

Recurso núm. 001/0000822/2014
Sección 101
Secretaría: Ilma. Sra. Fernández-Trigales Pérez

TRIBUNAL SUPLENTE
REGISTRO GENERAL
COPIA
12 MAR 2015
PRESENTADO

A LA SALA TERCERA DEL TRIBUNAL SUPREMO

Doña **CRISTINA DEZA GARCÍA**, Procuradora de los Tribunales, en nombre y representación de la **SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (SEMES)**, como tengo acreditado en los autos del recurso núm. 001/0000822/2014 que se siguen ante esa Sala, como mejor proceda en Derecho, **DIGO:**

Que el pasado día 20 de febrero de 2015 me ha sido notificada Diligencia de Ordenación de la Sala, de fecha 19 de febrero de 2015, por la que se acuerda la entrega del expediente administrativo completo a fin de que formalice la demanda en el recurso contencioso interpuesto contra el *Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista.*

Que dentro del término por el que he sido requerido, por medio del presente escrito **formalizo la DEMANDA** con base en los siguientes Hechos y Fundamentos de Derecho.

HECHOS

SUMARIO

Introducción.- Consideraciones generales iniciales.
Primero.- Aproximación a la medicina de urgencias y emergencias en el mundo.
I.- Orígenes.
II.- Importancia de la normalización y el papel de la Unión Europea de Médicos especialistas (UEMS).
III.- Sistemas de Salud en Europa y Servicios de Urgencias
IV.- Desarrollo de los Servicios de Urgencias en Europa.
V.- El Manifiesto por la MUE en Europa.
VI.- Situación de la Especialidad de MUE en Europa.
VII.- Reconocimiento de Especialidades en Europa.
VIII.- Reconocimiento de la MUE como especialidad en Europa.
IX.- Programa Europeo de formación de Medicina de Urgencias y Emergencias.
X.- El contexto internacional, punto de partida necesario de la reforma española.
Segundo.- Situación del profesional médico de urgencias y emergencias en España: retos y oportunidades de la creación de la especialidad vs limitaciones y problemas de la configuración como ACE.
I.- El personal sanitario de Urgencias y Emergencias.
II.- La Revista EMERGENCIAS, publicación científica reconocida internacionalmente.
III.- Retos y oportunidades de mejora.

IV.- La especialidad de MUE es deseada por los futuros profesionales.
V.- La Medicina de urgencias no compite con otras especialidades.
Tercero.- Papel de los Servicios de Urgencias y Emergencias como red de seguridad sanitaria.
I.- Importancia de los SUH y SEM.
II.- Importancia de los criterios de organización.
Cuarto.- El Informe sobre troncalidad de la Comisión de Recursos Humanos del SNS de 30 de junio de 2008.
Quinto.- Informe del Grupo de Troncalidad de las especialidades médicas, CNECS 30 junio 2006
Sexto.- Informe del grupo de trabajo de la Comisión RRHH del SNS.
Séptimo.- Informe de la Comisión Permanente CNE en Ciencias de la Salud, 22 marzo 2010.
Octavo.- Consideración de los proyectos normativos.
Noveno.- La denominada *Versión 10* del Proyecto de Real Decreto.
Décimo.- El injustificado cambio de criterio del Ministerio de Sanidad y la ruptura del consenso político, administrativo, profesional y social existente.
Décimo primero.- Extracto de alegaciones en favor de la especialidad en MUE.
Décimo segundo.- Posición del Ministerio de Educación.
Décimo tercero.- Estudio comparativo de los programas de formación de las especialidades propuestas como matrices para el ACE de Urgencias y Emergencias, y el Programa Formativo de Urgencias y Emergencias.
Décimo cuarto.- ¿Qué es un Área de Capacitación Específica?
Décimo quinto.- Primeras conclusiones.
Décimo sexto.- El incierto futuro de las Urgencias configuradas como ACE.

INTRODUCCIÓN.- CONSIDERACIONES GENERALES INICIALES.

Conviene comenzar esta demanda haciendo algunas consideraciones de carácter general acerca del contenido básico de las cuestiones que vamos a plantear a la Sala.

El Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, objeto de recurso modifica sustancialmente el modelo de formación sanitaria especializada, creando nuevas especialidades médicas, establece las áreas de capacitación específica y los mecanismos de reespecialización de los profesionales. Se trata, como se ve, de una de esas normas trascendentales por su alcance y contenido, que implica la movilización de ingentes recursos de todo tipo para su implantación, que dará lugar a multitud de normas de desarrollo y de actos de aplicación; de la que va a depender el futuro profesional no sólo del personal médico y sanitario actual, sino muy especialmente, en el caso de los médicos -por su dimensión y vocación de futuro- de miles de estudiantes de medicina. Y todo ello en un contexto de integración europea, globalización y competitividad como motores de la economía y el dinamismo social. Se trata una norma llamada a tener un impacto extraordinario, con repercusión directa en los derechos fundamentales de los ciudadanos pues, en última instancia, es esto lo que justifica y a lo que se orienta toda la organización y los medios humanos y materiales del Sistema Nacional de Salud, SNS. En definitiva, la norma sobre la que versa este recurso exige un análisis meticuloso de la oportunidad, racionalidad y acierto; aspectos todos ellos que -adelantándonos sin duda a lo que alegará la Administración en su defensa- limitan el ejercicio de las potestades discrecionales, como sin duda es la potestad reglamentaria.

En este recurso señalaremos los hechos y las razones que acreditan que la Administración ha rebasado los límites de la discrecionalidad en el ejercicio de esta

potestad; los incumplimientos de requisitos procedimentales que, dada la trascendencia de la norma, devienen esenciales; la separación injustificada y contraria a las soluciones de consenso político y profesional que se habían alcanzado; así como la demostración de las vulneraciones de previsiones imperativas de la normativa europea -reconocimiento automático de títulos de especialista, vulneración de la libertad de prestación de servicios, discriminación del nacional español-. Conviene tener en cuenta que a lo largo de todo el proceso de elaboración de la norma reglamentaria -esto es, desde 2006 a 2014- también ha evolucionado el contexto europeo en este ámbito de la medicina especializada, donde hemos pasado de "sólo" 7 países con especialidad en Medicina de Urgencias y Emergencias, a 19 países UE que la tienen reconocida y regulada como especialidad primaria (superando con creces los 2/5 que prevé la Directiva).

La posibilidad de sentar estas conclusiones se debe, en gran medida, al requerimiento y aportación final de los complementos del expediente administrativo. Y es que con la sólo consideración de los antecedentes incluidos en el primer envío del expediente, la realidad que se mostraba resultaba **incompleta, distorsionada**: sólo poniendo en su contexto el devenir administrativo de la norma finalmente aprobada se puede verificar el **voluntarismo injustificado** de muchas de las previsiones esenciales de la norma, así como el **carácter falaz y/o vacuo** de muchas de las afirmaciones pretendidamente justificadoras de aspectos fundamentales de la misma.

Todas estas razones, debidamente desarrolladas, acreditan infracciones jurídicas determinantes de la nulidad de la norma impugnada, de conformidad con lo señalado por el artículo 62.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

Una última consideración, de tipo práctico: dado lo voluminoso del expediente, los complementos sucesivos, algunas reiteraciones documentales..., para facilitar la labor de la Sala nos ha parecido más conveniente incorporar al texto de la demanda las citas más relevantes de los principales documentos indicando siempre su localización, aun cuando este proceder alargue de forma más aparente que real el contenido de la demanda.

PRIMERO.- APROXIMACIÓN A LA MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN EL MUNDO.

I.- Orígenes.

En su configuración moderna, la Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE) surge como una especialidad independiente en los **EE.UU. en 1968**, cuando se fundó el **Colegio Americano de Medicina de Emergencia (ACEP)**, a la vez que en **Gran Bretaña en 1967**, en la primera reunión del **Colegio de Medicina de Urgencias**. En 1978, se fundó la **Asociación Canadiense de Médicos de Emergencia (CAEP)**. En 1979, la Junta Americana de Especialidades Médicas aprobó la **Junta Americana de Medicina de Emergencia (ABEM)** como una junta médica conjunta. En 1981, la **Sociedad Australiana de Medicina de Emergencia** fue fundada, en 1984 se transformó en el **Colegio Australiano de Medicina de Emergencia (ACEM)**. En 1989, se funda la **Federación Internacional de Medicina de Emergencia (IFEM)**, una asociación

internacional formada por organizaciones nacionales de medicina de emergencia – entre ellas mi representada– y que agrupa a cerca de 100 países de todo el mundo.

De los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la MUE existe como especialidad médica en la inmensa mayoría.

La Medicina de Urgencia y Emergencias (MUE), tal y como la define la **Sociedad Europea de Medicina de Urgencias (EuSEM, <http://www.eusem.org/>)**, a la que pertenece mi representada, es *“una especialidad basada en el conocimiento y aptitudes necesarias para la prevención, diagnóstico y tratamiento de los aspectos urgentes y emergentes de las enfermedades y accidentes, afectando a pacientes de todos los grupos de edad, con todo un espectro de alteraciones físicas y de conducta. Es una especialidad en la que el tiempo es esencial. La práctica de la Medicina de Urgencia abarca el triage pre e intrahospitalario, la reanimación cardiopulmonar, la valoración inicial y el tratamiento de urgencia hasta el alta o la transferencia de los cuidados a otro médico o profesional del sistema de salud. También incluye la implicación en el desarrollo de sistemas de emergencia médica pre e intrahospitalarios”*.

