

INFORME DE LA COMISION TÉCNICA DE FORMACION ESPECIALIZADA EN CIENCIAS DE LA SALUD, SOBRE LA POSIBLE CREACIÓN DE UNA ESPECIALIDAD DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS.-

1º.- ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN HISTORICA

La existencia de personal específicamente dedicado a la urgencia hospitalaria o de “puertas” ha sido, con distintas denominaciones e incluso regimenes jurídicos, una constante en nuestro sistema sanitario según se desprende de la evolución histórica de esta figura profesional:

a) En las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, existían los denominados “Médicos de Guardia” que posteriormente adoptaron la denominación de “Médicos Residentes Asistenciales” con una relación contractual de carácter laboral, al margen por tanto, del Estatuto Jurídico de Personal Médico entonces vigente.

b) Los médicos residentes asistenciales se transformaron por Orden de 7-2-1983, en Médicos de Urgencia Hospitalaria. Dicha Orden regularizó su situación en el Sistema Sanitario, estableciendo su horario y funciones pero sin alterar su régimen laboral si bien se contemplaban como una categoría “a extinguir” ya que las vacantes que se produjeran debían ser amortizadas, lo que de hecho no llegó a producirse del todo.

c) La Orden de 29- 3-1990 que desarrolla el Real Decreto 1206/1989, de 6 de octubre, sobre integración del personal laboral fijo en los regímenes estatutarios de la Seguridad Social, integra a los médicos de urgencia hospitalaria en el Estatuto Jurídico de Personal Médico como “Médicos Jerarquizados de Medicina General” en el hospital en el que prestan servicios.

d) Por Real Decreto 866/2001, de 20 de julio, se crea en el ámbito del entonces INSALUD, es decir en 10 Comunidades Autónomas (Asturias, Aragón, Baleares, Cantabria, Castilla León, Castilla la Mancha, Extremadura, La Rioja, Madrid, Murcia) la categoría estatutaria de “Médicos de Urgencia Hospitalaria” reincorporando la figura citada en la anterior letra b) integrada en el Estatuto Jurídico de Personal Médico de la Seguridad Social.

En la Exposición de Motivos del citado Real Decreto, se justifica la creación de esta categoría “en el notable incremento del número de urgencias atendidas, que hace preciso dotar a los hospitales del Instituto Nacional de la Salud, de unos servicios de urgencia con personal médico específico cuya actividad se desarrolle únicamente en ese ámbito.

El Real Decreto 866/2001, regula de forma pormenorizada las funciones, jornada, régimen retributivo, sistema de selección e integración en las plantillas de la nueva categoría, a quienes vinieran desempeñando las funciones de urgencia hospitalaria como interinos o como “Médicos Jerarquizados de Medicina General” con plaza en propiedad, a los que se ha hecho referencia en la anterior letra c).

Los nuevos médicos de “urgencia hospitalaria”, se configuran como una categoría abierta ya que para el acceso a la misma se requiere, según el artículo 6.2. de dicho Real Decreto, “estar en posesión de cualquier título de médico especialista o de la certificación prevista en el artículo 3 del Real Decreto 853/1993, de 5 de octubre, sobre el ejercicio de las funciones de médico de medicina general en el Sistema Nacional de Salud”, que sustituye al título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria como consecuencia de los derechos adquiridos por los licenciados en medicina anteriores al 1-1-95 (en cumplimiento de las previsiones contenidas en la normativa comunitaria que a partir de dicha fecha, exige una formación específica para el ejercicio de la Medicina General).

e) Posteriormente, la categoría de “Médico de Urgencia Hospitalaria” también se crea en las Comunidades Autónomas de Galicia (Decreto 290/2001 de 31 de octubre), Canarias (Decreto 12/2002, de 13 de febrero) y Comunidad Valenciana (Decreto 148/2002, de 10 de septiembre) con rasgos prácticamente idénticos a la categoría creada por el INSALUD y con la posibilidad de acceso a la misma con cualquier título de especialista.

De lo anteriormente expuesto se desprende que el “Médico de Urgencia Hospitalaria” es una categoría viva implantada en 13 comunidades autónomas, por lo que previsiblemente este colectivo, actualmente integrado por alrededor de 3.200 médicos hospitalarios más entorno a unos 2000 que prestan servicios en dispositivos de emergencias, irá aumentando progresivamente a medida que lo requieran las necesidades organizativas de las comunidades que cuentan con esta figura.

