

HISTORIA DE LA MEDICINA DE EMERGENCIAS

Valdez Pascual, Savia Adolfo, Aguilera Silvio

- Evolución histórica de la atención de emergencias
 - ✓ La medicina de emergencias en la antigüedad
 - ✓ Desarrollo internacional de la medicina de emergencias
 - ✓ Crecimiento de la demanda y transformación de los sistemas de urgencias
 - ✓ Desarrollo en Argentina y América Latina de la medicina de emergencias
- Desarrollo de la emergentología como especialidad.
- Modelos internacionales de medicina de emergencias.
- Situación actual en América Latina y Argentina.
- Rol del médico emergentólogo dentro del sistema de salud.
- Relación con otras especialidades críticas
- Razones que determinan la necesidad del posgrado
 - ✓ Carga del trauma y necesidad de respuesta especializada
 - ✓ Enfermedades cardiovasculares y atención tiempo-dependiente
 - ✓ Déficits en la formación de grado
 - ✓ Inserción laboral y demanda del sistema de salud
 - ✓ Impacto del posgrado en la calidad del sistema
- Necesidad de formación en medicina ambulatoria y demanda no crítica en los servicios de emergencias
- Historia, evolución y posibles futuras direcciones

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción

La medicina de emergencias constituye en la actualidad un componente esencial de los sistemas de salud, con un rol determinante en la reducción de la morbimortalidad evitable y en la organización de la atención sanitaria. Su desarrollo como especialidad es relativamente reciente si se lo compara con otras disciplinas médicas, sin embargo, sus fundamentos conceptuales y prácticos se remontan a las primeras formas de atención de enfermedades agudas en la historia de la medicina.

El crecimiento sostenido de la demanda, la complejidad creciente de los pacientes, la transición epidemiológica y las dificultades de acceso a otros niveles de atención han transformado a los servicios de urgencias en verdaderos nodos centrales del sistema sanitario. En este contexto, la medicina de emergencias ha evolucionado desde una práctica asistencial no sistematizada hacia una especialidad estructurada, con bases científicas propias, modelos organizacionales definidos y un rol estratégico dentro del sistema de salud.

Antecedentes históricos de la atención de emergencias

El abordaje de las emergencias médicas puede rastrearse hasta la antigüedad, donde diversas prácticas reflejan intentos sistemáticos de tratar condiciones agudas potencialmente letales. En ausencia de conocimientos anatómicos completos, antisepsia o anestesia, los primeros curadores desarrollaron procedimientos basados en la observación y la experiencia.

Entre ellos se destacan la trepanación, utilizada durante siglos con evidencia de supervivencia en múltiples casos, la traqueotomía en situaciones de obstrucción de la vía aérea, y la toracotomía hipocrática, que incluía conceptos de drenaje y control del aire intratorácico que sorprendentemente se mantienen en la práctica actual. Asimismo, la gastrorrafia puede interpretarse no solo como una técnica de sutura, sino como una intervención quirúrgica integral en situaciones de urgencia.

Debe considerarse que en estos períodos prácticamente todas las enfermedades agudas eran potencialmente mortales, por lo que toda situación clínica podía ser interpretada como una emergencia. La evolución de estas prácticas a través de la repetición, la mejora progresiva y su validación empírica constituye uno de los primeros antecedentes de la medicina de emergencias.

Desarrollo internacional de la medicina de emergencias

La medicina de emergencias como especialidad moderna se consolida en la segunda mitad del siglo XX. Hasta fines de la década de 1960, en Estados Unidos, la atención en los servicios de urgencias era realizada de manera no sistematizada por médicos de distintas especialidades —principalmente medicina interna, cardiología, pediatría y medicina familiar— sin formación específica ni organización homogénea.

En 1968 se produce un punto de inflexión cuando un grupo de ocho médicos en Alexandria decide dedicarse exclusivamente a la atención de urgencias, dando origen al American College of Emergency Physicians. Este hecho marca el inicio de la institucionalización de la especialidad.

Durante la década de 1970 se producen avances fundamentales: en 1970 se crea la primera residencia en medicina de emergencias en la Universidad de Cincinnati, en 1972 se establecen vínculos con la medicina crítica para el desarrollo de estándares comunes, y en 1973 se implementa el sistema 911, integrando la respuesta prehospitalaria con el sistema de salud.

El reconocimiento formal de la especialidad se produce en 1979, consolidándose posteriormente con la creación del American Board of Emergency Medicine en 1989. A partir de este momento, la disciplina experimenta un crecimiento sostenido, con expansión de programas formativos, desarrollo de subespecialidades y producción científica creciente.

La medicina de emergencias se caracteriza por su enfoque transversal: no se limita a un órgano o sistema, sino que aborda el espectro completo de condiciones agudas, desde patologías tiempo-dependientes hasta exacerbaciones de enfermedades crónicas. Este enfoque la posiciona como una especialidad de interfaz, con fuerte integración clínica y organizacional.

Crecimiento de la demanda y transformación de los sistemas de urgencias

El aumento de la demanda en los servicios de urgencias constituye un fenómeno global sostenido. En Estados Unidos, las consultas pasaron de aproximadamente 95 millones en 1997 a más de 108 millones en el año 2000, alcanzando cifras superiores a 150 millones en la actualidad.