El **desarrollo de la MUE** en diversas partes del mundo es un reflejo de la implicación de los profesionales en sintonía con la evolución política en el contexto de lo sucedido a lo largo del siglo XX. Durante la primera mitad del siglo 20, Europa fue devastada en dos ocasiones por las grandes guerras. Durante la segunda mitad del siglo 20, se realizó un gran esfuerzo encaminado a reducir la posibilidad de una nueva guerra mundial. Una parte de ese esfuerzo ha sido la **armonización de normas en toda Europa**, especialmente desde la creación de la **Unión Europea (UE)**. Europa es una gran región de naciones soberanas, cuyas fronteras se han dibujado y redibujado a lo largo de los siglos por motivos religiosos, guerras, inmigración, filosofía política y cultura.

Uno de los objetivos presentes y futuros de la UE es "la protección y la promoción de la salud", "incluyendo la reducción de las desigualdades en salud", y la **armonización de la atención médica** (a través de "la tarjeta sanitaria europea"), y el desarrollo regional (en oposición a nacional) de centros de excelencia médica que permitan a los europeos acceder a los servicios de salud al margen de las fronteras nacionales.

II.- Importancia de la normalización y el papel de la Unión Europea de Médicos especialistas (UEMS).

Uno de los objetivos de la UE es la normalización, o "armonización" en sus diferentes estamentos y agrupaciones de profesionales. Es necesario para el **libre intercambio de bienes, servicios, personas e información**. La **estandarización de la formación médica** mejorará el libre intercambio de conocimientos médicos y de profesionales. En la UE, la moneda, los pasaportes y algunas cualificaciones profesionales se han armonizado, para "asegurar la libre movilidad de personas, bienes y servicios". La **Cooperación Europea en Ciencia y Tecnología (COST)** es un marco intergubernamental europeo para la mejora de la coordinación de la investigación (incluida la investigación médica) en toda Europa. **Acción COST IC 0604** fue un proyecto que concluyó en 2011 con la normalización de las imágenes médicas digitales.

Uno de los objetivos declarados de la UE es abrir **fronteras al libre flujo de bienes, servicios, y personas, incluido el personal médico**. Teóricamente, los médicos europeos son libres para buscar empleo en países distintos de aquel en que se formaron. Sin embargo, el desarrollo de la formación médica y especializada aún no está armonizado completamente y, además de las barreras de idioma los empleadores se resisten a las cualificaciones de los médicos formados en el extranjero. **Esto repercute especialmente a los médicos que trabajan en los Servicios de Urgencias y Emergencias en España, donde no existe una formación reglada (la Especialidad de MUE) que pueda ser validada en la mayoría de países de la UE -19 actualmente- que sí la tienen.**

En la UE existen una serie de **organizaciones no gubernamentales** con capacidad reconocida para colaborar con los órganos de decisión de la UE -Comisión, Consejo y Parlamento Europeo-. Dentro del sector sanitario, la **Unión Européenne Des Médecins Spécialistes (UEMS, <http://www.uems.eu/>)** juega un papel fundamental. Tiene su sede en Bruselas y, en la actualidad, cuenta con 35 países miembros y **representa a 39 especialidades**, a través de secciones o divisiones y grupos multidisciplinares, y a 1,6 millones de especialistas en Europa.

La **creación de una sección de MUE** (el equivalente a una *especialidad primaria troncal*) se confirmó en octubre de 2011 y supone, una vez constituida, **la aceptación de la MUE como especialidad de pleno derecho dentro de la UEMS**, y con posibilidad de influencia a través de recomendaciones dirigidas al Consejo de la UEMS para ser transmitidas a la Comisión Europea.

III.- Sistemas de Salud en Europa y Servicios de Urgencias

La **Resolución 60.22** de la Asamblea de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** establece que la **atención de urgencia es una parte esencial de la salud pública, y exhorta a los gobiernos a establecer sistemas de atención médica de urgencias y emergencias completas** (EMHCs) que se integran a la perfección la atención prehospitalaria con la estabilización, triage¹, atención inmediata y en el hospital. En este informe, los representantes nacionales de la UE declararon que su legislación nacional garantiza "el libre acceso a la atención de urgencia en el hospital para todos."

Conceptualmente, la atención urgente incluye los **Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH)** y los **Servicios de Emergencias Médicas Prehospitalarios (SEM)**, que deben estar perfectamente coordinados. Independientemente del modelo de atención de urgencia que se practique es una evidencia, cada vez más aceptada, que cuando el paciente es atendido por un médico especialista en MUE, **le va mejor**.

