

---

## ¿Hacia dónde caminamos? Urgencias 2030

---

### Where are we going? Emergency care 2030

Ò. Miró

---

#### RESUMEN

En este artículo se realiza un ejercicio de anticipación de lo que la medicina de urgencias y emergencias puede depararnos estas próximas décadas. Se trata de una disquisición en un plano genérico y que se estructura en torno a 10 conceptos básicos que probablemente marcarán el devenir en la práctica médica de esta especialidad. Estos conceptos son:

1. El triunfo de la diversidad.
2. La limitación del consumismo en salud.
3. La claudicación ante la tiranía de lo urgente.
4. La disminución en la asimetría de los conocimientos.
5. El camino hacia la integración de servicios y profesionales.
6. El acercamiento a una planificación suficiente.
7. La consecución de la formación reglada.
8. La consolidación de una medicina de urgencias y emergencias resolutiva y eficiente.
9. La cotidianidad de la transferencia de la información como un signo del nuevo milenio.
10. La profesión de *urgenciólogo* como motivo de orgullo.

**Palabras clave.** Urgencias. Emergencias. Desarrollo profesional. Especialidad.

#### ABSTRACT

This article offers an exercise in anticipating what emergency medicine might provide us with in coming decades. It is a disquisition on a generic level and is structured around 10 basic concepts that will probably mark the future in the practice of this speciality. These concepts are:

1. The triumph of diversity.
2. The limitation of consumerism in health.
3. The surrender to the tyranny of what is urgent.
4. The decrease in the asymmetry of knowledge.
5. The path towards integration of services and professionals.
6. The approach to an adequate platform.
7. The attainment of regulated training.
8. The consolidation of an efficient and analytical accident and emergency medical practice.
9. The everyday character of information transfer as a sign of the new millennium.
10. The profession of emergency as a cause for pride.

**Key words.** Emergency care. Professional development. Speciality.

An. Sist. Sanit. Navar. 2010; 33 (Supl. I): 229-235

---

Área de Urgencias. Hospital Clínic. IDIBAPS.  
Barcelona.

**Correspondencia**  
Dr. Òscar Miró  
Urgències. Hospital Clínic  
Villarroel, 170  
08036 Barcelona.  
E-mail: omiro@clinic.ub.es

## INTRODUCCIÓN

Si nos regimos por lo vivido en los últimos 20 años, no parece que tenga que cambiar mucho lo que hoy conocemos como atención médica urgente durante los próximos 20. Hemos asistido a una evolución lenta e insuficiente y que no ha dado respuesta a las problemáticas más fundamentales que presenta este tipo de prestación sanitaria. El paso de estos años ha impuesto en los servicios de urgencias y emergencias, y a quienes los gestionan, una serie de premisas y condiciones, muchas de ellas forzadas por la necesidad o la premura del momento, que no han permitido ni su desarrollo completo ni su engarce adecuado con el resto de la asistencia médica que se dispensa en el sistema sanitario público español. El lector de esta monografía, antes de llegar hasta aquí, habrá podido apreciar la complejidad de este tipo de asistencia urgente, los intentos por corregir sus principales deficiencias y el camino que aún queda por recorrer.

¿Seguiremos en esta misma línea durante los próximos 20 años o, por el contrario, seremos protagonistas de un cambio sustancial en el concepto, modelo y desarrollo de la medicina de urgencias y emergencias? Personalmente, soy de los que piensan que la medicina de urgencias y emergencias se encuentra instantes antes del *big bang*. Las razones han sido argumentadas previamente<sup>1</sup> y esta percepción es compartida en una u otra medida por otros compañeros<sup>2-4</sup>. En este artículo, que cierra esta monografía, se realiza un ejercicio de anticipación de lo que pueden depararnos estas próximas décadas que, en el fondo, no es más que una invitación a la reflexión conjunta de cuantos trabajamos en este entorno. Será una disquisición en un plano genérico, como no podría ser de otra manera, ya que aproximaciones concretas a 20 años vista son imposibles de establecer. Dado que es difícil seguir un guión argumentativo definido, el artículo se estructura en torno a 10 conceptos básicos.