Este incremento responde a múltiples factores: envejecimiento poblacional, aumento de enfermedades crónicas, limitaciones en el acceso a la atención primaria, y mayor complejidad clínica de los pacientes. Como consecuencia, los servicios de emergencias han evolucionado desde espacios de atención episódica hacia nodos centrales del sistema de salud.

En este contexto, el médico emergentólogo debe estar capacitado para la evaluación, diagnóstico y manejo inicial de cualquier condición aguda, así como para la toma de decisiones en contextos de alta incertidumbre y presión asistencial.

Modelos internacionales de medicina de emergencias

A nivel global se identifican distintos modelos organizativos. El modelo anglosajón, predominante en países como Estados Unidos, Reino Unido, Canadá y Australia, se basa en la presencia de médicos emergentólogos en departamentos hospitalarios, con énfasis en triage, diagnóstico rápido y derivación.

El modelo franco-alemán se caracteriza por una fuerte medicalización del sistema prehospitalario, priorizando la estabilización en el lugar del evento antes del traslado.

En países de ingresos medios y bajos predominan modelos mixtos o fragmentados, con variabilidad en la formación y en la calidad de la atención. Sin embargo, existe consenso en que la formación específica en emergencias mejora los resultados clínicos, la eficiencia y la seguridad del paciente.

Desarrollo en América Latina y Argentina

En América Latina, el desarrollo de la medicina de emergencias ha sido progresivo pero heterogéneo. En Argentina, esta heterogeneidad se expresa en la coexistencia de múltiples modelos formativos y en la ausencia histórica de una estructuración homogénea de la especialidad.

Si bien existen experiencias de residencias, cursos de alta carga horaria y programas académicos impulsados por instituciones como el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, la Asociación Médica Argentina y la Universidad de Buenos Aires, en muchos casos estas iniciativas presentan limitaciones en la supervisión y estandarización de las prácticas.

Diversas sociedades científicas, entre ellas la Sociedad Argentina de Emergencias, la Sociedad Argentina de Patología de Urgencia y Emergencias y la Sociedad Científica de Emergentología de Argentina, han contribuido al desarrollo del área mediante programas de formación y actualización.

El sistema de salud argentino, caracterizado por su fragmentación, posiciona a los servicios de emergencias como puerta de entrada, absorbiendo tanto patología aguda como demanda ambulatoria no resuelta, lo que incrementa la complejidad asistencial.

Rol del médico emergentólogo y relación con otras especialidades

El emergentólogo cumple un rol central como primer contacto en situaciones agudas, responsable de la evaluación inicial, el diagnóstico sindrómico y la estabilización del paciente. Su práctica requiere competencias clínicas amplias, habilidades técnicas y capacidad de toma de decisiones en contextos de incertidumbre.

Además, desempeña funciones organizacionales clave, como la priorización mediante triage, la gestión del flujo de pacientes y la coordinación con otros servicios hospitalarios.

Mantiene una relación estrecha con especialidades como terapia intensiva, cardiología, neurología, cirugía y traumatología, actuando como nexo entre ellas en la atención del paciente crítico.

Razones que determinan la necesidad del posgrado en medicina de emergencias

La medicina de emergencias impacta directamente en la morbimortalidad evitable. Las enfermedades cardiovasculares y el trauma constituyen las principales causas de muerte a nivel global, y comparten su carácter tiempo-dependiente.

El trauma, especialmente en población joven, representa una causa significativa de mortalidad, con un porcentaje importante de muertes potencialmente evitables mediante atención adecuada.

Las enfermedades cardiovasculares requieren intervenciones inmediatas, donde el tiempo determina el pronóstico.

Déficits en la formación de grado e inserción laboral

La enseñanza de emergencias en el grado es frecuentemente fragmentada, distribuida en distintas disciplinas sin integración operativa, lo que dificulta la adquisición de competencias para el manejo real de pacientes.

La práctica no supervisada o insuficientemente supervisada puede favorecer la incorporación de conductas empíricas.

Al mismo tiempo, la emergencia constituye una de las principales salidas laborales para médicos jóvenes, generando una brecha entre formación y práctica.

Medicina ambulatoria y demanda no crítica

Una proporción significativa de las consultas en servicios de emergencias no corresponde a patologías críticas. Este fenómeno ya había sido descrito en Argentina (Valdez, 1997) y ha sido confirmado por estudios internacionales.

Esto posiciona a los servicios de urgencias como puerta de entrada al sistema de salud, especialmente en contextos de dificultad de acceso a la atención primaria.

En este escenario, la formación del emergentólogo debe incluir el manejo de patología ambulatoria, la estratificación de riesgo y la toma de decisiones seguras de alta.

Impacto del posgrado y perspectivas futuras

La formación estructurada mejora la calidad asistencial, optimiza recursos y fortalece la organización del sistema.

La especialidad continúa expandiéndose hacia áreas como medicina de desastres, salud pública, telemedicina y atención de poblaciones vulnerables, consolidando su rol estratégico.

Conclusión

La medicina de emergencias ha evolucionado desde prácticas empíricas hasta convertirse en una especialidad central en los sistemas de salud modernos. Su desarrollo responde a necesidades epidemiológicas, sociales y organizacionales, y su fortalecimiento, especialmente a través de la formación de posgrado, resulta fundamental para mejorar la calidad de atención y reducir la morbimortalidad evitable.

