEMES ha optado por proponer la certificación de su cualificación a aquellos profesionales que, fruto de su participación en cursos y/o de su experiencia acumulada en la atención a las urgencias y emergencias médicas, hayan conseguido dicho perfil. No se trataría pues de convalidar diplomas, sino de avalar con el nombre de la SEMES a aquellos profesionales que hubieran alcanzado realmente, por las diferentes vías existentes, el grado de cualificación considerado adecuado para el ejercicio de la Medicina de Emergencias.

La SEMES adquiriría así el compromiso de impulsar y defender, en las instancias adecuadas, el que, en ausencia de una especialización reconocida, la certificación en Medicina de Emergencias fuera, en un futuro próximo, el criterio recomendable de contratación de personal para la atención extrahospitalaria u hospitalaria a las urgencias y emergencias médicas.

La obtención del Certificado en Medicina de Emergencias (CME) de la SEMES podría realizarse por certificación directa o mediante la superación de una prueba de evaluación teórica (realizada independientemente por los tres colectivos profesionales representados en la Sociedad).

A semejanza de lo realizado en otros países (p. ej.: EE.UU., Reino Unido) o en Sociedades Científicas supranacionales afines (p. ej.: European Society of Intensive Care Medicine, que incluye médicos provenientes de diversas disciplinas como la Medicina Intensiva, la Cardiología, la Anestesiología y Reanimación, etc.), en la primera convocatoria se podrían realizar, con carácter excepcional, un número de certificaciones directas, exentas de la prueba de evaluación teórica. Dentro de la inevitable subjetividad que conllevaría la asignación de unos criterios mínimos para

dicha certificación directa, se podría optar por la acreditación de una experiencia previa suficiente en la atención extrahospitalaria u hospitalaria a las urgencias y emergencias médicas, y de un currículum suficiente en los distintos aspectos relacionados con la asistencia, docencia, investigación, organización, etc., de la Medicina de Emergencias.

La prueba de certificación estaría basada en los núcleos esenciales de la actividad, y se realizaría con carácter, al menos, anual, coincidiendo con la celebración del Congreso Nacional o de los Congresos Regionales de la SEMES. Para poder presentarse a la prueba de certificación debería ser preceptiva una experiencia previa suficiente como miembro activo de un servicio de urgencias o emergencias médicas acreditado, extrahospitalario u hospitalario. Las certificaciones derivadas de dicha prueba serían incluidas en un «Registro Nacional por estamentos profesionales», que se pondría a disposición de las autoridades sanitarias, y el listado actualizado de los CME de la SEMES sería difundido periódicamente.

### Formación continuada

Los profesionales que realizan la atención a las urgencias y emergencias médicas deben mantener y mejorar sus conocimientos para adaptarse a una actividad en evolución permanente como es la Medicina de Emergencias. Por ello, la Certificación en Medicina de Emergencias de la SEMES debería tener una duración limitada, siendo necesaria la Recertificación periódica, tanto si la certificación se obtuvo en forma directa como mediante la prueba anual de evaluación teórica.

La recertificación en Medicina de Emergencias podría obtenerse mediante la superación de la prueba anual de evaluación teórica para certificación, coincidente con los congresos de la SEMES, o mediante la realización del Programa de Formación Continuada.

El Programa de Formación Continuada de la SEMES estaría orientado hacia la recertificación periódica e incluiría la acreditación periódica (¿cada tres años?) de 150 horas docentes en actividades relacionadas con la Medicina de Emergencias y reconocidas de interés por el Comité Científico de la Sociedad, entre las que se incluirían (Tabla II):

- Realización o impartición de cursos.
- Asistencia a Congresos o Reuniones Científicas.
- Asistencia al Congreso Nacional de la SEMES.
- Publicaciones, Comunicaciones y Ponencias.
- Participación en Comités, Subcomités y Grupos de Trabajo.

TABLA II. Propuesta de acreditación de horas docentes en el Programa de Formación Continuada de la SEMES.

<p><b>Realización o impartición de recursos.</b>          # Acreditación «hora por hora» de cursos reconocidos.</p> <p><b>Asistencia a Congresos o Reuniones Científicas.</b>          # Acreditación «hora por hora» de Congresos y Reuniones reconocidos.</p> <p><b>Asistencia al Congreso Nacional de la SEMES.</b>          # Acreditación de 25 horas.</p> <p><b>Publicaciones, Comunicaciones y Ponencias.</b>          # Acreditación de 10 horas por cada una de ellas.          # Imprescindible la referencia a la condición de CME de la SEMES del autor.</p> <p><b>Participación en Comités, Subcomités y Grupos de Trabajo.</b>          # Acreditación máxima anual de 25 horas.</p> <p><b>Participación activa en el Congreso Nacional de la SEMES</b>          # Acreditación máxima anual de 25 horas.</p>
---

- Participación activa en el Congreso Nacional de la SEMES.

