



INFORME SOBRE LAS ESPECIALIDADES DE URGENCIAS E INFECCIOSAS

POSICIONAMIENTO DE LAS SOCIEDADES DE CARDIOLOGÍA (SEC), MEDICINA INTERNA (SEMI), MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (SEMFC), MEDICINA GENERAL Y DE FAMILIA (SEMG), MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEMERGEN) Y MEDICINA INTENSIVA, CRÍTICA Y UNIDADES CORONARIAS (SEMICYUC).

La crisis económica con la consiguiente reducción del gasto sanitario asociado al considerable incremento de las necesidades de atención sanitaria que se viene produciendo, muy especialmente, aunque no de forma exclusiva, en los colectivos sociales más vulnerables (pacientes crónicos y ancianos), está sometiendo al sistema sanitario a una enorme tensión. Observamos con preocupación, un deterioro progresivo en indicadores sanitarios como los tiempos de respuesta asistencial, incremento del número de pacientes en espera para intervenciones quirúrgicas o para pruebas diagnósticas, y una reducción de la eficiencia del sistema, motivada, entre otras razones, por la infrafinanciación de la atención primaria.

El sistema sanitario está en continua transformación intentando adaptarse a las crecientes y cambiantes demandas sociales. Todos los expertos coinciden en que la pandemia de enfermedades crónicas no transmisibles, muy ligadas al envejecimiento poblacional y a los hábitos de vida poco saludables, y el imparable incremento de pacientes crónicos complejos con pluripatología representan los principales desafíos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios públicos de los países desarrollados. En consecuencia, nuestro sistema sanitario, que ha dado muestras sobradas de su excelencia para la atención altamente especializada a patologías agudas de elevada complejidad, deberá adaptarse a corto plazo a las nuevas necesidades asistenciales marcadas por estos cambios en el patrón epidemiológico (cronicidad, pluripatología) y demográfico (envejecimiento). Se han definido varias líneas estratégicas que marcarán la reforma de los sistemas sanitarios en los países de nuestro entorno: potenciación de la atención primaria, en detrimento de una visión excesivamente hospitalocéntrica de la sanidad; reforzamiento del generalismo médico frente a la hiperespecialización médica que fomenta la fragmentación de la asistencia, con el consiguiente incremento de actos médicos fútiles que conlleva no sólo aumento innecesario de los costes, sino mayores riesgos para los pacientes; fomento del trabajo en equipos multidisciplinares, frente al actual sistema compartimentado en unidades y servicios, y de la coordinación entre niveles asistenciales, en contraste con la marcada separación existente entre la atención primaria y la atención hospitalaria; fortalecimiento del papel de la enfermería por la necesidad de cuidados permanentes; y reforzamiento del papel de los pacientes, favoreciendo su empoderamiento y su participación en la toma de decisiones.

En este contexto consideramos de extraordinaria relevancia el nuevo modelo formativo propuesto por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, más conocido como Troncalidad. Dicho modelo redefine el programa de formación médica especializada estableciendo dos fases en la adquisición de conocimientos y habilidades: una primera orientada hacia la adquisición de conocimientos comunes a las especialidades del mismo tronco, delimitando a una segunda fase los conocimientos propios de la especialidad. Esta propuesta pretende promover una formación más generalista para los diferentes especialistas médicos, una necesidad inexcusable a nuestro juicio, en base a lo anteriormente expuesto.

La atención sanitaria de urgencias

La atención sanitaria urgente en nuestro país se caracteriza por ser un modelo organizativo complejo que requiere inmediatez en la respuesta con independencia del lugar en que se produzca la urgencia y la necesidad de disponibilidad continua en el tiempo (24 horas a lo largo de 365 días). Es verdad que algunos sectores profesionales, representados por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) reclaman la creación de la especialidad mientras que otras, Sociedades Científicas como la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), la Sociedad Española de Medicina Intensiva de Medicina Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y la Sociedad Española de Cardiología (SEC) abogamos por otras soluciones que consideramos más adaptadas a la realidad social del siglo XXI.