### 1. El triunfo de la diversidad

España pasó de tener 637.085 extranjeros empadronados en 1998 a 5.268.762

en 2008, lo cual supuso un incremento del 827% en esos 10 años y que estas personas constituyeron el 11,4% del total de la población en 2008<sup>5</sup>. De forma similar, los profesionales sanitarios también han cambiado su procedencia. A modo de ejemplo, el 10,9% de los 27.049 médicos colegiados en el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona en 2007 eran extranjeros<sup>6</sup>. Es probable que estos porcentajes sigan aumentando durante las próximas décadas en tanto en cuanto no se prevé un aumento claro de la natalidad autóctona (en 2008 España aún ocupaba la posición 195 en el mundo en cuanto a tasa de natalidad, que en aquel año fue de 9,87 nacimientos por 1.000 habitantes)<sup>7</sup> ni un aumento sustancial del número de licenciados en medicina y cirugía por parte de las facultades españolas<sup>8,9</sup>. Por un lado, es de esperar que esta nueva población de ciudadanos y profesionales de la salud se integre de forma efectiva y con comportamientos homogéneos en lo que se refiere al uso de servicios sanitarios y, entre ellos, el uso de los servicios de atención médica urgente. Sin embargo, no parece que existan a día de hoy grandes diferencias en este uso que se hace<sup>10</sup> a pesar de lo que en ocasiones se sostiene<sup>11,12</sup>. Por otro, aunque no está claro el número necesario de médicos a formar en las universidades españolas para nutrir el mercado nacional con suficiencia, sí que hay consenso en que en estos momentos se está muy lejos de cubrir las necesidades y que este déficit es más debido a un aporte insuficiente que a una fuga de médicos españoles hacia otros países u otras actividades no asistenciales. Es muy posible que los médicos extranjeros sigan llegando durante años a España, especialmente procedentes de Latinoamérica, y que el primer lugar donde recalen sean los servicios de urgencias y emergencias. Por ello, la interculturalidad va a ser una característica creciente (aunque no nueva) en el colectivo de médicos de urgencias durante las próximas décadas<sup>13</sup>.

### 2. La limitación del consumismo en salud

Aunque el consumismo es un aspecto consustancial a la gratuidad, probable-

mente ésta no justifique a aquél de forma completa. Las sociedades desarrolladas gastan mucho en salud independientemente de su coste. Sin duda, deberemos asistir a un descenso en este aspecto que, quizás, venga ayudado por ciertas medidas coercitivas difíciles de tomar pero necesarias de ejercer si se quiere mantener el actual sistema, como pueda ser el copago por determinados servicios. Entre ellos, uno de los que se debe contemplar es el uso de los servicios de urgencias y emergencias, especialmente en aquellos casos de mal uso o abuso de los mismos. Se sabe que el 30% de consultas a los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) son inadecuadas y que alrededor del 80% son espontáneas sin que haya mediado una consulta médica previa<sup>14</sup>. Las propuestas de copago tienen ventajas e inconvenientes y su implantación no está exenta de dificultades técnicas y, sobre todo, políticas<sup>15</sup>, pero es posible que las veamos las próximas décadas.

### **3. La claudicación ante la tiranía de lo urgente**

La sociedad ha modificado su forma de requerir servicios y se ha vuelto altamente demandante de una prestación rápida. Podemos afirmar que se ha impuesto lo urgente. Y nadie ha sido capaz de corregir esta tendencia, quizás porque de haberlo intentado hubiese fracasado estrepitosa. En este sentido, este giro general en la concepción de las cosas debiera beneficiar a un tipo de actividad, la prestación de asistencia médica urgente, que se caracteriza por su inmediatez. Encajamos perfectamente en esta nueva concepción. Por tanto, es de prever que en los próximos años asistamos a una expansión de la influencia del *urgenciólogo* y su actividad, tanto en la sociedad en general como entre el colectivo médico en particular. Tras largos años de intentar limitar la demanda del ciudadano a determinados servicios, algunos autores ya valoran la posibilidad de que quizás sea el sistema el que deba adaptarse a dar respuesta a sus demandas siguiendo sus preferencias<sup>16-18</sup>. ¿O acaso no han sido las

preferencias del ciudadano las que han determinado la creación de guarderías, centros de día o asilos, estructuras todas ellas inexistentes hace 30 años?