IV.- Desarrollo de los Servicios de Urgencias en Europa.

¹ Método de la medicina de urgencias y emergencias para la selección y clasificación de los pacientes basándose en prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Trata por tanto de evitar que se retrase la atención del paciente que empeoraría su pronóstico por la demora en su atención.

En el pasado, los pacientes que acudieron a un SUH podían ser recibidos por un médico experto en resucitación o por residentes sin supervisión en prácticas, con el apoyo puntual de los diferentes especialistas ubicados en otros lugares del hospital, en muchos casos médicos residentes en formación de otras especialidades. Con el tiempo, en la mayoría de los países, también en España, cada vez más los pacientes son **atendidos por un médico entrenado (al no existir una formación reglada vía MIR en España, se ha basado en la autoformación, con mucha heterogeneidad) dedicado a esta labor**. La tendencia mayoritaria en toda Europa, esperemos que también en España, ha sido **constituir legal y administrativamente estos Servicios, con plantillas propias, tanto de médicos como de enfermería, dispensando una atención continua las 24 horas del día, los 365 días del año, con una tendencia claramente creciente y ya muy mayoritaria** a contar con especialistas en MUE, sin menoscabo de la posibilidad de la actuación de otros tipos de especialistas según el perfil de la patología del paciente, y según el tipo de hospital.

V.- El Manifiesto por la MUE en Europa.

El **Manifiesto por la MUE en Europa** se publicó en 1998. El Manifiesto proclama que **la prestación de la atención de urgencia de alta calidad es el proporcionado por médicos con formación especializada en MUE.**

Aunque se reconoce que otros médicos, no especialistas en MUE, pueden estar involucrados en el cuidado de pacientes con enfermedades urgentes, el Manifiesto recomienda que tanto el Jefe del Departamento y el personal médico de alto nivel deben ser *especialistas en urgencias y emergencias*. El Manifiesto afirma además que **"la MUE es una especialidad en sí misma"**. Se recomienda que el derecho a practicar la MUE como especialista debe concederse por un **sistema de residencia**. También se propone una certificación europea en MUE en base a normas que serían equiparables en toda Europa, así como un examen de salida de Pan-Europeo. Catorce años después de la publicación del Manifiesto por el Consejo de EuSEM, se ha publicado un programa europeo de formación de la MUE y se ha aprobado por el Consejo de la UEMS. La creación de un Diploma Europeo en MUE está en proceso, y, finalmente, **existe la especialidad de primaria ya en 19 países de la UE.**

VI.- Situación de la Especialidad de MUE en Europa.

Como ya se ha dicho, **la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE) se encuentra incluida, como especialidad médica sometida a reconocimiento automático en la Tabla 5.1.3. del Anexo V de la Directiva 2005/36/CE y, en el ordenamiento jurídico español, en la misma tabla del RD 1837/2008, que transpone dicha Directiva.**

En la actualidad, ya son 19 los países de la Unión Europea con la Especialidad de MUE, según se indica en el cuadro adjunto.

Accident and emergency medicine - Minimum period of training: 5 years			
Country	Title	Current status	Comments
Belge (Belgium)	<i>Medecine d'urgence</i>	Primary Specialty	<i>Law of 14 February 2005</i>

България (Bulgaria)	Спешна медицина	Primary Specialty	
Česká republika (Czech Republic)	Urgentní medicína	Primary Specialty	
Danmark (Denmark)	(Akutmedicin)	NO Specialty	
Deutschland (Germany)	(Notfallmedizin)	NO Specialty	
Eesti (Estonia)	<i>Erakorraline meditsiin</i>	Primary Specialty	<i>5 year programme from 2015</i>
Ελλάς (Greece)	(Επείγουσας Ιατρικής)	Supra-specialty	
España (Spain)	(Medicina de urgencias)	NO Specialty	(May become Supra-specialty)
France	(Medecine d'urgence)	Supra-specialty	(May become specialty in 2016)
Hrvatska (Croatia)	<i>Hitna medicina</i>	Primary Specialty	
Ireland	Emergency medicine	Primary Specialty	
Italia (Italy)	<i>Medicina d'emergenza-urgenza</i>	Primary Specialty	<i>Law of 22 January 2008</i>
Κύπρος (Cyprus)	(Επείγουσα Ιατρική)	NO Specialty	
Latvija (Latvia)	(Neatliekamās medicīniskās)	<5 year programme	
Lietuva (Lithuania)	<i>Skubioji Medicina</i>	Primary Specialty	<i>Law of 30 April 2013</i>
Luxembourg	<i>Medecine d'urgence</i>	Primary Specialty	<i>Law of 10 May 2010</i>
Magyarország (Hungary)	Oxyológia és sürgősségi orvostan ^[2]	Primary Specialty	
Malta	Medicina tal-Accidenti u l-Emergenza	Primary Specialty	
Nederland (Netherlands)	(Spoedeisende Geneeskunde)	<5 year programme	
Österreich (Austria)	(Notfallmedizin)	NO Specialty	
Polska (Poland)	Medycyna ratunkowa	Primary Specialty	
Portugal	(Medicina de Emergência)	NO Specialty	
România (Romania)	Medicină de urgență	Primary Specialty	
Slovenija (Slovenia)	<i>Urgentna medicina</i>	Primary Specialty	<i>Law of 22 June 2006</i>
Slovensko (Slovakia)	- Úrazová chirurgia - Urgentná medicína	Primary Specialty	
Suomi (Finland)	<i>Akuuttilääkätiede</i>	Primary Specialty	<i>Finnish by law 420/2012</i>
Sverige (Sweden)	<i>Akutvård</i>	Primary Specialty	<i>January 2015</i>
United Kingdom	Emergency medicine	Primary Specialty	