LA MEDICINA DE EMERGENCIAS EN LA ANTIGÜEDAD

En la antigüedad se desarrollaron múltiples métodos para el manejo de emergencias médicas basados en la experiencia, la observación y la experimentación. Algunas técnicas, como la trepanación, se utilizaron durante siglos con evidencia de supervivencia, manteniéndose hasta el siglo XX antes de ser reemplazadas por la craneotomía. La traqueotomía también apareció tempranamente, aunque con uso limitado a obstrucciones de la vía aérea. La toracotomía hipocrática, en cambio, muestra una notable continuidad con prácticas actuales, incluyendo conceptos de drenaje y control del aire intratorácico. Las fuentes antiguas describen incluso el uso de tubos de drenaje y la interpretación del líquido evacuado como indicador pronóstico. Asimismo, la gastrorrafia puede considerarse una técnica quirúrgica completa en situaciones de urgencia. Todo esto se desarrolló sin anestesia moderna, asepsia ni conocimiento microbiológico o anatómico preciso. En este contexto, prácticamente cualquier enfermedad aguda podía representar una emergencia potencialmente mortal. Los antiguos curanderos, impulsados por la necesidad, idearon soluciones innovadoras que fueron perfeccionándose con el tiempo. Estos avances constituyen la base empírica sobre la cual se construyó la medicina moderna (Papavramidou N, 2023).

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

✓ Desarrollo internacional de la medicina de emergencias

La medicina de emergencias como especialidad es relativamente reciente dentro de la historia de la medicina moderna. Hasta fines de la década de 1960, en países como Estados Unidos la atención en los servicios de urgencias era realizada de manera no sistematizada por profesionales de diversas especialidades —principalmente medicina interna,

cardiología, pediatría y medicina familiar— sin formación específica ni estructura organizativa homogénea (Holliman et al., 1994).

Un punto de inflexión se produjo en 1968, cuando un grupo de ocho médicos en Alexandria, Virginia, decidió dedicarse exclusivamente a la atención de urgencias, sentando las bases de la especialidad. Ese mismo año se fundó el American College of Emergency Physicians, institución clave en la consolidación académica, científica y política de la disciplina (Zink, 2006).

Durante la década de 1970 se produjeron avances fundamentales. En 1970 se creó el primer programa formal de residencia en medicina de emergencias en la Universidad de Cincinnati, lo que marcó el inicio de la formación estructurada de especialistas. En 1972 se establecieron colaboraciones con la Society of Critical Care Medicine para definir estándares compartidos en el manejo del paciente crítico. En 1973, la implementación del sistema nacional de emergencias (911) constituyó un hito organizativo en la atención prehospitalaria, integrando la respuesta sanitaria con los sistemas de seguridad pública (Holliman et al., 1994).

El reconocimiento formal de la especialidad se produjo en 1979, cuando la American Board of Medical Specialties aprobó la medicina de emergencias como especialidad primaria. Posteriormente, en 1989, se consolidó su autonomía mediante la creación del American Board of Emergency Medicine (ABEM), otorgándole plena independencia como disciplina médica (Zink, 2006).

Desde entonces, el crecimiento ha sido sostenido. Los programas de residencia —de 3 a 4 años de duración— han formado miles de especialistas, con un ingreso anual que ha superado los mil médicos en diversos períodos. Actualmente, existen más de 200 programas acreditados en Estados Unidos, reflejando la expansión y consolidación de la especialidad (Counselman et al., 2017).

En paralelo, el American College of Emergency Physicians ha desempeñado un rol central en el desarrollo de estándares de práctica, educación continua, políticas sanitarias y producción científica, incluyendo la creación de la revista *Annals of Emergency Medicine*, una de las principales publicaciones de la especialidad a nivel mundial.

✓ **Crecimiento de la demanda y transformación de los sistemas de urgencias**

El aumento de la demanda en los servicios de urgencias es un fenómeno global. En Estados Unidos, por ejemplo, las visitas a los departamentos de emergencia crecieron de aproximadamente 95 millones en 1997 a más de 108 millones en el año 2000, tendencia que se ha mantenido en las décadas siguientes, alcanzando cifras superiores a 150 millones anuales en años recientes (National Center for Health Statistics, 2023).

Este incremento responde a múltiples factores, entre ellos el envejecimiento poblacional, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, las limitaciones en el acceso a la atención primaria y la creciente complejidad clínica de los pacientes (Pines et al., 2011). En este contexto, los servicios de emergencias han evolucionado desde espacios de atención episódica hacia nodos centrales del sistema de salud, con funciones asistenciales, diagnósticas, de triage y de coordinación del cuidado.

Los objetivos formativos de la especialidad reflejan esta complejidad: el médico emergentólogo debe estar capacitado para la evaluación, diagnóstico y manejo inicial de cualquier condición aguda, así como para la toma de decisiones rápidas en contextos de incertidumbre y alta presión asistencial (Counselman et al., 2017).

✓ **Desarrollo en Argentina y América Latina de la medicina de emergencias**

En Argentina, al igual que en otros países de América Latina, el desarrollo de la medicina de emergencias ha sido más heterogéneo y menos sistematizado. Si bien existe evidencia empírica de un aumento sostenido de la demanda en los servicios de guardia — particularmente en hospitales públicos—, la falta de sistemas integrados de información

limita la disponibilidad de datos epidemiológicos precisos (Ministerio de Salud de la Nación, 2019).