Así mismo, interesa resaltar que, tal como ha puesto de manifiesto el grupo de trabajo al que se refiere el apartado 3º de este informe, alrededor del 50% de los integrantes de este colectivo son médicos generalistas sin especialidad, o con especialidad ajena a la vía MIR (estos profesionales constituyen el germen de los servicios de urgencia) y el resto, médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y en menor número, internistas, intensivistas, anestesistas etc.

2º ANÁLISIS DEL DEBATE SUSCITADO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL SECTOR PROFESIONAL.

A) ENTIDADES DEL SECTOR QUE SE PRONUCIAN A FAVOR DE LA CREACIÓN DE UNA ESPECIALIDAD DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS:

La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) como entidad más representativa de los médicos de urgencia hospitalaria, justifica la creación de la especialidad en base a los siguientes argumentos:

a) La Atención de Urgencias es un nivel de asistencia esencial en un sistema sanitario moderno y debe garantizar una atención de calidad, prestada por profesionales que, específicamente y a tiempo completo, aborden de una manera integral al paciente de tal forma que pueda dar una respuesta inicial a cualquier quebrantamiento brusco de la salud. La continuidad en los cuidados recaerá en otros especialistas hospitalarios (si el paciente es ingresado) o de atención primaria en caso contrario.

b) El paciente acude donde percibe que su problema de salud es atendido con mayor eficacia y calidad, lo que ha determinado el progresivo crecimiento de los servicios de urgencia como consecuencia de la inadecuada respuesta de los servicios de Atención Primaria en este ámbito.

c) La creación de una especialidad de Urgencias y Emergencias, garantizaría la mejora de la atención urgente de una forma uniforme, reglada y avalada institucionalmente desde el mismo momento de la incorporación del profesional a su puesto de trabajo.

d) La creación de una especialidad de Urgencias y Emergencias es posible porque concurren los tres requisitos exigidos para la creación de una especialidad:

- Existencia de un cuerpo doctrinal específico, que no exclusivo, que no se contempla de manera íntegra en ninguna otra especialidad sin que, a este respecto, exista ninguna especialidad que no comparta áreas de conocimiento y de actuación con otras (esta es precisamente la razón de ser de las rotaciones, esenciales en todos los programas formativos).
- Demanda asistencial: 34 millones de usuarios en 2004.
- Existencia de un colectivo que se dedique íntegramente a realizar la actividad que se pretende constituir en especialidad: Los Médicos integrados en la categoría de Urgencias y otros especialistas que de forma estable estén incorporados en dichos servicios.

e) La creación de la especialidad, mejoraría la calidad de la Asistencia ya que estos especialistas se dedicarían vocacional y exclusivamente a este nivel asistencial, lo que supondría un gran avance para nuestro sistema sanitario que debe formar adecuadamente a unos profesionales cuya actuación repercute en la salud de millones de ciudadanos que utilizan los servicios de urgencia hospitalaria.

f) Considera la SEMES que el problema de los médicos de Urgencia no es un problema laboral como se denuncia desde algunos sectores, ya que la categoría de médico de urgencia hospitalaria esta consolidada en un elevado número de Comunidades y la estabilidad de los puestos de trabajo garantizada para el 90% del colectivo a través de la distintas Ofertas Públicas de Empleo –OPES- (solo en el ámbito del antiguo INSALUD han participado más de 600 interinos), por lo que son precisamente las otras especialidades las que tienen intereses laborales ya que utilizan la urgencia como una salida temporal a la precariedad laboral. Por ello son razones asistenciales, científicas y docentes las que, según esta sociedad, aconsejan creación de la especialidad con la finalidad de garantizar la calidad de la asistencia.

Otras Asociaciones del sector que, en principio, apoyarían la creación de la especialidad de Urgencias y Emergencias, siempre que la misma se circunscriba al ámbito hospitalario y a las Emergencias, son: La Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN) y la Sociedad Española de Medicina General (SEMG) que agrupan, mayoritariamente, a Médicos de Familia sin título de especialista o con título obtenido por vías excepcionales distintas a la vía MIR (en estos momentos a través del Real Decreto 1753/1998, de 31 de julio).

B.- ENTIDADES DEL SECTOR QUE SE OPONEN A LA CREACIÓN DE LA ESPECIALIDAD.