### **4. La disminución en la asimetría de los conocimientos**

La asimetría del conocimiento es una constante en todas las sociedades que nos han precedido. El nivel de conocimiento para una determinada actividad se distribuye de forma asimétrica de manera que cada profesional atesora las claves para el desarrollo de aquélla en beneficio de sus clientes. Y la medicina es un caso palpable. Sin embargo, la actual accesibilidad (en cantidad, rapidez y calidad) a la información ha hecho que esta asimetría se haya reducido de forma espectacular de manera que no es infrecuente que el usuario de servicios médicos en general, o de la atención médica urgente en particular, comente con el profesional cuestiones y planteamientos que hasta la fecha eran impensables. Esto va a verse sin duda incrementado en los próximos años, si bien en nuestro ámbito de trabajo no debiera tener las implicaciones que va a tener en otras áreas del ejercicio de la medicina. Sin embargo, deberá tenerse en cuenta que crecerá la búsqueda por parte de los usuarios del profesional, no ya por sus conocimientos, sino por su capacidad de decisión. Y de la misma manera, el gestor cada vez más apostará por el profesional con capacidad de toma de decisiones y resolución última del problema. Y en este sentido, el *urgenciólogo* cumple sobradamente las expectativas de ambos: usuarios y gestores.

### **5. El camino hacia la integración de servicios y profesionales**

Durante mucho tiempo el protagonismo de determinados colectivos profesionales ha primado sobre las necesidades reales de la población. Pero es necesaria una imbricación entre las diferentes estructuras que forman parte de la asistencia médica urgente, una auténtica coordinación, por-

que el momento de sumar ha llegado<sup>19,20</sup>. El término continuidad asistencial va a tomar cuerpo en el contexto de la urgencia de forma definitiva los próximos años. Y también deben integrarse los profesionales procedentes de diferentes ámbitos académicos. La reciente aceptación de la titulación de técnico de emergencias sanitarias o el cambio de los estudios de enfermería de diplomatura a grado son sólo un par de buenos ejemplos a los que pueden seguir otros. Respecto a este último colectivo, probablemente en los próximos años nos acercaremos a modelos de desarrollo profesional enfermero más cercano al de los países anglosajones, donde la estratificación de la capacidad enfermera en función de su experiencia hacen que en el desempeño laboral habitual en urgencias y emergencias asuman grados de responsabilidad superiores a los que tenemos actualmente en España, del tipo de recetar una determinada farmacopea o visitar y dar de alta a pacientes con ciertas patologías o niveles de gravedad<sup>21,22</sup>. Un ejemplo más de la disminución en la asimetría de conocimientos a la que hacíamos referencia en el punto anterior.

## **6. El acercamiento a una planificación suficiente**

Cuando se abordan reformas estructurales en los servicios de urgencias, es necesario que se planifiquen unas previsiones muy superiores a las necesidades existentes en aquel momento. Ésta es una carencia constante y particularmente dañina en los servicios de urgencias: el dimensionamiento con perspectivas de futuro. Las soluciones a corto plazo crean casi siempre problemas aún mayores a largo plazo<sup>23</sup>. Cuando se tiene la oportunidad de rehacer un servicio de urgencias, en general éste queda pequeño a los pocos años. Se puede argumentar que crecimientos excesivos pueden generar un exceso de demanda no existente hasta entonces. Los servicios de urgencias habrán cambiado la mayoría de ellos durante estos próximos 20 años y el éxito estará en que los cambios hayan tenido en cuenta las ne-

cesidades futuras y no las actuales. Es de esperar que estos cambios se planifiquen en base a un escenario veraz.