El incremento de consultas en los servicios de urgencias en el país puede explicarse por múltiples factores estructurales. Entre ellos se destacan las dificultades en el acceso a la atención ambulatoria, asociadas a desigualdades socioeconómicas, fragmentación del sistema de salud y discontinuidad en la cobertura. Estas condiciones favorecen la consulta tardía, muchas veces en etapas avanzadas de enfermedades crónicas previamente no diagnosticadas o no tratadas oportunamente, lo que incrementa la complejidad de los cuadros atendidos en guardia.

Desde el punto de vista formativo, la especialidad ha tenido un desarrollo irregular. Han existido experiencias de residencias en emergentología —como las impulsadas en el ámbito del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires— así como programas académicos y cursos de alta carga horaria desarrollados por instituciones como el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, la Asociación Médica Argentina y la Universidad de la Asociación de Médicos Municipales. Sin embargo, en muchos casos, estos programas han presentado limitaciones en la supervisión y estandarización de las prácticas clínicas.

Diversas sociedades científicas han contribuido al desarrollo del campo, entre ellas la Sociedad Argentina de Emergencias, la Sociedad Argentina de Patología de Urgencia y Emergencias y la Sociedad Científica de Emergentología de Argentina, así como unidades académicas de la Universidad de Buenos Aires. Estas instituciones han desarrollado cursos de formación y actualización continua, contribuyendo a la profesionalización progresiva del área.

No obstante, persisten desafíos relevantes. Entre ellos se destaca la necesidad de integrar en la formación del emergentólogo contenidos vinculados a la patología ambulatoria prevalente, dado que una proporción significativa de las consultas en los servicios de urgencias corresponde a condiciones no críticas que requieren abordajes clínicos integrales. Asimismo, resulta clave avanzar hacia modelos de formación acreditados, homogéneos y articulados con las necesidades del sistema de salud.

La medicina de emergencias ha evolucionado en pocas décadas desde una práctica informal a una especialidad médica consolidada, con fuerte desarrollo académico y científico a nivel global. Sin embargo, su implementación y consolidación presentan importantes variaciones entre países. En contextos como Argentina, el crecimiento sostenido de la demanda y la complejidad asistencial hacen imprescindible fortalecer la formación, regulación y organización de los servicios de emergencias, en línea con estándares internacionales y adaptados a las particularidades del sistema de salud local.

DESARROLLO DE LA EMERGENTOLOGÍA COMO ESPECIALIDAD

La medicina de emergencias se consolidó como especialidad en la segunda mitad del siglo XX en respuesta a la creciente complejidad de la atención aguda y a la necesidad de contar con profesionales específicamente entrenados para el manejo inicial de pacientes críticos. Como se mencionó previamente, el punto de inflexión se produjo en 1968 en Estados Unidos con la organización de los primeros médicos dedicados exclusivamente a la atención de urgencias y la creación del American College of Emergency Physicians (Zink, 2006).

A partir de allí, la especialidad evolucionó rápidamente mediante tres ejes fundamentales: institucionalización, formación académica y desarrollo científico. La creación de programas de residencia a partir de 1970 permitió estructurar un cuerpo de conocimientos propio, basado en la toma de decisiones en contextos de alta incertidumbre y tiempo crítico. Posteriormente, el reconocimiento formal por parte de la American Board of Medical Specialties en 1979 consolidó su legitimidad dentro del campo médico.

Desde una perspectiva conceptual, la emergentología se define por su orientación transversal: no se limita a un órgano o sistema, sino que aborda el espectro completo de condiciones agudas, desde patologías tiempo-dependientes hasta exacerbaciones de enfermedades crónicas. Este enfoque ha llevado a su consolidación como una especialidad de interfaz, con fuerte integración clínica y organizacional dentro del sistema de salud (Counselman et al., 2017).

En las últimas décadas, el crecimiento ha sido sostenido a nivel global, con expansión de programas de formación, desarrollo de subespecialidades (toxicología, medicina prehospitalaria, medicina de desastres) y creciente producción científica. Este proceso ha posicionado a la medicina de emergencias como un componente esencial de los sistemas sanitarios modernos.

MODELOS INTERNACIONALES DE MEDICINA DE EMERGENCIAS

A nivel global, la organización de la atención de emergencias ha adoptado distintos modelos, condicionados por la estructura de los sistemas de salud, los recursos disponibles y las tradiciones médicas locales. En términos generales, se pueden identificar tres grandes modelos.

El modelo anglosajón, predominante en Estados Unidos, Reino Unido, Canadá y Australia, se caracteriza por la existencia de médicos emergentólogos específicamente formados que trabajan en departamentos de emergencia hospitalarios. Este modelo enfatiza la evaluación rápida, el triage estructurado y la toma de decisiones inicial, con derivación posterior al especialista correspondiente. Además, se articula con sistemas prehospitalarios desarrollados y protocolos estandarizados (IFEM, 2019).

El modelo franco-alemán, presente en países como Francia y Alemania, se basa en una fuerte medicalización del sistema prehospitalario. En este enfoque, médicos con formación en anestesiología o cuidados críticos se desplazan al lugar del evento (modelo “stay and play”), priorizando la estabilización avanzada antes del traslado. Esto contrasta con el modelo anglosajón (“scoop and run”), que privilegia el traslado rápido al hospital (Dick, 2003).

Un tercer modelo, frecuente en países de ingresos medios y bajos, se caracteriza por sistemas mixtos o fragmentados, con menor formalización de la especialidad y variabilidad en la formación. En estos contextos, la atención de emergencias suele estar a cargo de médicos generales o especialistas sin entrenamiento específico, lo que genera heterogeneidad en la calidad de la atención (IFEM, 2019).