Se han manifestado contrarios a la creación de la especialidad de Urgencias y Emergencias:

a) La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) integrada por Especialistas vía MIR, fundamentalmente por considerar que:

- El programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, contempla la Atención a Urgencias como un área competencial específica del médico de familia en cualquier entorno, de tal manera que la formación del médico de familia prevé el aprendizaje del manejo diagnóstico y terapéutico inicial de las urgencias médicas, capacitando para atender a la persona como un todo en su entorno y en cualquier situación, con garantías de calidad científico-médica.
- Considera que el cuerpo de conocimientos de la urgencia, no es exclusivo sino transversal, y que su ámbito de actuación y orientación específica se comparte con muchas especialidades por lo que, a su juicio, la creación de

una especialidad podría incluso llegar a distorsionar el funcionamiento de los servicios sanitarios.

- En los últimos años, la especialidad de MFyC ha formado un número elevado de residentes que han hecho frente a la demanda de estos profesionales en las puertas de los hospitales y en las emergencias, donde prestan servicios un muy considerable número de estos especialistas con excelentes resultados.
- La especialidad de urgencias tiene muy escaso grado de implantación en la Unión Europea (Reino Unido, Irlanda y algunos de los países de nuevo ingreso).
- La creación de la especialidad al margen de los dos niveles de atención del sistema (Atención Primaria y Atención Especializada), limitara los niveles de coordinación entre los mismos, repercutirá negativamente en la atención integral del enfermo y no frenará la tendencia creciente de la población de acudir a los servicios de urgencia, sino que por el contrario puede producir un efecto “llamada”.
- Finalmente, la SEMFYC considera que estando pendiente el desarrollo de la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) cualquier decisión que se adopte al respecto, debe abordarse en el marco de la troncalidad y de la Áreas de Capacitación Especifica, teniendo presente que la filosofía no debe ser compartimentalizar y crear mas especialidades sino “sumar” las existentes, haciéndolas mas permeables y creando pasarelas de comunicación entre ellas.

b) Tampoco ha considerado necesaria la creación de esta especialidad un significativo número de médicos especialistas en Medicina Intensiva que a través de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Cuidados Críticos y Unidades Coronarias, (SEMICYUC) ha estimado que la creación de esta especialidad es contraria a la filosofía de la LOPS y obedecería más a las necesidades de una estructura organizativa concreta, que a los procesos asistenciales centrados en el paciente como eje de la atención, pronunciándose así mismo, sobre las dificultades para determinar el ámbito de actuación (exceptuando las urgencias hospitalarias generales y los sistemas de emergencias extra-hospitalarios) de la nueva especialidad y el, a su juicio, innecesario encorsetamiento de estos profesionales en una actividad penosa y estresante, cuando sería mas lógico recurrir a la configuración de un Área de Capacitación Especifica que permitiera el retorno a la especialidad de origen, o incluso, transformar la especialidad de Cuidados Intensivos en “Medicina Intensiva y de Urgencias”.

c) Por su parte la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), también se ha manifestado en contra de la creación de una Especialidad de Urgencias y

Emergencias, considerando mas adecuado la creación de un Área de Capacitación Especifica postura que, a su juicio, no solamente apoyan las especialidades citadas anteriormente, sino otras que todavía no han hecho pública su postura

d) Finalmente, también se ha pronunciado al respecto, el Consejo Nacional de Especialidades Médicas que aun cuando se trata de un órgano asesor de los Ministerios de Sanidad y Consumo y Educación y Ciencia (en activo hasta tanto se constituya el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud al que se refiere el artículo 30 de la LOPS), es también por su composición, un órgano representativo del sentir profesional de las especialidades médicas ya establecidas, manteniendo tradicionalmente dicho Consejo, una posición contraria a la creación de una nueva especialidad por estimar que las Urgencias y Emergencias tienen un ámbito de actuación estrechamente relacionado con muy diversas especialidades lo que determina que, como máximo, pueda configurarse como un Área de Capacitación Especifica (artículo 24 de la LOPS) a la que podría accederse desde las especialidades mas directamente relacionadas con dicho medio, como las de Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Intensiva, Cirugía General, etc.

Asimismo, dicho Consejo ha considerado mas lógico promover que el colectivo de médicos de urgencia obtengan el título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, a través del sistema excepcional de acceso al mismo regulado por el Real Decreto 1753/1988, antes citado, incorporándolo así, al colectivo profesional de Médicos de Familia.