## **7. La consecución de la formación reglada**

A día de hoy es tan palpable la ausencia de una formación de pregrado y posgrado reglada en Medicina de Urgencias y Emergencias como lo es su imperiosa necesidad. Por ello, no va a transcurrir mucho tiempo antes que se estructure una enseñanza académica de forma obligatoria, común en las diferentes facultades y con la amplitud que la materia se merece. Una reciente revisión muestra que durante el curso 2008-2009 la asignatura sólo se impartía en 22 de las 29 facultades de medicina españolas, que ésta casi siempre tenía un carácter optativo y que en la mayor parte de los centros su duración era semestral<sup>24</sup>. Aunque el cuerpo doctrinal de la Medicina de Urgencias y Emergencias es transversal y algunos aspectos particulares se tratan en otras asignaturas, la forma de enfocar al paciente con un problema agudo urgente es específica, como lo son otros aspectos relativos al ámbito de la asistencia, como el transporte de pacientes y la asistencia en catástrofes. En este sentido, la *International Federation of Emergency Medicine* ha publicado un temario básico a cubrir por las universidades de todo el mundo con el fin de garantizar que el recién licenciado posea una formación específica en medicina de urgencias y emergencias<sup>25</sup>. Por otro lado, la posibilidad de elegir la Medicina de Urgencias y Emergencias como una de las especialidades de la formación vía MIR, lo cual está previsto que suceda en los próximos meses, va a suponer el encontrarnos, de aquí a 20 años, con un perfil de profesional más homogéneo, que ha elegido la especialidad que le interesa y que desarrolla con plenitud su trayectoria profesional en una estructura y cuerpo de conocimiento para el que ha sido preparado<sup>26</sup>. Desde Europa se han dado pasos decididos en este sentido para dotar de una formación especializada mínima homogénea en todos los países y, entre

ellos, destaca la aprobación del currículo del especialista en medicina de urgencias y emergencias<sup>27</sup>. Para entonces, muchos sistemas de emergencias médicas y SUH gozarán de un elevado porcentaje de estos médicos en sus plantillas, de manera que las mismas gozarán de una estabilidad no conocida hasta ahora, en las que aún existe un elevado porcentaje de profesionales en tránsito. Un reciente estudio en las facultades de medicina catalanas mostraba una buena predisposición de los estudiantes a escoger la especialidad de medicina de urgencias y emergencias en cuanto ésta esté disponible en el sistema MIR<sup>28</sup>.

## **8. La consolidación de una medicina de urgencias y emergencias resolutiva y eficiente**

Ya lo es ahora, pero esta situación irá *in crescendo* durante los próximos años. La necesidad de arbitrar fórmulas a la vez eficaces y eficientes llevará al gestor a acercarse cada vez más a sus servicios de urgencias y a sus profesionales. Sea por convencimiento o sea por necesidad, su plasticidad a la hora de desarrollar cometidos, de optimizar recursos y de tomar decisiones ajustadas a las circunstancias cambiantes y no siempre previsibles de cada momento han hecho del *urgenciólogo* una pieza clave en el entramado asistencial global. Es la válvula de seguridad del sistema mientras que el resto de compañeros descansan (sin duda merecidamente) 128 horas a la semana. Así, sirvan de ejemplo el florecimiento de unidades de observación de urgencias<sup>29,30</sup>, de unidades de corta estancia dependientes de urgencias<sup>31-33</sup>, de circuitos de asistencia preferente<sup>29</sup>, de hospitalización a domicilio<sup>34</sup>, de códigos de activación para patologías donde el factor tiempo es primordial<sup>35</sup> o de centros de urgencias de asistencia primaria<sup>36</sup> para darse cuenta que la mayoría de estas iniciativas están abocadas a su generalización, y especialmente desde la perspectiva de su manejo eficiente<sup>37</sup>. No en balde, el manejo que el *urgenciólogo* realiza de ellas ha demostra-

do ser más eficiente que otras formas más clásicas de manejo de estas unidades.