Las actividades que pudieran ser medidas en su duración, como la asistencia a cursos, congresos o reuniones científicas, tendrían una acreditación «hora por hora», con el único requisito de haber sido previamente reconocidas de interés por el Comité Científico de la SEMES, debiendo figurar dicho reconocimiento en lugar visible del programa de la actividad. La asistencia al Congreso Nacional anual de la SEMES tendría reconocida una acreditación de 25 horas.

La realización de publicaciones o la presentación de comunicaciones o ponencias a congresos y reuniones científicas, tendría una acreditación de 10 horas por cada una de ellas. Para ello sería requisito imprescindible que en cada una figurase la Certificación en Medicina de Emergencias de la SEMES (CME) entre las cualificaciones del autor o autores que solicitasen la acreditación.

La participación en Comités, Subcomités o Grupos de Trabajo de la SEMES, o la participación activa como organizador, miembro del Comité Científico, moderador o presidente de una mesa redonda del Congreso Nacional anual de la SEMES, tendrían una acreditación máxima anual de 25 horas.

### Acreditación de Formadores y de Programas de Formación

A través de textos específicos, el Comité Científico de la SEMES divulgará en próximas fechas sus reco-

mendaciones para la formación en cada uno de los núcleos esenciales de la actividad. Entre las propuestas formuladas se incluye que los esfuerzos docentes de la SEMES se dirijan fundamentalmente hacia la «formación de formadores», generándose a tal fin una estructura docente propia, acreditándose para el resto de los casos la actividad descentralizada de grupos formadores en base a la adecuación de sus programas a las recomendaciones de la Sociedad.

Para el reconocimiento de interés y acreditación de un programa de formación por parte de la SEMES, debería ser requisito imprescindible la certificación actualizada en Medicina de Emergencias del director o del codirector del programa. La propuesta de reconocimiento sería remitida al Comité Científico de la SEMES a través de la correspondiente Junta Directiva autonómica (de existir ésta) o directamente. En la propuesta de reconocimiento deberían incluirse el programa completo pormenorizado, la descripción de la metodología docente, el listado del profesorado y su cualificación, el modelo de diploma/certificado previsto, la financiación, etc., según normas concretas que serían divulgadas por el Comité Científico.

Los criterios que se valorarían para el reconocimiento de interés de un programa serían:

- Contenido asimilable a uno o varios de los núcleos esenciales de la Medicina de Emergencias.
- Adaptación del contenido a recomendaciones difundidas por la SEMES.
- Participación como profesores de profesionales con certificación actualizada en Medicina de Emergencias (CME) de la SEMES.
- Cualificación del profesorado en cursos de formación de formadores impartidos o reconocidos de interés por la SEMES.
- Posibles ventajas económicas o prioridades en la selección de alumnos para los miembros de la SEMES.
- Viabilidad del proyecto.

El reconocimiento de un programa docente se seguiría de la asignación del número de horas acreditadas y de su difusión en la revista Emergencias. Anualmente, el Comité Científico de la SEMES difundiría un listado actualizado de los formadores y de los programas acreditados.

### Actividades científicas

El Comité Científico de la SEMES se constituye en el impulsor y catalizador de su actividad científica (Fig. 3), estimulando la participación de los socios mediante la creación de Subcomités monográficos y de Grupos de Trabajo, que generen y divulguen recomen-