3º.- LA POSICIÓN DE LAS DISTINTAS ADMINISTRACIONES SANITARIAS.

Especial importancia tiene en este contexto, el posicionamiento de las distintas administraciones sanitarias, como responsables de las políticas que se llevan a cabo en el Sistema Nacional de Salud y como garantes de una prestación asistencial de calidad en el ámbito de las urgencias.

A este respecto, la Comisión Técnica de Formación Especializada en Ciencias de la Salud, en la que están representadas todas las Consejerías de Sanidad/Salud, en su reunión del día 10 de marzo de 2005, acordó la creación de un grupo de trabajo específico que abordase la necesidad, oportunidad y conveniencia de crear la Especialidad de Urgencias y Emergencias como estrategia para la formación-capacitación de los facultativos que asisten las urgencias y emergencias en el Sistema Nacional de Salud, independientemente de la configuración específica que dichos servicios adquieran en las comunidades autónomas en el ejercicio de las competencias que les corresponden a cada una de ellas.

Forman parte de dicho grupo de trabajo (que ha tenido cuatro reuniones formales y numerosos contactos informales) representantes de los Ministerios de Sanidad y Consumo y Educación y Ciencia, así como de las Comunidades

Autónomas de Andalucía, Cataluña, Canarias, Castilla León, Castilla la Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, La Rioja, Madrid y Navarra.

El grupo de trabajo ha realizado una aproximación, analizando las ventajas e inconvenientes, a las distintas posibilidades formativas que le brinda la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) y otras normas, como las derivadas del Espacio Europeo de Educación que regulan la formación especializada de carácter universitario.

Ha existido en el grupo un consenso relativo a que la actividad en el ámbito de las urgencias-emergencias, precisa poseer y acreditar determinadas capacidades que integran lo que se ha dado en llamar un cuerpo de doctrina o área de conocimientos y habilidades técnicas que, aún no siendo en su mayoría exclusivas sino transversales a otras especialidades, si precisan de una orientación y forma de actuación específicas.

En este contexto, el grupo de trabajo ha analizado las siguientes posibilidades:

- Formación y/o capacitación complementaria de los profesionales existentes:

Ya sea, a través de una formación universitaria de posgrado (Master) al amparo de las previsiones contenidas en el Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios de posgrado a través, por tanto, de una formación académica reglada en medicina de urgencias, ya sea, a través de los diplomas de “acreditación” y de “acreditación avanzada” que se prevén en el artículo 36 de la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias, en el ámbito de la formación continuada.

El grupo de trabajo ha considerado que ambos métodos pueden ser útiles para la formación continuada y el reciclaje, e incluso valorables como mérito, pero no garantizan un sistema de formación estable y adaptable a las necesidades del sistema sanitario en cada momento.

- Configuración de la Urgencia como un Área de Capacitación Específica en los términos previstos en el artículo 24 de la LOPS:

El grupo de trabajo ha valorado que si bien la creación de un Área de Capacitación Específica (ACE) a partir de las especialidades ya existentes, tendría indudables ventajas porque daría flexibilidad y permeabilidad al sistema de especialidades, permitiendo el retorno a la de origen, tiene el inconveniente de su dilatación en el tiempo (la LOPS requiere un ejercicio previo en la especialidad de 5 años por lo que la incorporación no se produciría antes de los 10 o 12 años desde la terminación de la carrera) lo que no parece una edad apropiada para acceder a una plaza de urgencias, ni

se compagina tampoco, con la configuración de las ACE como supere-especializaciones (característica que no reúne la atención de urgencias).

- Ampliación de la formación en urgencias en algunas especialidades ya existentes:

Se trataría de incorporar o, en su caso, incrementar, las áreas formativas en urgencias y emergencias en las especialidades existentes.

Esta opción tendría la ventaja de que no aumentaría el número de especialidades médicas, no se configuraría como una especialidad y ampliaría las expectativas de trabajo de los profesionales. Los inconvenientes de esta opción serían un incremento excesivo de los contenidos docentes de las especialidades afectadas y un debate sobre cuales de ellas deberían incorporarse a este proceso.