En relación con la organización de la atención urgente, un tema de elevada complejidad que obliga a coordinar múltiples servicios, le transmitimos las siguientes consideraciones:

1. Los servicios de urgencias presentan una gran demanda asistencial, con una tendencia creciente, debiendo atender a una patología muy variada, durante 24 horas de los 365 días del año. Para ello precisan de una dotación suficiente y adecuada tanto de profesionales como de medios materiales y técnicos.
2. La atención de urgencia se entiende como una atención integral y continua que se presta por atención primaria y hospitalaria, y por los servicios y dispositivos específicamente dedicados a la atención urgente. Y cualquiera de esos ámbitos, que van desde el domicilio del paciente hasta el hospital, pasando por la urgencia extrahospitalaria, forman parte del ámbito natural de trabajo del médico de familia.
3. Son múltiples los elementos que intervienen en la demanda asistencial ascendente que se viene observando los últimos años y que periódicamente producen la saturación de los servicios de urgencias. La gran mayoría de estos elementos se han agravado notablemente con la crisis económica y son ajenos a la organización

interna de los servicios de urgencias. Entre ellos podemos citar: las crecientes listas de espera para la atención programada que originan una desviación de la demanda a la atención urgente; la reducción del número de camas hospitalarias; la infrafinanciación de la atención primaria; el cierre de los puntos de atención continuada; la reducción del personal sanitario, etc.

4. Apoyamos sin reservas la necesidad de reconocimiento a los profesionales que trabajan en los servicios de urgencias y la importancia de estructurar la futura formación de estos profesionales. Pero consideramos que la creación de una nueva especialidad, la Medicina de Urgencias, es un error que no contribuirá a solucionar el problema organizativo de la atención urgente y, por el contrario, reforzará un modelo asistencial fragmentado insostenible en el tiempo. El modelo de troncalidad que defendemos, lejos de denegar el reconocimiento al área de urgencias, lo que hace es reconocerla como un área de conocimiento tan importante que es necesario tener una formación básica previa, lo más amplia y transversal posible, para atender a las patologías urgentes y emergentes. Y tal es el grado de reconocimiento que los futuros profesionales formados según el plan de troncalidad necesitarán un mínimo de 6 años de formación para ser especialistas con el área de capacitación específica de urgencias, pasando así a ser los especialistas médicos con más años de formación.
5. La patología que se atiende en Urgencias, así como toda la patología urgente es enormemente variada. No sólo es patología aguda sino, como bien se recoge en el informe, también crónica. Por ello, los profesionales de los servicios de urgencias deben tener un perfil "generalista" para poder dar respuesta adecuada a los problemas generales de los pacientes. Debe resaltarse que sólo el 20% de los pacientes atendidos en los Servicios de Urgencia precisan de ingreso hospitalario siendo el resto derivados a su domicilio, o con recomendación de seguimiento ambulatorio por su médico de familia o por otros especialistas en el ámbito hospitalario (interconsultas).
6. No es cierto que existan deficiencias en la calidad de la atención prestada en los servicios de urgencias y que la falta de una especialidad de Urgencias comprometa dicha asistencia. Existe un alto grado de capacitación de los profesionales que actualmente atienden dichos servicios, los cuales en su práctica totalidad son médicos especialistas vía MIR, mayoritariamente de Medicina Familiar y

Comunitaria y Medicina Interna pero también de Cuidados Intensivos y de otras especialidades, que tienen una amplia formación para atender cualquier patología urgente. Además, la gran mayoría de estos profesionales se han ocupado de formarse intensamente en aquellas áreas más específicas de las patologías emergentes, siendo ellos mismos los propulsores de una capacitación específica en urgencias como la que ahora propone el Ministerio. El NHS británico contrata periódicamente médicos de familia para Servicios de Urgencias Hospitalarios y Extrahospitalarios, una prueba del excelente nivel de los profesionales que trabajan actualmente en nuestras urgencias y de su reconocido prestigio.

7. El hecho de que los médicos en formación (MIR) deban asumir una parte importante de la carga asistencial no es un escenario particular de los servicios de urgencias, sino que es una situación común a cualquier servicio hospitalario. Este hecho en sí mismo no debe considerarse negativo, siempre que el trabajo del médico residente esté debidamente supervisado. Sin embargo, los recortes presupuestarios están conduciendo a ajustes de plantilla que están poniendo en riesgo estas tareas de supervisión, tanto en Urgencias como, insistimos, en otros servicios. Normalizar esta situación pasa por mantener una adecuada política de contratación de médicos adjuntos, no por crear una nueva especialidad.
8. No existe un problema de reconocimiento legal de los profesionales que trabajan en Urgencias. La administración contrata profesionales según perfiles y en este caso prácticamente todas las CCAA priorizan los perfiles de las especialidades más generalistas. Es la administración sanitaria quien debe dar el respaldo legal y definir la titulación para desempeñar la actividad en este ámbito.
9. La aparición de una nueva especialidad de Urgencias y Emergencias no resolvería ninguno de los problemas actuales de los servicios de urgencias que no son de índole competencial, sino fundamentalmente de carácter organizativo y laboral.
10. La propuesta de un área de capacitación especializada (ACE) en Urgencias creemos que da una respuesta mucha más coherente a las necesidades sociales actuales, así como a los requerimientos organizativos de los servicios sanitarios, e incluso a las propias necesidades personales de los profesionales. Las razones son múltiples:

-La patología urgente es competencia de todas las especialidades tanto médicas como quirúrgicas, y por tanto no se puede renunciar a ella, siendo además independiente del lugar en el que desarrolle su actividad.