Estos modelos no son excluyentes y muchos sistemas actuales combinan elementos de cada uno. Sin embargo, existe consenso internacional en que la presencia de médicos específicamente formados en emergencias mejora los resultados clínicos, la eficiencia del sistema y la seguridad del paciente (Pines et al., 2011).

SITUACIÓN ACTUAL EN AMÉRICA LATINA Y ARGENTINA

En América Latina, el desarrollo de la medicina de emergencias ha sido progresivo pero desigual. Algunos países, como México, Brasil y Chile, han avanzado en la formalización de la especialidad con programas de residencia acreditados y reconocimiento institucional. Sin embargo, en gran parte de la región persisten limitaciones en términos de formación, regulación y recursos (Phillips, 2025).

En Argentina, la situación refleja esta heterogeneidad. Si bien existen iniciativas académicas y societarias relevantes, la especialidad aún no ha alcanzado un grado de estructuración homogéneo a nivel nacional. La formación en emergentología se desarrolla a través de residencias, cursos y programas de capacitación impulsados por diversas

instituciones, entre ellas la Sociedad Argentina de Emergencias, la Sociedad Científica de Emergentología de Argentina, Colegios Médicos y la Universidad de Buenos Aires.

El sistema de salud argentino, caracterizado por su fragmentación en subsistemas público, privado y de seguridad social, condiciona la organización de la atención de emergencias. Los servicios de guardia funcionan como puerta de entrada al sistema, absorbiendo tanto patologías agudas como demandas no resueltas en el nivel ambulatorio. Esto genera sobrecarga asistencial y complejidad creciente, en un contexto de recursos limitados.

A pesar de estos desafíos, se observa una tendencia hacia la profesionalización de la especialidad, con mayor reconocimiento institucional, desarrollo de programas formativos y creciente participación en redes internacionales.

ROL DEL MÉDICO EMERGENTÓLOGO DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD

El médico emergentólogo ocupa un rol estratégico dentro del sistema de salud, actuando como primer punto de contacto en situaciones agudas y como articulador entre distintos niveles de atención. Su función principal es la evaluación rápida, el diagnóstico sindrómico y el manejo inicial de pacientes con condiciones potencialmente graves o tiempo-dependientes.

Este rol implica competencias clínicas amplias, incluyendo la capacidad de manejar patologías cardiovasculares, respiratorias, neurológicas, traumáticas y metabólicas, así como habilidades en procedimientos críticos, toma de decisiones bajo presión y comunicación efectiva con pacientes y equipos interdisciplinarios (Counselman et al., 2017). Además, el emergentólogo desempeña funciones organizacionales clave, como la priorización de la atención mediante sistemas de triage, la gestión del flujo de pacientes y la coordinación con otros servicios hospitalarios. En este sentido, su rol trasciende la atención individual y se extiende a la gestión del sistema en tiempo real.

En sistemas de salud modernos, los servicios de emergencias también cumplen funciones de vigilancia epidemiológica, respuesta ante desastres y contención social, lo que amplía aún más el alcance del rol del emergentólogo.

RELACIÓN CON OTRAS ESPECIALIDADES CRÍTICAS

La medicina de emergencias mantiene una estrecha relación con múltiples especialidades, particularmente aquellas vinculadas al manejo del paciente crítico. Entre ellas se destacan la terapia intensiva, la cardiología, la neurología, la cirugía general, la traumatología y la anestesiología.

Con la medicina intensiva existe una relación de continuidad asistencial: el emergentólogo realiza la estabilización inicial y la identificación de pacientes críticos, mientras que el intensivista asume el manejo prolongado en unidades de cuidados intensivos. Esta interacción requiere protocolos claros y comunicación efectiva para garantizar la continuidad del cuidado.

En el ámbito cardiovascular y neurológico, la atención de emergencias es clave en patologías tiempo-dependientes como el infarto agudo de miocardio y el accidente cerebrovascular, donde la intervención precoz impacta directamente en la morbilidad y mortalidad. Esto ha dado lugar al desarrollo de redes asistenciales específicas (por ejemplo, "código infarto" y "código ACV") que integran distintos niveles del sistema de salud.

Asimismo, la relación con especialidades quirúrgicas es fundamental en el manejo del trauma y otras urgencias quirúrgicas, donde la coordinación rápida entre emergentólogos y cirujanos resulta crítica para la supervivencia del paciente.

En este contexto, la medicina de emergencias se posiciona como una especialidad de integración, que articula saberes y prácticas de múltiples disciplinas en función de un objetivo común: la atención oportuna y eficaz del paciente en situación crítica.

RAZONES QUE DETERMINAN LA NECESIDAD DEL POSGRADO EN MEDICINA DE EMERGENCIAS

La medicina de emergencias se ha consolidado como un componente esencial de los sistemas de salud modernos debido a su impacto directo en la morbilidad evitable. A nivel global, las principales causas de muerte —en particular las enfermedades cardiovasculares y las lesiones traumáticas— comparten una característica común: son altamente tiempo-dependientes y potencialmente modificables mediante intervenciones oportunas y adecuadamente organizadas (GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, 2020).