Una variante de esta posición sería la de generalizar rotaciones transversales para facilitar que todos los residentes tuvieran una formación específica en urgencias, con un mayor o menor nivel de intensidad, según un mapa de competencias previamente aprobado, lo que redundaría en una capacitación generalizada de la mayoría de los profesionales sin crear compartimentos estancos.

Sin perjuicio de valorar positivamente la existencia de rotaciones transversales no solo en urgencias sino en otras materias (como ya ocurre en Protección Radiológica o en Atención Primaria) que propicien el acercamiento entre los distintos niveles asistenciales, cabe cuestionarse sin embargo, si con la ampliación de la formación transversal se posibilitaría el grado de capacitación que se corresponde con los niveles de calidad y eficacia que actualmente requieren los Servicios de Urgencia.

- Creación de una especialidad de Urgencias y Emergencias como una más de las que actualmente vienen relacionadas en el anexo del Real Decreto 127/1984:

Tendría la ventaja de que existiría una formación objetiva, reglada, tutelada y común en todo el Estado, según las pautas del sistema MIR, favoreciendo una mayor estabilidad en las plantillas.

Existiría el inconveniente de que se incrementaría el número de especialidades, (alejándose de la línea aconsejada por la Unión Europea), se produciría un cierto grado de rigidez en el sistema e inevitables puntos de fricción con otras especialidades que ya vienen prestando servicios en esta área como, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna o Medicina

Intensiva. Por otra parte, está posibilidad requeriría una red de unidades docentes que no se improvisa y requiere cierto tiempo para consolidarse.

- Inscribir la formación en Urgencias en un área troncal relacionada con otras especialidades.

Esta posibilidad se inscribiría en el marco de las previsiones contenidas en el artículo 19. 2 de la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias que determina que “las especialidades en Ciencias de la Salud, se agruparan, cuando ello proceda, atendiendo a criterios de troncalidad. Las especialidades del mismo tronco tendrán un periodo de formación común de una duración mínima de dos años”.

Es esta la posibilidad la que ha resultado más atractiva a los integrantes del grupo de trabajo por considerar que sería la solución más integradora y la que suscita un mayor grado de consenso, siendo esta la razón por lo que va a ser objeto de un análisis específico en el apartado siguiente de este informe.

Así mismo, interesa resaltar que del estudio de las distintas posibilidades formativas antes citadas y del análisis de los elementos que configuran la urgencia como una forma especial de asistencia a las patologías sobrevenidas y de temporalidad, el grupo de trabajo de la Comisión Técnica de Formación Especializada en Ciencias de la Salud, ha extraído

Tres conclusiones y una recomendación:

- a) La atención sanitaria de urgencias precisa de profesionales con un conjunto de conocimientos y habilidades técnicas que aún siendo en su mayoría transversales a otras especialidades, requieren una orientación y forma de actuación específicas y, por tanto, precisan de acreditación.
- b) Existen especialidades que por su transversalidad curricular y su perfil de competencias, se aproximan más que otras a este cuerpo de capacidades necesarias aunque ninguna de ellas garantiza actualmente al 100% un adecuado desempeño en este campo. Por este motivo se considera necesaria, al menos, una formación complementaria que debe ser alcanzada a través de algún sistema de regulación/normalización de la formación y/o acreditación con carácter previo al acceso/desempeño de un puesto de trabajo en urgencias.
- c) Paralelamente con lo anterior, se considera oportuno contemplar el establecimiento de algún sistema de reconocimiento de los profesionales que actualmente desempeñan estas tareas en los distintos dispositivos de urgencias.

- d) Por ello, los miembros del grupo de trabajo recomiendan y proponen como solución integradora de mayor consenso, la de explorar una especialización en Medicina de Urgencias a partir del desarrollo troncal de la especialidad. Así, el desarrollo desde un tronco común con las especialidades más transversales: Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria y/o Medicina Intensiva, etc., podría proporcionar mayor flexibilidad, permitiendo encauzar al mismo tiempo la sistemática reivindicación del colectivo de Medicina de Urgencias respecto al reconocimiento de su cualificación profesional, reconocimiento que para aquellos que no dispongan de titulación en alguna de las especialidades del tronco, podría articularse a través de una vía extraordinaria de acreditación de la competencia.

4º.- LA CONFIGURACIÓN DE LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS COMO UNA ESPECIALIDAD DE CARÁCTER TRONCAL.