Extracted from Annex V, Point 5.1.3 – Specialised Medicine and updated with developments since 2005 (in italics)

Fuente UEMS, 2015

Lo importante de esta información no es sólo el dato actualizado de la existencia de 19 países UE en los que existe la especialidad primaria en MUE -conformando clarísimamente el **contexto europeo** en el que opera el principio de reconocimiento automático-, sino la constatación de la **evolución** que se ha experimentado: en 2005 tan "sólo" había 7 países con esta especialidad, 9 en 2008 -al tiempo de la transposición de la Directiva 2005/36/CE por el RD 1837/2008-, 16 (de 27 países) al tiempo de la fase final de elaboración del RD aquí impugnado y 19 (de 28 países UE) actualmente. La Memoria de Análisis de Impacto Normativo del RD 639/2014 obvia estos datos y, *lógicamente*, las conclusiones a las que permite llegar.

VII.- Reconocimiento de Especialidades en Europa

Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias y desarrollo del Título II de la misma a través de los diferentes Reales Decretos que se enumeran, y el texto del Preámbulo del Proyecto debe aludir al **Ordenamiento Jurídico Comunitario** al que el Estado español se encuentra sujeto en virtud de sus compromisos internacionales.

El reconocimiento formal de especialidades entre los miembros de la UE está regulado, a partir de la **Directiva 93/16**, sustituida por la **Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales (DOUE L255/22 de 30.09.2005)** y la **Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado (DOUE de 20.12.2006)**. El 9 de Octubre de 2013 se ha aprobado en el Parlamento Europeo la **Resolución legislativa del Parlamento Europeo, de 9 de octubre de 2013, sobre la propuesta de Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo que modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior (COM(2011)0883 – C7-0512/2011 – 2011/0435(COD))**. El 28 de Diciembre de 2013 se publicó en el en el Diario Oficial de la Unión Europea, como **Directiva 2013/55/CE**.

El reconocimiento de una especialidad requiere dos pasos. En primer lugar, cada País es soberano para regular su sistema médico como lo considere oportuno. Sin embargo, **cuando dos quintas partes de los países de la UE reconocen una especialidad determinada, la especialidad debe ser abordada por la UE en su conjunto. La MUE ya figura desde 2005 como especialidad regulada sometida a reconocimiento automático desde la publicación de la Directiva 2005/36/CE**. En la actualidad, la UEMS reconoce más de 50 disciplinas médicas, de las cuales **39 son secciones especializadas**, y otros son comités conjuntos multidisciplinarios. Estos grupos se encargan de "definir los estándares europeos de educación médica y formación" y la creación de "un **Consejo Europeo de especialidades**."

VIII.- Reconocimiento de la MUE como especialidad en Europa.

Tanto Inglaterra como Escocia, Irlanda e Islandia reconocen **Accident & Emergency Medicine (A & E)** mucho antes que los países de la Europa continental. Dentro de la UEMS, la MUE se inició en primer lugar como un Comité Conjunto Multidisciplinario (MJC) denominado EM-MJC. La misión de la EM-MJC era asegurar la mejor calidad de atención de las situaciones de urgencias y emergencias que presentasen los pacientes y promover una norma comparable de la atención clínica en los todos los servicios de urgencias en toda Europa. El EM-MJC sostiene que esta asistencia la realizan mejor especialistas entrenados en medicina de emergencia.