-No es posible establecer un límite entre las competencias de los profesionales que trabajan en dispositivos de urgencias (SAMU, 112, 061), puntos de atención continuada y servicios de urgencias hospitalarios. ¿A qué profesionales que desarrollan su actividad en el ámbito de las urgencias se les propondrá el acceso a una eventual especialidad?

-La creación de la especialidad significa "diferenciar" a los profesionales en dos niveles: los especialistas y los otros. Conocemos bien lo que significa eso a medio y largo plazo y las enormes complicaciones a que da lugar: un progresivo distanciamiento y pérdida de implicación del resto de profesionales ajenos al nuevo ámbito especializado, una mayor fragmentación de la asistencia y una mayor rigidez de la organización sanitaria.

-El trabajo en Urgencias se desarrolla bajo un elevado nivel de presión que conlleva un notable desgaste profesional. La ACE en Urgencias representa un modelo más flexible que facilita la movilidad de los médicos en diferentes ámbitos asistenciales (urgencias, atención primaria, o servicios hospitalarios como medicina interna), con las consiguientes ventajas tanto para los profesionales como para la propia organización sanitaria.

Finalmente, no debemos olvidar que el modelo sanitario actual es un modelo de éxito y que, como parte sustancial de dicho modelo, la atención de Urgencias ha mejorado su calidad extraordinariamente los últimos años.

La creación de nuevas especialidades

Por otro lado, a colación con la reivindicación de la especialidad de Urgencias, nos parece oportuno realizar una reflexión sobre la oportunidad y la conveniencia del desarrollo de nuevas especialidades médicas en España. Posiblemente, ha sido la demanda de especialización en Enfermedades Infecciosas la que ha generado mayor atención por parte de los medios.

En este sentido, debemos resaltar que en el momento actual la inmensa mayoría de los pacientes hospitalizados en España por patología infecciosa es atendida por servicios de Medicina Interna, como se puede apreciar en las siguientes tablas basadas en los datos de altas hospitalarias facilitadas por el Ministerio de Sanidad (años 2005-2010), en una proporción de 50 a 1: de los más de 6 millones de altas por enfermedades infecciosas, menos del 2% fueron atendidos en unidades específicas de Enfermedades Infecciosas.

GRD: Estadísticos por Comunidad

Casos			
	INF-Enfermedades infecciosas	MIR-Medicina Interna	Total
2005	7.124	461.175	468.299
2006	9.568	522.268	531.836
2007	9.259	584.216	593.475
2008	9.519	566.334	575.853
2009	10.729	632.310	643.039
2010	9.842	616.219	626.061
2011	17.411	628.130	645.541
2012	15.911	643.252	659.163
2013	15.218	646.742	661.960
2014	16.396	667.624	684.020
Total	120.977	5.968.270	6.089.247

Incluso si nos centramos en patologías infecciosas muy específicas y de alta complejidad, como la infección por VIH, el número de altas registradas en este periodo son casi 4 veces mayores en los servicios de Medicina Interna que en unidades de Infecciosas (88.840 vs 26.885 pacientes). Esta proporción es 8 veces mayor en pacientes hospitalizados por tuberculosis (25.468 vs 3.224 pacientes) y de 12 veces mayor en el caso de enfermedades parasitarias (233.269 vs 18.536 pacientes). Incluso si nos centramos en patologías infecciosas muy específicas y de alta complejidad, como la infección por VIH, el número de altas registradas en este periodo son casi 4 veces mayores en los servicios de Medicina Interna que en unidades de Infecciosas (88.840 vs 26.885 pacientes). Esta proporción es 8 veces mayor en pacientes hospitalizados por tuberculosis (25.468 vs 3.224 pacientes) y de 12 veces mayor en el caso de

enfermedades parasitarias (233.269 vs 18.536 pacientes). Incluso si nos centramos en patologías infecciosas muy específicas y de alta complejidad, como la infección por VIH, el número de altas registradas en este periodo son casi 4 veces mayores en los servicios de Medicina Interna que en unidades de Infecciosas (88.840 vs 26.885 pacientes). Esta proporción es 8 veces mayor en pacientes hospitalizados por tuberculosis (25.468 vs 3.224 pacientes) y de 12 veces mayor en el caso de enfermedades parasitarias (233.269 vs 18.536 pacientes).