Como se ha visto antes, la troncalidad, que es uno de los aspectos más innovadores de la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias, implica la agrupación de tramos comunes de formación para las especialidades que derivan de un mismo tronco.

Detrás de la troncalidad se encuentran importantísimas cuestiones vinculadas a la filosofía del diseño efectuado por la citada Ley como son: la flexibilidad del propio sistema formativo, la creación de pasarelas entre las distintas especialidades con vistas a la reespecialización, una nueva configuración de los programas formativos, de la prueba MIR etc., todo ello con la finalidad última de consolidar la cultura de la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad como uno de los principios rectores del sistema al que la LOPS se refiere en su artículo 4.7. e).

El abordaje de la cualificación en Urgencias y Emergencias a través de una especialidad troncal y por lo tanto su inserción en un tronco formativo común de dos años junto a especialidades con las que comparte un alto grado de conocimientos, no es sino el inicio de un proceso que tarde o temprano afectará a un elevado número de especialidades y que se acabará imponiendo en nuestro sistema de formación de especialistas.

Este proceso permitiría no solo el cumplimiento de los objetivos anteriormente citados y en definitiva su adecuación al modelo diseñado por la LOPS, sino también el acercamiento entre las especialidades implicadas que, a través del dialogo, tienen que llegar a pactos sobre lo que les acerca y también sobre lo que les diferencia ya que la experiencia nos enseña que cuando los profesionales hablan entre ellos es más fácil superar las tensiones y actuar por encima de protagonismos e intereses de grupo, a fin de alcanzar acuerdos beneficiosos para todo el sistema sanitario.

No cabe duda de que este es el momento adecuado para plantearse la formación troncal en urgencias sobre todo si se tiene en cuenta, que en la reunión de la Comisión Técnica de Formación Especializada en Ciencias de la Salud celebrada el 6 de febrero de 2006, todas las administraciones sanitarias valoraron muy positivamente la iniciativa del Ministerio de Sanidad y Consumo de abordar, una vez encauzado el proyecto de Real Decreto por el que se regula la relación laboral de carácter especial de residencia, la elaboración de una nueva iniciativa normativa que regulase los aspectos formativos del sistema MIR, entre los que desde luego se encuentra la incorporación progresiva de la troncalidad, tal como se anticipó en el documento presentado en dicha reunión sobre las líneas esenciales del citado proyecto (se adjunta copia).

Ciñéndonos en estos momentos al tema que nos ocupa, se considera que las pautas esenciales para abordar la creación de una especialidad troncal en urgencias y emergencias se centrarían, fundamentalmente, en los siguientes aspectos:

- La formación troncal en urgencias implicaría también la progresiva apertura de la formación troncal en las demás especialidades integradas en el tronco, de tal forma que concluida la formación en un tronco el interesado pudiera optar por continuar la formación específica para obtener el título de especialista de la plaza en formación que le ha permitido acceder a dicho tronco, o cursar la formación específica de otra de las especialidades incluidas en el tronco, tras la obtención de plaza formativa en una nueva prueba selectiva.
- El resultado final del seguimiento de una formación troncal, debe conducir a la obtención de un título de especialista que tendrá el mismo valor profesional y formativo que si la formación se hubiera cursado siguiendo un programa clásico, es decir, la troncalidad implicaría un cambio en los itinerarios formativos pero no debe alterar el resultado final del proceso por lo que el título tendría el mismo valor cualquiera que sea el sistema formativo elegido, lo cual no deja de tener importancia si se piensa que la introducción progresiva de la troncalidad implicará la coexistencia de los dos sistemas así como un inevitable periodo de adaptación.

Parece importante reflexionar a este respecto, sobre el alto grado de atomización de nuestro sistema (mas de 2.800 unidades docentes distribuidas en todo el territorio del estado y en hospitales de la más diversa identidad), que según las características de los troncos que se creen pueden suponer importantes cambios estructurales en la configuración de las unidades docentes existentes.

- La implantación de la troncalidad implicaría asimismo, la aprobación de programas formativos de carácter troncal (respecto a los troncos que progresivamente se fueran creando) en los términos previstos en el artículo

21.3 de la LOPS que requiere la intervención de todas las Comisiones Nacionales implicadas, lo que se plasmaría en un programa común de tronco y en tantos programas específicos (de duración diversa) como especialidades formen parte del tronco.