Además de estar ya incluida previamente en el ordenamiento jurídico europeo (y en el español) en 2012, más de tres quintas partes de los países de la UE reconocieron la MUE como una especialidad, por lo que la MUE puede y debe ser una especialidad

oficial en todos los países de la UE. En noviembre de 2012, la página web de la UEMS renombra la **especialidad de "Medicina de Urgencias y Emergencias"** en lugar de "Accident & Emergency Medicine. En la reunión del **Consejo de la UEMS en octubre de 2011, se crea la Sección de MUE por la mayoría de los miembros votantes.** Esto significa que la MUE es claramente reconocida como una **especialidad primaria en Europa.** Todos los miembros de esta sección son médicos de urgencias, cada uno propuesto por su sociedad nacional, y **cada país de la UE tiene representación (España también, a través de la Organización Médica Colegial, con miembros de SEMES).** El reconocimiento de la MUE en Europa en su conjunto ha sido la culminación de muchos años de trabajo, y anima a todos los países de la UE para crear la especialidad primaria de MUE, **con un período de formación mínimo de 5 años,** según lo recomendado por el Consejo de la UEMS.

En reunión celebrada en Bruselas, con fecha 5 de Diciembre de 2014, de la **Sección & Board de Medicina de Urgencias,** dentro de la UEMS, se aprobó **unánimemente** la resolución de **instar a todos los países miembros de la Unión Europea a adoptar el modelo de formación en esta disciplina vía especialidad primaria,** según marcan las directrices recogidas en el **Anexo V, punto 5.1.3. de la Directiva 2005/36/CE.** Esto implica la necesidad del abandono de la vía de la supraespecialidad, al ser claramente menos satisfactoria y menos coste-efectiva.

IX.- Programa Europeo de formación de Medicina de Urgencias y Emergencias.

El **programa europeo de formación de Medicina de Urgencias y Emergencias** fue desarrollado por el **Grupo de Trabajo EuSEM, con participación de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, SEMES,** y se basa libremente en el **Core Curriculum americano.** Fue **aprobado en 2009** y se publica en la página web de la EuSEM.

El plan de estudios está diseñado para un **Programa de Residencia de 5 años,** y se concreta en un documento de 37 páginas desarrolladas conjuntamente por los representantes de más de 17 países, describiendo las competencias esperadas de un médico de urgencias, esbozando la estructura de la formación de especialistas en MUE de Europa. Se concluye con una recomendación de **acreditación europea de programas de formación** y un **examen estandarizado de especialistas,** en la línea que recoge la nueva **Directiva 2013/55/CE,** de obligada trasposición a las legislaciones de los países miembros antes de Enero de 2016.

X.- El contexto internacional, punto de partida necesario de la reforma española.

Este contexto internacional y europeo que acabamos de resumir es el punto de partida obligado para afrontar la consideración de una norma reglamentaria como la que aquí es objeto de impugnación. La reforma del sistema español de la especialización médica, su actualización y revisión para afrontar los importantes retos actuales y futuros a los que se debe hacer frente, no puede realizarse al margen o contrariando el contexto profesional y normativo que acabamos de exponer. Si así se hiciera - lamentablemente, en lo que a la MUE se refiere, así se quiere hacer- no solo se estarían vulnerando previsiones jurídicas de directa aplicación sino que -y es lo

importante- se pondría en grave riesgo el objetivo último que justifica cualquier reforma: la mejora de la calidad de la prestación médica y sanitaria.

Conviene ahora hacer las referencias precisas a la forma en la que se ha tramitado el RD 639/2014, de 25 de julio, tal y como acredita la documentación obrante en el expediente administrativo remitido por la Administración a esa Sala.

SEGUNDO.- SITUACIÓN DEL PROFESIONAL MEDICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN ESPAÑA: RETOS Y OPORTUNIDADES DE LA CREACIÓN DE LA ESPECIALIDAD vs LIMITACIONES Y PROBLEMAS DE LA CONFIGURACIÓN COMO ACE.

I.- El personal sanitario de Urgencias y Emergencias.

La atención médica que se dispensa en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) y en los Servicios de Emergencias (SEM) se ha llevado a cabo por un grupo de profesionales que, según los datos existentes, constituye **el segundo grupo más numeroso entre los profesionales médicos del Sistema Sanitario.**

Aunque hoy en día no existe aún un verdadero registro de profesionales, sí podemos analizar algunos datos objetivos disponibles:

a) En primer lugar, un minucioso estudio encargado por el Ministerio de Sanidad al Equipo de Economía de la Salud de la Universidad de Las Palmas -“*Oferta y necesidad de especialistas médicos en España 2010-2015*”², incluyendo por vez primera Urgencias aporta la cifra de 5.080 profesionales en el año 2009, sólo en los *Servicios de Urgencias en Hospitales Públicos*. A esta cifra habría que añadir los profesionales que se dedican a la Emergencia y los de Centros Privados y Concertados. Sólo con estos datos los profesionales de este ámbito profesional son **el tercer colectivo más numeroso, por detrás de los médicos de atención primaria y Pediatría.**

