



Casi 30 razones para decir NO a la especialidad de urgencias

1. La urgencia es un área de capacitación propia del médico de familia, planificada durante su formación durante el período MIR.
2. El desarrollo de la Troncalidad y la creación de un Área de Capacitación Específica (ACE) de Urgencias como disciplina de alta especialización desde la formación en otras especialidades, es la propuesta por la que apostamos, tal y como se prevé en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) y que lleva más de 10 años solicitando el Consejo Nacional de Especialidades Médicas.
3. Los profesionales vía MIR han adquirido durante la realización de su especialidad una formación en conocimientos y habilidades de calidad, pertinente para resolver los problemas urgentes. Esta cualificación está planificada y contemplada en los programas docentes de las especialidades.
4. Los mapas de competencias de urgencias definidos hasta ahora poseen competencias que son comunes al mapa de competencias del médico de familia. SemFYC dispone de un Documento que define y desarrolla los principales contenidos formativos del Área de Capacitación Específica de Urgencias y Emergencias (ACE).
5. Así pues, ya existen especialidades (medicina de familia, interna e intensiva) para atender urgencias, por tanto no es necesario crear una nueva especialidad.
6. En este momento, los médicos de familia son los especialistas MIR más valorados por los gestores para la contratación en Servicios de Urgencia intra y extrahospitalaria, por su formación de calidad e integralidad de su abordaje.

7. La incorporación y contratación masiva de estos especialistas a los diferentes dispositivos de urgencias durante los últimos 10 años ha permitido mejorar la continuidad de cuidados a los ciudadanos y la coordinación entre niveles asistenciales.
8. La inmensa mayoría de profesionales de urgencias son en la actualidad Médicos de Familia (en ocasiones hasta el 80% de las plantillas) y de otras especialidades (fundamentalmente Medicina Interna y Medicina Intensiva).
9. Las situaciones urgentes y emergentes se presentan tanto en el primer nivel asistencial (medio rural, consulta de Atención Primaria, consultas de Atención continuada) como en el nivel hospitalario.
10. La mayoría de países, sean o no de nuestro entorno, no cuentan con especialidad en urgencias, presentando a menudo adecuados niveles de calidad (Francia, Alemania...). Nuestro modelo sanitario apuesta por una única vía de entrada al sistema y por un abordaje integral de la salud.
11. La atención primaria, como puerta de entrada del sistema sanitario, debe ser el punto de inicio de la atención urgente. Los médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria deben estar en disposición de realizar la primera valoración y atención de estos pacientes, contando con los recursos humanos necesarios y la remuneración pertinente para llevar a cabo dicha tarea.
12. Las reformas previstas en el espíritu de la LOPS van encaminadas a integrar ámbitos de actuación, pues recuerda que nuestro país tiene aprobadas 49 especialidades, mientras que la media de los países de nuestro entorno (UE) es de 30 especialidades.
13. No existen datos que permitan afirmar que el incremento del gasto económico que ocasionaría la creación de la especialidad se correlacionaría con una mejora de la calidad a la atención a los ciudadanos.
14. Crear una especialidad de urgencias generaría tres modalidades de profesionales para un único ámbito de atención: especialistas en urgencias, otros médicos especialistas y médicos sin especialidad.

15. La existencia de una nueva especialidad podría redundar en un incremento en la descoordinación entre los niveles asistenciales, problema esencial en nuestro país.
16. Los problemas de la urgencia (saturación, presión asistencial, burn out...) son debidos a la mala gestión, deficiencias organizativas del resto del sistema sanitario y/o falta de recursos y no a la capacitación de los médicos que allí trabajan.
17. Crear esta especialidad respondería a la presión de un colectivo y no a las necesidades reales de los ciudadanos y del sistema sanitario.
18. Asistimos a la progresiva creación en las Urgencias de unidades especializadas (Unidades de Coronarias, Unidades de Ictus, Unidades de Quemados...). Se hace necesario en urgencias un profesional con un perfil más global.
19. Las tres Sociedades que más Socios tienen en las áreas de Urgencia (SEMFYC, SEMI, SEMICYUC) y la Comisión Nacional de Especialidades médicas, están de acuerdo en que NO es necesaria una nueva especialidad.
20. Para que un área de la medicina se considere como una especialidad, deben coincidir 4 conceptos: campo de actuación diferenciado, cuerpo de conocimiento propio, paradigma de actuación y orientación específica. La urgencia no tiene un cuerpo de conocimiento exclusivo, sino transversal, y consta de un paradigma de actuación compartido con otras especialidades.
21. La existencia de una especialidad con un ámbito tan concreto permite poca movilidad y cambio del puesto de trabajo.
22. Probablemente, muchos profesionales que desean la especialidad no la querrían si para ello tuvieran que renunciar a la que ya tienen (es en realidad lo que les piden a los futuros especialistas).
23. Las encuestas indican que el ciudadano está satisfecho, en general, con la calidad científica de la atención recibida en urgencias.
24. La percepción social está sesgada al pensar que las urgencias son mayoritariamente emergencias vitales de aparente complejidad, lo que podría justificar socialmente la hipotética especialidad de urgencias.

25. La mayor parte de urgencias atendidas en un Hospital (hasta un 60%) corresponde a patologías que pueden resolverse en los centros de Salud. Debe adquirir cada vez más relevancia la Atención continuada en Centros de Salud y Unidades ambulatorias.
26. Actualmente existe un flujo desproporcionado e inadecuado de los pacientes a los servicios de urgencia hospitalarios, por problemas banales, de organización en otras áreas del sistema sanitario, problemas sociales o porque se confía más en la efectividad de estos servicios. La difusión de la idea de la existencia de un "especialista en urgencias" incrementaría este flujo, lo que va en contra del uso eficiente de los recursos.
27. Los pacientes vistos en el hospital son sometidos a mayor número de pruebas (iatrogenia e incremento del gasto).
28. La sobrecarga de urgencias hospitalarias injustificadas incide en el detrimento de la atención de los pacientes en situación de riesgo vital.