Gráfico Tabla

GRD: Estadísticos por Comunidad Autónoma - Grupo de Hospitales - Servicios

	Casos						Total
	INF-Enfermedades infecciosas			MIR-Medicina Interna			
	18-Enfermedades infecciosas y parasitarias, sistémicas o no localizadas	24-Infecciones VIH	Total	18-Enfermedades infecciosas y parasitarias, sistémicas o no localizadas	24-Infecciones VIH	Total	
2005	733	1.603	2.336	13.055	7.109	20.164	22.500
2006	1.107	2.119	3.226	16.478	7.325	23.803	27.029
2007	1.067	2.141	3.208	18.874	7.702	26.576	29.784
2008	1.273	1.922	3.195	19.209	7.408	26.617	29.812
2009	1.266	1.621	2.887	22.552	6.846	29.398	32.285
2010	1.391	1.598	2.989	23.834	5.772	29.606	32.595
2011	2.869	2.352	5.221	25.213	4.400	29.613	34.834
2012	2.831	2.027	4.858	28.668	4.146	32.814	37.672
2013	2.852	1.871	4.723	31.018	4.099	35.117	39.840
2014	3.147	1.880	5.027	34.368	3.842	38.210	43.237
Total	18.536	19.134	37.670	233.269	58.649	291.918	329.588

Filtro :

Arrastre y suelte aquí las DIMENSIONES que actuarán como FILTRO

Gráfico Tabla

GRD: Estadísticos por Comunidad Autónoma - Grupo de Hospitales - Servicios

	INF-Enfermedades infecciosas						MIR-Medicina Interna					
	18-Enfermedades infecciosas y parasitarias, sistémicas o no localizadas			24-Infecciones VIH			18-Enfermedades infecciosas y parasitarias, sistémicas o no localizadas			24-Infecciones VIH		
	Casos	Peso Español Medio AP	Total	Casos	Peso Español Medio AP	Total	Casos	Peso Español Medio AP	Total	Casos	Peso Español Medio AP	Total
2005	733	0,99	1.603	1,39	2.336	1,26	13.055	1,09	7.109	1,47	20.164	1,23
2006	1.107	1,02	2.119	1,48	3.226	1,32	16.478	1,09	7.325	1,57	23.803	1,23
2007	1.067	0,99	2.141	1,57	3.208	1,38	18.874	1,13	7.702	1,61	26.576	1,27
2008	1.273	1,11	1.922	1,54	3.195	1,37	19.209	1,28	7.408	1,55	26.617	1,36
2009	1.266	1,09	1.621	1,54	2.887	1,34	22.552	1,33	6.846	1,62	29.398	1,39
2010	1.391	1,04	1.598	1,30	2.989	1,18	23.834	1,18	5.772	1,33	29.606	1,21
2011	2.869	1,11	2.352	1,41	5.221	1,25	25.213	1,21	4.400	1,34	29.613	1,23
2012	2.831	1,14	2.027	1,42	4.858	1,26	28.668	1,24	4.146	1,37	32.814	1,26
2013	2.852	1,11	1.871	1,63	4.723	1,32	31.018	1,17	4.099	1,60	35.117	1,22
2014	3.147	1,10	1.880	1,61	5.027	1,29	34.368	1,17	3.842	1,56	38.210	1,21
Total	18.536	1,09	19.134	1,49	37.670	1,29	233.269	1,19	58.649	1,51	291.918	1,26

Si además analizamos la complejidad de los pacientes, se constata que los pacientes con patología infecciosa atendidos por Medicina Interna son de mayor complejidad que los que atienden las unidades de Enfermedades Infecciosas.

En resumen, todos estos datos confirman que en la actualidad la inmensa mayoría de los pacientes hospitalizados en España por enfermedades infecciosas son atendidos por especialistas en Medicina Interna o de otras especialidades. Y esta actividad se realiza con un alto grado de excelencia desde el punto de vista asistencial docente e investigador. En la misma línea argumental que hemos expuesto anteriormente, consideramos que la creación de una especialidad en Enfermedades Infecciosas sólo contribuiría a fragmentar la asistencia y a empobrecer el conocimiento en esta área de conocimiento por parte de todos los especialistas que actualmente están implicados en la asistencia a la patología infecciosa. Por el contrario, creemos que la creación de un ACE de Enfermedades Infecciosas representa una respuesta más integradora y eficiente a las necesidades de conciliar una atención médica altamente especializada a la par que integradora y amplia, lo que sin duda contribuirá a dar una buena atención a nuestros ciudadanos y a mantener la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.