b) El **Estudio SUHCAT (*Emergencias. 2014;26:35-46*)**, un trabajo, publicado en 2014 en la Revista Emergencias, con la intención de realizar un mapa y funcional que incluyera a los 82 SUH con atención a urgencias generales abiertos 24 horas. Elaboró un cuestionario que contenía 353 preguntas y se concertaron entrevistas personales con los responsables de todos estos SUH para que contestaran dicho cuestionario a un entrevistador. En total, participaron 79 de los 82 SUH (93%), por lo que los resultados obtenidos se aproximan mucho a la realidad de los SUH catalanes en 2012. En este estudio 2.899 puestos de trabajo teóricos a jornada completa. De las horas de trabajo médico, el 50,4% las desarrollan médicos con contratos directamente vinculados a Urgencias (73% fijos y 27% no fijos o interinos), el 19,1% médicos de otros servicios que hacen guardias en urgencias y el 30,6% residentes.

² El documento está accesible en la siguiente dirección electrónica oficial:
[https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/11-NecesidadesMEspecialistas\(2010-2025\).pdf](https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/11-NecesidadesMEspecialistas(2010-2025).pdf)

Con los datos previos, y haciendo una extrapolación al resto de España del estudio SUHCAT y añadiendo los profesionales que trabajan en Servicios de Emergencias, puede concluirse que en la actualidad hay entre **8.000 a 10.000 profesionales en estos dispositivos. Lo que supondría que se trata del segundo grupo más numeroso de profesionales médicos , por detrás de los de Atención Primaria.**

Dada la no existencia en España de una especialidad reglada vía MIR, el grado de formación de estos profesionales es diverso. Haciendo una extrapolación de los datos obtenidos en el estudio SUHCAT 2014, el abanico de especialidades previas corresponden a medicina familiar y comunitaria (24%) y medicina interna (16,6%), y el 11,3% no tiene especialidad. El resto son proceden de distintas especialidades. En el resto de España la cifra de médicos sin especialidad previa probablemente es mucho mayor, si se incluyen los grupos que quedaron fuera del estudio. En cuanto a su nacionalidad, en el estudio el 62,8% son españoles, el 2,1% comunitarios no españoles y el 17,7% no comunitarios. Es decir, observamos una **gran heterogeneidad** en lo que se refiere a este aspecto, que no difiere de lo concerniente a otros parámetros que atañen a estos Servicios.

La mayoría de los profesionales que no poseen una especialidad previa, tienen reconocida, en territorio del extinto INSALUD, la **categoría de médico de urgencias** desde el año 2001 a través del **RD 866/2001, de 20 de julio, por el que se crean las categorías y modalidades de Médicos de Urgencia Hospitalaria**, y una **plaza estable** en el Sistema. Y, a su vez, han realizado infinidad de cursos, acreditaciones, o el **Certificado de Emergencias, CME**, costeados con medios propios, al no existir una formación reglada y en un ejercicio de **autorresponsabilidad** admirable ante la necesidad de responder a la demanda asistencial que deben asumir.

La **convivencia** laboral y profesional entre estos *diferentes perfiles de médicos* que trabajan en los SUH y los SEM siempre ha sido excelente, sin que se hayan producido enfrentamientos derivados de la diferente formación con la que los profesionales han accedido a la práctica de la MUE. Con el paso de los años, el **porcentaje de especialistas que ha permanecido de forma estable en los SUH y los SEM** ha ido aumentando progresivamente, y **en la actualidad más del 60% de ellos se encuentran vinculados de forma definitiva a dichos SUH y SEM**. Y la mayoría de ellos, también, están afiliados voluntariamente a la Sociedad que los representa, SEMES, única que recoge en España, estatutariamente, en sus objetivos fundacionales la defensa de una adecuada formación y atención de calidad en estos Servicios.

La actividad que llevan a cabo los *urgenciólogos* en los SUH y los SEM tampoco ha generado ningún grado de confrontación con la atención médica urgente que se dispensa en los Centros de Salud, la cual constituye un componente más de la actividad de los médicos de familia (tal como recoge el RD 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización) con los que siempre ha habido una **colaboración activa** para **coordinar al máximo las actuaciones** y asegurar la **continuidad asistencial** para una mejor atención de los pacientes.

Con todas estas circunstancias en las que se ha desarrollado la MUE en España (y en cuyo despliegue ha contribuido directa y significativamente mi representada SEMES como Sociedad Científica específicamente dedicada a este grupo profesional) se **califica la atención que hoy en día prestan los SUH y los SEM como razonablemente buena**; recibiendo de los usuarios una de las valoraciones más altas con respecto a las prestaciones que les brinda el SNS.

II.- La Revista **EMERGENCIAS**, publicación científica reconocida internacionalmente.