En este sentido, la comunidad científica y sanitaria reconoce que una proporción significativa de estas muertes ocurre en el período prehospitalario o en las primeras horas de atención, lo que posiciona a la medicina de emergencias como un área crítica tanto en la formación médica como en la organización de los sistemas de atención. La integración de acciones eficientes en Atención Primaria, sistemas prehospitalarios y servicios de emergencias hospitalarios constituye una estrategia clave para reducir la carga de enfermedad y mortalidad prevenible (World Health Organization, 2019).

✓ Carga del trauma y necesidad de respuesta especializada

El trauma representa una de las principales causas de muerte, especialmente en población joven. A nivel mundial, las lesiones por causas externas ocasionan aproximadamente 4,4 millones de muertes anuales, siendo los accidentes de tránsito responsables de cerca de 1,19 millones de estas muertes (World Health Organization, 2023).

En Argentina, los siniestros viales continúan representando una causa significativa de mortalidad. Según la Agencia Nacional de Seguridad Vial, se registran entre 4.000 y 5.000 muertes anuales por esta causa en los últimos años, con una elevada carga de discapacidad asociada (ANSV, 2023). Si se incluyen otras formas de trauma —intencionales y no intencionales—, la carga total de enfermedad es considerablemente mayor.

La evidencia internacional indica que una proporción sustancial de estas muertes es prevenible mediante intervenciones oportunas en el lugar del evento, el transporte adecuado y la atención inicial hospitalaria. Se estima que entre un 20% y un 30% de las muertes por trauma podrían evitarse con sistemas de atención organizados y personal adecuadamente entrenado (MacKenzie et al., 2006).

✓ Enfermedades cardiovasculares y atención tiempo-dependiente

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte a nivel global, con aproximadamente 18 millones de muertes anuales (GBD 2019, 2020). En este grupo, entidades como el infarto agudo de miocardio y el accidente cerebrovascular requieren intervenciones inmediatas, donde minutos u horas pueden determinar la supervivencia y el pronóstico funcional.

La implementación de sistemas organizados de atención —incluyendo educación poblacional en reanimación cardiopulmonar, redes de atención prehospitalaria y protocolos hospitalarios— ha demostrado reducir significativamente la mortalidad (Perkins et al., 2021). En este contexto, la formación específica en emergencias resulta indispensable para garantizar una respuesta eficaz en todos los niveles del sistema.

✓ **Déficits en la formación de grado**

A pesar de la relevancia epidemiológica de las urgencias, la enseñanza de la medicina de emergencias en el grado continúa siendo heterogénea y, en muchos casos, insuficiente. En numerosas facultades, la formación en urgencias no se presenta como un espacio curricular integrado, sino fragmentado en distintas asignaturas (clínica médica, cirugía, pediatría, etc.), lo que dificulta la construcción de un enfoque sindrómico y transversal del paciente agudo.

Esta fragmentación es particularmente evidente en el abordaje del trauma, donde los contenidos se distribuyen en múltiples disciplinas sin una integración operativa centrada en la atención inicial. Como resultado, los estudiantes presentan dificultades para aplicar conocimientos en escenarios reales de urgencia, caracterizados por la necesidad de decisiones rápidas y priorización clínica.

Asimismo, existe una brecha significativa entre la formación teórica y la práctica. En muchos contextos, la experiencia práctica de los estudiantes en servicios de guardia se desarrolla con supervisión variable, lo que puede favorecer la adquisición de conductas empíricas o no basadas en evidencia. Si bien estrategias como el internado anual rotatorio han contribuido a mejorar la supervisión, persisten desafíos en la estandarización de la formación práctica.

✓ **Inserción laboral y demanda del sistema de salud**

El trabajo en servicios de emergencias constituye una de las principales salidas laborales para médicos recientemente graduados en Argentina. Esto incluye tanto la atención en guardias hospitalarias como la participación en sistemas prehospitalarios y unidades móviles de emergencia.

Sin embargo, en un número significativo de casos, estos profesionales no cuentan con formación específica en emergentología, lo que genera un desajuste entre la complejidad de las tareas y las competencias adquiridas. Esta situación no solo impacta en la calidad de la atención, sino también en la seguridad del paciente y del propio profesional.

El crecimiento de la demanda en los servicios de urgencias —observado a nivel global— refuerza la necesidad de contar con recursos humanos capacitados. En este contexto, los programas de posgrado en medicina de emergencias cumplen un rol fundamental, al proporcionar formación sistemática en competencias clínicas, organizacionales y comunicacionales necesarias para el desempeño en escenarios de alta complejidad (IFEM, 2019).

✓ **Impacto del posgrado en la calidad del sistema**

La formación estructurada en medicina de emergencias permite no solo mejorar la atención individual del paciente, sino también fortalecer el sistema de salud en su conjunto. Los profesionales formados en esta área pueden contribuir al diseño e implementación de sistemas de triage, protocolos de atención, programas de educación comunitaria y estrategias de respuesta ante emergencias y desastres.

Asimismo, el desarrollo de la especialidad favorece la articulación entre niveles de atención, optimizando el uso de recursos y mejorando la continuidad del cuidado. En este sentido, la inversión en formación de posgrado en emergentología debe considerarse una estrategia clave de política sanitaria orientada a reducir la morbimortalidad evitable y mejorar la eficiencia del sistema.