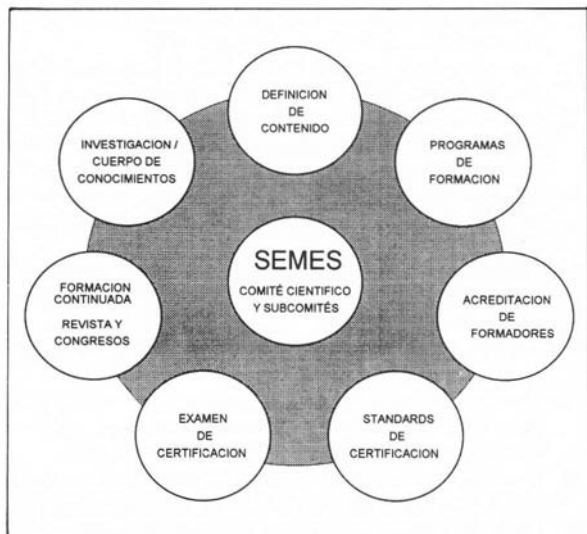


Fig. 3. El Comité Científico de la actividad científica

daciones sobre temas concretos, que serán posteriormente avaladas y difundidas por la Sociedad, y que desarrollen estudios cooperativos y/o multicéntricos sobre aspectos de interés de la Medicina de Emergencias. Los proyectos de investigación, individuales o colectivos, podrán también contar con el apoyo del Comité.

El Congreso Nacional anual y los Congresos y Reuniones de las organizaciones autonómicas se sitúan en el centro de las actividades científicas de la SEMES, considerándose no sólo un punto de encuentro entre profesionales, sino una pieza esencial del Programa de Formación Continuada. Su organización y realización contarán con el apoyo del Comité Científico en lo referente a la adecuación de sus contenidos a los núcleos esenciales de la Medicina de Emergencias.

Otras actividades de carácter científico como Reuniones, Mesas Redondas, Simposios, etc., serán consideradas en su faceta formativa, estando sometido su reconocimiento y acreditación a las normas mencionadas para la acreditación de programas docentes.

La Revista Emergencias es reconocida como el órgano oficial de la SEMES, sin perjuicio del apoyo que la Sociedad pueda prestar a otras publicaciones periódicas. En ella se difundirán las líneas propuestas por las diferentes estructuras de la SEMES para el desarrollo de la Medicina de Emergencias en España. El Comité Científico de la Sociedad mantendrá vínculos estrechos de colaboración con la Redacción de la Revista, cuidando de transmitir a ésta los contenidos y ob-

jetivos de la Medicina de Emergencias, pero preservando al máximo la necesaria independencia del equipo de redactores en lo referente al estilo y a la línea editorial.

### Perspectivas futuras

La Medicina de Emergencias es, sin lugar a dudas, una actividad de futuro. La continuación en la reforma de los Servicios de Urgencias médicas hospitalarios y la extensión a todo el país de los Servicios de Emergencias médicas extrahospitalarios, son algunas de las razones para prever excelentes expectativas para un número elevado de profesionales (médicos, enfermeros y técnicos), que irán progresivamente incorporándose a esta apasionante actividad o que ya vienen desarrollándola desde hace años.

Es tarea de todos los profesionales dedicados a la Medicina de Emergencias, sea cual sea su formación previa y el medio en que desempeñen su actividad, profundizar en el conocimiento de sus fundamentos, investigar nuevas líneas de desarrollo, difundir sus trabajos y, en resumen, contribuir a aumentar el reconocimiento de su actividad y su cuerpo doctrinal. Finalizar el siglo XX con una definición clara de su perfil profesional y con una certificación seria y prestigiada, avalada por la sociedad científica representativa de la Medicina de Emergencias en España (SEMES), puede ser el mejor camino posible para el reconocimiento por las autoridades sanitarias de esta actividad multidisciplinar y para su definitiva consolidación.

### Bibliografía

1. Trier Morch E. History of Mechanical Ventilation. En: Kirby R R, Smith R A, Desautels D A, eds. Mechanical Ventilation. New York: Churchill Livingstone 1985: 1-58.
2. Safar P. History of Cardiopulmonary-Cerebral Resuscitation. En Kay W, Bircher NG, eds. Cardiopulmonary Resuscitation. New York: Churchill Livingstone 1989: 1-53 (Clinics in Critical Care Medicine, vol. 16).
3. WHO Technical Group. Planning and Organization of Emergency Medical Services. Copenhagen: Regional Office for Europe, World Health Organization, 1981. (EURO Reports and Studies; vol 35).
4. Pantridge J F, Geddes J S. A mobile intensive care unit in the management of myocardial infarction. Lancet 1967; II: 271.
5. Rockwood Ch A, Collen M H, Farrington J D, Hampton D P, Motley R E. History of emergency medical services in the United States. J Trauma 1976; 16: 299-308.
6. Sherpereel Ph, Goldstein P, Marson J C. La Medicina de Urgencia en Francia. Evolución y perspectivas de futuro. Emergencias 1992; 4: 78-81.
7. Public Law 93-154. Emergency Medical Service Systems. Act Of 1973. 93rd Congress 1973. 52410.
8. Anónimo. Servicio Especial de Urgencia de la Seguridad Social