## **9. La cotidianidad de la transferencia de la información como un signo del nuevo milenio**

La transferencia de la información mediante tecnología digital es una realidad de la que sólo hemos descubierto, a día de hoy, una pequeña parte de sus aplicaciones. La consulta a distancia a especialistas, con transmisión de imágenes o constantes clínicas o registros continuos a tiempo real, el tele-*triage*, las agendas electrónicas con conectividad de telefonía móvil e inalámbrica con acceso a un servidor central hospitalario, la transmisión de imágenes radiológicas más allá del centro de trabajo o incluso del país mediante protocolos específicos de envío de imágenes (que pueden ser valoradas, por ejemplo, durante una guardia nocturna a tiempo real por un radiólogo en un país en el que allí es de día) o la posibilidad de mejorar la calidad de la asistencia urgente en medios especialmente difíciles en ocasiones debido a la limitación de recursos sanitarios como pueden ser el medio rural, penitenciario o militar son sólo unas cuantas de las aplicaciones que, con el desarrollo de la tecnología pertinente y, sobre todo, la adaptación de los profesionales a ella, veremos desarrollarse plenamente durante la próxima década<sup>38</sup>.

## **10. La profesión de *urgenciólogo* como motivo de orgullo**

A día de hoy, los compañeros de otras especialidades se sienten orgullosos de formar parte de un colectivo privilegiado. Es comprensible, pues realizan una labor ímproba en beneficio de sus pacientes en particular y de la sociedad en general. Desafortunadamente, no es nuestro caso a día de hoy. Muchos compañeros huyen (mejor dicho, se les expulsa) de los servicios de urgencias y emergencias hastiados de unas condiciones de trabajo precarias, siempre un escalón por debajo de las de sus compañeros de profesión. Ante los gestores de

nuestros hospitales, demasiado a menudo no merecen ni el mismo trato ni la misma credibilidad. Incluso hay quien se atreve a decir que la especialidad de *urgenciólogo* es un mero tránsito laboral temporal en el que no es ni bueno ni aconsejable, ni para el profesional ni para el sistema, que se prolongue en demasía en el tiempo. No es posible que un médico inicie y finalice su vida laboral en urgencias. Pero como recientemente defendía en un artículo editorial, no creo que sea precisamente la Medicina de Urgencias y Emergencias la que se encuentre en crisis<sup>1</sup>. La situación toca a su fin y, sin duda, este mal aspecto formal es el germen ideal en el que, una vez aprobada la especialidad, florezca una estirpe de médico con una fuerza que no han conocido otras. Experiencias previas en otros países avalan esta afirmación. Por ejemplo, en EE.UU. donde la especialidad cuenta con más de 30 años de historia, en 2009 fue la cuarta especialidad en número de plazas ofertadas y la quinta en número de solicitudes recibidas para iniciar el programa de formación de especialista<sup>39</sup> y, a día de hoy, las sociedades científicas que representan a la especialidad de medicina de urgencias y emergencias en dicho país son de las más influyentes en materia de política sanitaria<sup>40</sup>. No cabe, pues, ninguna duda que en el 2030 los *urgenciólogos* serán un colectivo más entre los muchos colectivos de especialistas médicos que se encuentran orgullosos con el papel que juegan en todo el entramado asistencial dirigido al paciente enfermo.

#### Agradecimientos

El Dr. Òscar Miró disfrutó de una Beca de Intensificación Investigadora del Instituto Carlos III (Ministerio de Sanidad) durante el año 2009. Este trabajo ha sido posible en parte gracias a una ayuda al Grupo de Investigación Consolidada «Urgencias: procesos y patologías» de la Generalitat de Catalunya (SGR 2009-1385).