NECESIDAD DE FORMACIÓN EN MEDICINA AMBULATORIA Y DEMANDA NO CRÍTICA EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS

Un aspecto frecuentemente subestimado en la formación del médico emergentólogo es la necesidad de competencias en el manejo de patología ambulatoria y de baja a moderada

complejidad. Si bien la medicina de emergencias se asocia clásicamente con el abordaje de condiciones críticas y tiempo-dependientes, la evidencia muestra que una proporción significativa de las consultas en los departamentos de urgencias no corresponde a cuadros graves.

Este fenómeno ha sido reconocido tanto a nivel internacional como en la literatura nacional. En Argentina, ya en la década de 1990 se describía que una parte sustancial de la demanda en los servicios de urgencias estaba constituida por consultas no críticas, muchas de ellas vinculadas a problemas ambulatorios prevalentes y a limitaciones en el acceso al primer nivel de atención, lo que impactaba directamente en la calidad de la atención y en la organización del servicio (Valdez P. *Medicina y Sociedad*. 1997;20:118–129).

Estos hallazgos han sido posteriormente confirmados en distintos sistemas de salud. En Estados Unidos, se estima que entre el 60% y el 80% de las consultas en servicios de emergencias corresponden a condiciones no urgentes o de baja complejidad clínica, incluyendo infecciones leves, dolor inespecífico y reagudizaciones de enfermedades crónicas (National Center for Health Statistics, 2023; Raven et al., 2013). Esta situación refleja el rol de los servicios de emergencias como puerta de entrada al sistema de salud, especialmente en contextos donde existen barreras de acceso a la atención primaria.

En este escenario, limitar la formación del emergentólogo exclusivamente al manejo de situaciones críticas genera una brecha entre las competencias adquiridas y las demandas reales del sistema. Por el contrario, la incorporación de contenidos de medicina ambulatoria —en un nivel básico a intermedio— permite mejorar la calidad de la atención, optimizar la utilización de recursos y reducir derivaciones innecesarias.

El abordaje de estas consultas en el contexto de urgencias requiere, además, habilidades específicas: toma de decisiones en condiciones de incertidumbre, estratificación de riesgo, identificación de signos de alarma y definición de conductas seguras de alta. Estas competencias son fundamentales para garantizar la seguridad del paciente y la eficiencia del sistema (Pines et al., 2011).

Desde una perspectiva sistémica, la adecuada formación en este tipo de situaciones contribuye a mejorar el flujo de pacientes, reducir la sobrecarga de los servicios y fortalecer la continuidad del cuidado. En este sentido, los modelos formativos contemporáneos en medicina de emergencias reconocen explícitamente la necesidad de incluir el manejo de la demanda no crítica como parte integral de la práctica de la especialidad (IFEM, 2019).

En conclusión, la inclusión de formación en medicina ambulatoria y manejo de demanda espontánea no crítica no solo es pertinente, sino esencial para una formación integral del médico emergentólogo, alineada con las necesidades reales de los sistemas de salud.

HISTORIA, EVOLUCIÓN Y POSIBLES FUTURAS DIRECCIONES

Un documento (Huecker. 2022) ofrece una visión general de la historia, evolución y posibles futuras direcciones de la medicina de emergencia, destacando su crecimiento, desafíos y oportunidades de expansión.

Historia y evolución de la medicina de emergencia

- La medicina de emergencia (EM) se consolidó como especialidad en 1979, tras décadas de desarrollo desde sus raíces en la atención a pacientes con movilidad aumentada y necesidades no cubiertas.
- La primera residencia en EM se abrió en Cincinnati en 1970, y en 1979 fue reconocida oficialmente como la 23ª especialidad médica.
- La disciplina ha sido pionera en innovación, enfrentando desafíos como abusos en la gestión y conflictos con intereses comerciales, mientras mantiene un compromiso con la calidad en formación y atención.

- La expansión de subespecialidades ABEM en los 90s y 2000s refleja la diversificación del campo, incluyendo áreas como medicina pediátrica, toxicología, cuidados críticos, medicina deportiva, ultrasonografía, y otras.
- La EM se caracteriza por su enfoque en la exploración y manejo de crisis agudas, abarcando desde pacientes críticos hasta de menor gravedad, con un énfasis en diagnósticos agudos y sistemas de atención eficientes.

Factores que han impulsado su crecimiento

- La mayor complejidad médica, avances tecnológicos, transporte mejorado, especialización del personal, tratamientos efectivos y medicina basada en evidencia han contribuido a su expansión.
- La práctica de EM en más de 50 países demuestra su adaptabilidad y beneficios en resultados en condiciones como paro cardíaco, accidente cerebrovascular, analgesia temprana, atención geriátrica, tratamiento de adicciones y salud mental.

Futuro de la medicina de emergencia

- Se propone ampliar el alcance de la EM, no solo para resolver problemas de fuerza laboral, sino para aprovechar su formación única en áreas como medicina de observación, cuidados críticos, salud pública, medicina de desastres, rural, adicciones, telemedicina, y más.
- La educación y la investigación son pilares clave, con énfasis en formar investigadores y educadores, y en liderar en salud global, prevención, y en la integración de la medicina pública en la práctica clínica.
- La salud pública en la sala de emergencias puede abordar detección de violencia, salud mental, inmunizaciones, y campañas de vacunación, incluyendo COVID-19, con un potencial de impacto amplio.
- La telemedicina, acelerada por la pandemia, ofrece mejoras en acceso y eficiencia, aunque requiere certificaciones específicas y superación de barreras legislativas.
- La gestión administrativa y liderazgo en entornos hospitalarios, con habilidades en flujo de pacientes, tecnología y políticas, posiciona a los EM como líderes en innovación y eficiencia en salud.
- La atención a poblaciones vulnerables, como ancianos, rurales, personas con adicciones o sin hogar, requiere formación especializada y colaboración con otros niveles de atención para reducir desigualdades.
- La colaboración con servicios de emergencia prehospitalaria y la expansión en áreas rurales puede aliviar la escasez de médicos en zonas desatendidas y mejorar la atención en comunidades aisladas.
- La integración de la medicina de observación, hospitalaria y de cuidados críticos, junto con la colaboración con internistas, puede optimizar recursos y reducir congestión hospitalaria.
- La atención en áreas emergentes como medicina de desastres, medicina forense, salud global, y bienestar, refleja la capacidad de la EM para adaptarse y liderar en nuevos frentes.