- La implantación de la especialidad troncal de urgencia debería ser pareja a la posibilidad de reespecialización para los que ya tienen el título de una de las especialidades que integran el tronco, cursando solo la formación específica de la nueva especialidad.

La reespecialización dentro del mismo tronco, puede ser un elemento importante para alcanzar un nivel de consenso entre las especialidades implicadas ya que todas ellas tendrían la posibilidad de ampliar sus horizontes profesionales.

- Así mismo, habría que iniciar con los colectivos implicados, qué especialidades integrarían el tronco en el que estuviera presente la nueva especialidad de Urgencias y Emergencias, ya que en esta primera etapa de implantación progresiva de la troncalidad se trataría de que los troncos estuvieran muy bien definidos y probablemente no excesivamente grandes.

CONCLUSIONES

Primera.- El peso creciente en los últimos años de los servicios hospitalarios de urgencias es un hecho que constatan las administraciones sanitarias, por lo que se considera aconsejable la adopción de medidas destinadas a modular la demanda en dichos servicios fundamentalmente, a través de la mejora real del primer nivel asistencial.

Segunda.- La importancia adquirida por los servicios de urgencias requiere unos niveles de calidad en la asistencia que determinan por un lado, la necesaria adquisición y desarrollo de las competencias específicas y estándar de los profesionales que la llevan a cabo y por otro, un cierto nivel de estabilidad en las plantillas que se compagina mal con la tendencia, que se viene observando, de utilizar los puestos de trabajo en dichos servicios como “una estancia puente” hasta que el especialista encuentra un puesto de trabajo más vinculado a su especialidad de origen.

Tercera.- No obstante lo anterior, la creación de una nueva especialidad no se opone al carácter multiprofesional de los servicios hospitalarios de urgencias en los que la presencia de plazas de dichos especialistas no debe impedir la de otras especialidades, más o menos estables, según las necesidades organizativas y configuración específica de cada Servicio.

A este respecto, el carácter multidisciplinar de los servicios de Urgencia debería ser un factor y un elemento superador de la tradicional identificación entre servicio asistencial y una concreta especialidad, por lo que tal carácter multidisciplinar, mucho mas acorde con la filosofía de la LOPS, debería suponer, como se ha dicho antes, la presencia en los servicios de Urgencia de distintos especialistas: médicos de familia, Internistas, Intensivistas u otros, que pondrían de manifiesto la necesaria relación de los Servicios de Urgencia con los dos niveles de Atención: el de Atención Especializada a través del hospital en el que dicho servicio se inserta y el de Atención Primaria a través de la correspondiente Área de Salud.

Cuarta.- La configuración actual de la categoría de médico de urgencia abierta a cualquier especialista, parece contradecir la tendencia actual de que el ejercicio de dicha actividad, se configure o no como una especialidad, requiere un entrenamiento y aprendizaje específicos en los mismos términos que en las demás especialidades, no pareciendo razonable que por ejemplo un Especialista en Hidrología o en Anatomía Patológica, este al menos en teoría, en las mismas condiciones de partida para acceder a esta categoría que los especialistas en Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria, Intensivistas u otros, mas vinculados por su formación con los servicios de urgencias y emergencias.

Quinta.- La posible creación de una especialidad de Urgencias y Emergencias de carácter troncal se ajustaría al modelo de formación sanitaria especializada diseñado por la LOPS siempre que dicha opción se acompañara de medidas que permitan la creación de pasarelas entre las especialidades que integren el tronco.

Por ello, se considera viable que en el marco del proyecto normativo que abordaría la regulación de los aspectos formativos del sistema de residencia, se profundice en esta vía, iniciando paralelamente un proceso de dialogo con las Comisiones Nacionales de las especialidades más relacionadas con las Urgencias y Emergencias y en concreto con las de Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Intensiva etc. junto con una representación estructurada del colectivo de Urgencias y Emergencias.

Sexta.- Finalmente, del análisis de situación de este informe se desprende que en el supuesto de que se creara una especialidad de Urgencias y Emergencias de carácter troncal, el ámbito de actuación de ésta parece que debería circunscribirse al ámbito hospitalario y al de las Emergencias, sin perjuicio por tanto, de los servicios de atención continuada que deben seguir prestándose tanto en la Atención Primaria como en la Especializada por los profesionales que demande la organización de dichos Servicios.

Madrid, a 9 de marzo de 2006.