#### BIBLIOGRAFÍA

1. MIRÓ Ò. La Medicina de urgencias en tiempos de crisis. *Emergencias* 2009; 21: 241-242.

2. VÁZQUEZ LIMA MJ. Crisis y medicina de urgencias y emergencias. *Emergencias* 2009; 21: 476-477.
3. NOGUÉ S. Un editorial psicoterapéutico. *Emergencias* 2009; 21: 477.
4. MIRÓ Ò. Réplica del Director. *Emergencias* 2009; 21: 477-478.
5. Instituto Nacional de Estadística. Principales series de población desde 2008 (accedido el 3-11-2009). Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
6. Gabinet d'estudis col·legials. El COMB presenta el primer estudi que analitza la creixent arribada de metges estrangers. *Servi d'informació col·legial* 2007; 121: 7-10.
7. Index Mundi. España: tasa de natalidad. (accedido el 22/11/2009). Disponible en: [http://www.indexmundi.com/es/espana/tasa\\_de\\_natalidad.html](http://www.indexmundi.com/es/espana/tasa_de_natalidad.html)
8. CARDELLACH F, VILARDELL M. Hacia el perfil de médico que necesita la comunidad. *Med Clin (Barc)* 2006; 127: 136-138.
9. PRADES J. Sanidad urge a abrir las facultades ante la angustiosa falta de médicos (accedido: 22/11/2009). Disponible en: [http://www.redaccionmedica.com/revista\\_prensa/archivo/pais%205-3-1.pdf](http://www.redaccionmedica.com/revista_prensa/archivo/pais%205-3-1.pdf)
10. LÓPEZ RILLO N, EPELDE F. Valoración del uso que hace la población inmigrante de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2010; 22: 109-112.
11. JUNYENT M, MIRÓ Ò, SÁNCHEZ M. Comparación de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios entre la población inmigrante y la población autóctona. *Emergencias* 2006; 18: 232-235.
12. PÉREZ-CIORDIA I, GUILLÉN GRIMA F. Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias en Navarra. Razones que las motivan. *An Sist Sanit Navar* 2009; 32: 371-384.
13. MARTÍNEZ GUEVARA C, GUIU BARRAGÁN E, IBÁÑEZ NOLLA J. Pasado, presente y futuro de la interculturalidad médica en los servicios de urgencias. *Emergencias* 2008; 20: 131-134.
14. SEMPERE-SELVA T, PEIRÓ S, SENDRA P, MARTÍNEZ C, LÓPEZ I. Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors and reasons- an approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med* 2001; 37: 568-579.
15. MORENO MILLÁN E. Ventajas e inconvenientes del copago en la financiación y gestión de la atención sanitaria urgente. *Emergencias* 2007; 19: 32-35.
16. MORENO MILLÁN E. ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda

- social y no a las necesidades de salud? *Emergencias* 2008; 20: 276-284.
17. SÁNCHEZ M. ¿Urgencias inadecuadas u oferta insuficiente? *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 619-620.
  18. MIRÓ Ò. El usuario y su uso de las urgencias. *An Sist Sanit Navar* 2009; 32: 311-316.
  19. GARCÍA BERMEJO P, MÍNGUEZ PLATERO J, RUIZ LÓPEZ JL, MILLÁN SORIA J, TRESCOLI SERRANO C, TARAZONA GINÉS E. Gestión integral del área de urgencias y coordinación con atención primaria: *Emergencias* 2008; 20: 8-14.
  20. JIMÉNEZ S, DE LA RED G, MIRÓ Ò, BRAGULAT E, COLL-VINENT B, SENAR E et al. Efectividad de la incorporación de un médico especialista en medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. *Med Clin (Barc)* 2005; 125: 132-137.
  21. SMALL V. El desarrollo de un rol de práctica avanzada en enfermería de urgencias y emergencias: reflexiones desde la experiencia en Irlanda. *Emergencias* 2010; 22: en prensa.
  22. CARRASCO ÁLVAREZ JP. Roles enfermeros en urgencias en Inglaterra: reflexiones a partir de una experiencia de cinco años. *Emergencias* 2010; 22: en prensa.
  23. MIRÓ Ò, SALGADO E, SÁNCHEZ M. Why are Strategies for Improving ED Effectiveness so Volatile? *J Emerg Med* 2009; 37: 419-420.
  24. COLL-VINENT B, SÁNCHEZ M, NOGUÉ BOU R, MIRÓ Ò. La enseñanza de la Medicina de Urgencias y Emergencias en las facultades de medicina: situación actual. *Emergencias* 2010; 22: 21-27.
  25. HOBGOOD C, ANANTHARAMAN V, BANDIERA G, CAMERON P, HALPERIN P, HOLLIMAN J et al. Federación Internacional de Medicina de Urgencias: Modelo de plan de estudios para la formación de estudiantes de Medicina de Urgencias y Emergencias. *Emergencias* 2009; 21: 451-455.
  26. ÖHLEN G, PETRINO R, VÁZQUEZ LIMA MJ. La formación en Medicina de Urgencias y Emergencias. *Emergencias* 2009; 21: 401-412.
  27. Grupo de trabajo de la EuSEM sobre el plan de estudios aprobado por el Consejo y la Federación de las sociedades de la EuSEM y por el Comité mixto UEMS. Plan Europeo de Estudio de Medicina de Urgencias y Emergencias. *Emergencias* 2009; 21: 456-470.
  28. COLL-VINENT B, TORRES S, SÁNCHEZ A, MIRÓ N, SÁNCHEZ M, MIRÓ Ò. Predisposición de los estudiantes de medicina catalanes a especializarse en Medicina de Urgencias y Emergencias. *Emergencias* 2010; 22: 15-20.
  29. SÁNCHEZ M, SALGADO E, MIRÓ Ò. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencia. *Emergencias* 2008; 20: 48-53.
  30. ALDEA-MOLINA E, GÓMEZ J, ROYO R, RODRIGO G, RIVAS M, LLERA R. Sala de observación de un servicio de urgencias: un lugar adecuado para el manejo del flutter auricular. *Emergencias* 2008; 20: 101-107.
  31. JUAN A, SALAZAR A, ÁLVAREZ A, PÉREZ JR, GARCÍA L, CORBELLÀ X. Effectiveness and safety of an emergency department short-stay unit as an alternative to standard inpatient hospitalisation. *Emerg Med J* 2006; 23: 833-837.
  32. SALAZAR A, JUAN A, BALLBE R, CORBELLÀ X. Emergency short-stay unit as an effective alternative to in-hospital admission for acute chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. *Am J Emerg Med* 2007; 25: 486-487.
  33. GONZÁLEZ-ARMENGOL JJ, FERNÁNDEZ ALONSO C, MARTÍN-SÁNCHEZ FJ, GONZÁLEZ-DEL CASTILLO J, LÓPEZ-FARRÉ A, ELVIRA C et al. Actividad de una unidad de corta estancia en urgencias de un hospital terciario: cuatro años de experiencia. *Emergencias* 2009; 21: 87-94.
  34. SALAZAR A, ESTRADA C, PORTA R, LOLO M, TOMAS S, ALVÁREZ M. Home hospitalization unit: an alternative to standard inpatient hospitalization from the emergency department. *Eur J Emerg Med* 2009; 16: 121-123.
  35. GÓMEZ-ANGELATS E, BRAGULAT E, OBACH V, GÓMEZ-CHOCO M, SÁNCHEZ M, MIRÓ Ò. Resultados alcanzados con la puesta en marcha del circuito «Código ictus» en un gran hospital: papel de urgencias y análisis de la curva de aprendizaje. *Emergencias* 2009; 21: 105-113.
  36. URBANO P. SEMES: los CUAP son buenos dispositivos extrahospitalarios. (accessed: 15/10/2009). Available from: <http://dcccu.foro-gratis.es/board/semes-los-cuap-son-buenos-dispositivos-extrahospitalarios-t2546.html#>
  37. SALAZAR A. ¿Urgenciólogos rentables? *Emergencias* 2009; 21: 83-84.
  38. GONZÁLEZ ARMENGOL JJ, CARRICONDO F, MINGORANCE C, GIL-LOYZAGA P. Telemedicina aplicada a la atención sanitaria urgente: aspectos metodológicos y prácticos. *Emergencias* 2009; 21: 287-294.
  39. National Resident Matching Program and Association of American Medical Colleges. Charting outcomes in the match. Characteristics of applicants who matched to their preferred specialty in the 2009 main residency match. (accedido el 10/03/2010). Disponible en: [www.aamc.org/programs/cim/chartingoutcomes.pdf](http://www.aamc.org/programs/cim/chartingoutcomes.pdf)
  40. FLYNN G. Waiting times in the age of EMTALA: the gulf between private and public/non-profit widens. *Ann Emerg Med* 2006; 47: 261-264.