- de Madrid: Memoria 1964-1966. Madrid: Servicio Especial de Urgencia, 1967.
9. Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias. Proyecto para un Plan de Asistencia Sanitaria de Urgencia (P.A.S.U.). Madrid: SEMIUC, 1983.
  10. Alvarez C, Hormaechea E, Hernando A, Olavarria L, Puppo A. Sistemas de asistencia médica urgente (SAMU). JANO 1985 Abr 19-30: 19-21.
  11. Hormaechea E. Organización de la asistencia médica de urgencia. Resumen del Plan Regional de Asistencia Médica de Urgencia de Cantabria. Santander: Publicaciones de la Diputación Regional de Cantabria, 1985.
  12. Anónimo. Servicio Contra Incendios y Salvamento de Ciudad Real. Una alternativa para la Seguridad. Madrid: GCI, 1987.
  13. Milla J. Medicina de Urgencia: un tema a debate. Rev Clin Esp 1987; 181: 166-167.
  14. Camp J. Papel de los centros de atención primaria en la descongestión de los hospitales. Med Clin (Barc) 1988; 91: 779-782.
  15. Perales N. Atención prehospitalaria a la cardiopatía isquémica aguda. Importancia de la difusión de la Resucitación Cardiopulmonar. Med Intensiva 1986; 10 (Extra): 3-13.
  16. Rodríguez L A, Hernando A, Ortiz P, eds. Actas de la Reunión de Estudio sobre Medicina de Urgencias. Salamanca: 3-5 de abril, 1985.
  17. Moreno E. Nuevas perspectivas en la asistencia sanitaria a las emergencias. Emergencias 1988; 1: 3-5.
  18. Hernando A. I Congreso Nacional de Medicina y Enfermería de Emergencias. Emergencias 1988; 1: 6-8.
  19. Gil-Robles y Gil-Dlgado A. Informe sobre Servicios de Urgencia del Sistema Sanitario Público. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo, 1988.
  20. Instituto Nacional de la Salud. Plan Director de Urgencias Sanitarias. Madrid: INSALUD-Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988.
  21. Instituto Nacional de la Salud. Plan Director de Urgencias Sanitarias en la Comunidad Autónoma de Madrid. Madrid: INSALUD-Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
  22. Servicio Andaluz de Salud. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de salud, 1991.
  23. Bermejo R, Alvarez J A, Curieses A, Fernández J M, García J, Margalef A. Hacia un Sistema Integral de Urgencias en la Comunidad Autónoma de Madrid. Emergencias 1992; 4: 189-195.
  24. Monset i Castells Ll. Informe sobre el Servicio Coordinador de Urgencias de Barcelona (SCUB/601). Barcelona: Servei Català de la Salut, 1993.
  25. Gerencia de Atenció Primària de Balears. Centro Coordinador de Urgencias. 061-Mallorca. Memoria de inicio de actividades. Palma: INSALUD, 1993.
  26. Anzinger R K. Emergency Medicine: Winning the Revolution. Ann Emerg Med 1990; 19: 90-94.
  27. Co-ordinated medical research programme, 1986. Comparative study of the organisation and functioning of emergency medical assistance services. Strasbourg: Council of Europe, 1990.
  28. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Sanitario Público. Informe de la Subcomisión de Urgencias. Madrid, 1991.
  29. Grupo de Trabajo Interterritorial de Urgencias Médicas Extrahospitalarias. Asistencia extrahospitalaria a las urgencias médicas: documento de consenso. Emergencias 1994; 1 (En prensa).
  30. Alvarez J A. Curso sobre servicios médicos de urgencias. Emergencias 1992; 4: 45-46.
  31. Alted E. Sistemas Integrales de Urgencia. Emergencias 1988; 1: 9-16.
  32. Alvarez J A. Servicios médicos, no cuerpos sanitarios. Diario Médico, 31 de mayo de 1993: 6.
  33. Anónimo. Programa de formación de Médicos en un Sistema de Urgencias. Emergencias 1990; 2: 52-55.
  34. Anónimo. Programa de formación de Enfermería de Emergencias. Emergencias 1990; 2: 105-109.
  35. Anónimo. Programa de formación de Técnicos de Transporte Sanitario. Emergencias 1990; 2: 175-177.