Desafíos y obstáculos

- La sobreoferta de médicos de emergencia en áreas urbanas contrasta con la escasez en zonas rurales, donde muchas comunidades permanecen desatendidas.
- La expansión de la especialidad enfrenta obstáculos institucionales, económicos y políticos, incluyendo resistencia a cambios en el reconocimiento formal y en la estructura de formación.
- La necesidad de equilibrar la expansión con fundamentos sólidos, evitando que intereses económicos o la sobreoferta laboral distorsionen la misión principal de la disciplina.

Conclusión

- La carrera en EM ofrece un equilibrio entre riesgo, decisión y cuidado compasivo, con potencial para liderar en múltiples áreas de la salud.
- La especialidad debe definirse por la calidad del cuidado y la innovación, no solo por la ubicación física, y requiere recursos adecuados, mejorando la dotación de personal, reembolso y empoderamiento.
- La visión futura implica una EM que se adapte a los cambios sociales, tecnológicos y epidemiológicos, manteniendo su carácter de generalista y su compromiso con la atención integral y la innovación en salud.

Referencias

Agencia Nacional de Seguridad Vial. Informe anual de siniestralidad vial Argentina 2023. Buenos Aires; 2023. <https://chequeado.com/el-explicador/siniestros-viales-durante-2023-murieron-12-personas-por-dia-en-la-argentina/>

Counselman FL, Babu K, Edens MA, Gorgas DL, Hobgood C, Marco CA, Katz E, Rodgers K, Stallings LA, Wadman MC; 2016 EM Model Review Task Force; Beeson MS, Keehbauch JN; American Board of Emergency Medicine. The 2016 Model of the Clinical Practice of Emergency Medicine. *J Emerg Med.* 2017 Jun;52(6):846-849.

Dick WF. Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. *Prehosp Disaster Med.* 2003;18(1):29–35.

GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries. *Lancet.* 2020;396:1204–1222.

Holliman CJ, Wuerz RC, Meador SA. Decrease in medical command errors with use of a "standing orders" protocol system. *Am J Emerg Med.* 1994 May;12(3):279-83.

Huecker MR, Shreffler J, Platt M, O'Brien D, Stanton R, Mulligan T, Thomas J. Emergency Medicine History and Expansion into the Future: A Narrative Review. *West J Emerg Med.* 2022 Apr 4;23(3):418-423.

International EM Core Curriculum and Education Committee for the International Federation for Emergency Medicine. International Federation for Emergency Medicine model curriculum for emergency medicine specialists. *CJEM.* 2011 Mar;13(2):109-21. PMID: 21435317.

MacKenzie EJ, Rivara FP, Jurkovich GJ, et al. A national evaluation of trauma center care. *N Engl J Med.* 2006;354:366–378.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Indicadores básicos Argentina 2019. Buenos Aires; 2019. <https://iris.paho.org/items/2692cd00-1655-4aff-b4f6-5967125f5cd8>

National Center for Health Statistics. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2023 Emergency Department Summary Tables. Hyattsville, MD; 2023. <https://www.cdc.gov/nchs/nhamcs/about/index.html>

Phillips G, Sharma D, O'Reilly G, Romero L, Cameron P. Developing emergency care systems in low-income and middle-income countries: a scoping review to examine the role of leadership and governance. *BMJ Open.* 2025 Dec 19;15(12):e102624

Papavramidou N, Kalogeridou O. *Medical emergencies in antiquity: the background to procedures still in use today* *Emergencias* 2023;35:384-387

Perkins GD, Graesner JT, Semeraro F, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021. *Resuscitation.* 2021;161:1–60.

Pines JM, Hilton JA, Weber EJ, et al. International perspectives on emergency department crowding. *Acad Emerg Med.* 2011;18(12):1358–1370.

Raven MC, Lowe RA, Maselli J, Hsia RY. Comparison of presenting complaint vs discharge diagnosis. *JAMA*. 2013;309(11):1145–1153.

Valdez P, et al. Calidad de atención médica en el departamento de urgencias. *Medicina y Sociedad*. 1997;20:118–129.

World Health Organization. Emergency care systems for universal health coverage. Geneva: WHO; 2019. <https://www.who.int/publications/i/item/WHA72.16>

World Health Organization. Global status report on road safety 2023. Geneva: WHO; 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240086517>

Zink BJ. Anyone, anything, anytime: a history of emergency medicine. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2006. https://www.researchgate.net/publication/246147999_Anyone_Anything_Anytime_A_History_of_Emergency_Medicine_By_Brian_J_Zink_2006_Philadelphia_PA_Mosby-Elsevier_310_pages_4995_hardcover