Debemos hacer también una mención a "**EMERGENCIAS**", la revista científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Cuenta con un sólido prestigio entre los profesionales de estas importantes áreas, pues se va editando con puntualidad y gran rigor desde el año 1988. La Revista Científica es el estandarte de la capacidad y penetración en el mundo científico, que es tremendamente competitivo. **Journal Citation Report** (JCR) todos los años hace públicos los factores de impacto correspondientes a las **más de 10.800 revistas científicas** que este repertorio indexa, publicadas **en 83 países diferentes**. España edita 75 de estas revistas, aunque menos de la mitad de ellas en castellano. EMERGENCIAS se sitúa en la actualidad, con un **factor de impacto de 2,578** en el **quinto lugar de todas las revistas nacionales indexadas**, y ocupa también el **tercer lugar de todas las revistas mundiales pertenecientes a su especialidad**. Pero más importante que esto lo es el hecho de que **EMERGENCIAS es la única revista entre las que se editan en lengua española situada en el primer cuartil de su especialidad a nivel internacional**, la medicina de urgencias, privilegio reservado casi en exclusiva para revistas editadas en inglés.

III.- Retos y oportunidades de mejora.

Esta situación no puede esconder los diferentes **retos y mejoras** a las que hay que enfrentarse y que mi representada ha ido poniendo de manifiesto a lo largo de la tramitación del expediente administrativo del RD 639/2014, en sus diferentes alegaciones. Así, entre las amenazas más importantes que la creación de la especialidad ayudaría a minimizar y/o hacer desaparecer, mi representada ha destacado las siguientes:

- Aunque ha disminuido durante los últimos años, hay aún **un porcentaje cercano al 50% de los profesionales que trabajan en los SUH y los SEM cambian a otra actividad médica diferente de la MUE** a los pocos años de estar en estos servicios. Esto supone una dificultad a la hora de emprender reformas estructurales en los SUH y los SEM y a la hora de equiparar el reconocimiento y las posibilidades de desarrollo profesional de los *urgenciólogos* que actualmente trabajan en España.
- También durante estos últimos años, en los que se ha producido un incremento significativo de médicos procedentes de otros países, los **SUH y los SEM han absorbido una parte importante de estos profesionales**, convirtiendo en muchos casos a estos dispositivos en **sala de espera** para la incorporación de

los profesionales a otros puestos de trabajo más acordes con sus perfiles particulares.

- La inexistencia del título de especialista en MUE no permite garantizar una **formación homogénea** de todos los profesionales que ejercen en los SUH y los SEM del Sistema Nacional de Salud. De la misma forma, tampoco se asegura la **uniformidad en los más de 30 millones de actos médicos** que cada año se practican. Se trata de una **situación verdaderamente excepcional** que no se da el resto de la actividad médica caracterizada precisamente por la homogeneidad en la formación y la uniformidad en las prácticas.
- La creación de la Especialidad primaria de MUE en el tronco médico es la única forma de garantizar una formación homogénea para las futuras promociones de profesionales que trabajen en los SUH y en los SEM, con un **programa de residencia específico que garantice especialistas al cabo de 5 años** de terminados sus estudios de grado.
- Una de las características esenciales del **programa español de Médicos Internos Residentes (MIR)** es que permite al aspirante elegir, en función de su baremo, aquella *especialidad más de acorde con sus expectativas e intereses*. Ello garantiza que buena parte de ellos inviertan los **35 o 40 años posteriores de actividad profesional hasta su jubilación en ejercer en la especialidad para la cual se han formado**. Creemos que éste es un dato fundamental a tener en cuenta para que los SUH y los SEM dispongan a medio y largo plazo de una plantilla de profesionales más estable y con un desarrollo profesional futuro de lo que a día de hoy es.
- Por otro lado, la formación a través del programa español MIR ha conseguido durante las últimas décadas una **homogeneidad en el perfil del profesional** para cada una de las especialidades que forman parte del programa. Este es también un objetivo de primer orden a conseguir para los profesionales que trabajan en los SUH y los SEM.
- **La reivindicación desde hace 26 años de la especialidad de urgencias y emergencias atañe exclusivamente a los profesionales que desarrollan su actividad en los SUH y en los SEM**, independientemente de cuál sea su especialidad, a la vez que no se entromete con otros compañeros que desarrollan su actividad en otras especialidades o campos diferentes a éstos, y sin menoscabo de la participación activa de otros perfiles de profesionales en estos servicios, en función del tipo de hospital y la complejidad de determinados procesos.
- Esta reivindicación de la especialidad de MUE **no cierra la puerta** a la obtención del título a profesionales que durante años han desempeñado la labor de *urgenciólogos*, sino que es pretensión de SEMES que obtengan el título de especialista previa demostración del trabajo realizado y los conocimientos adquiridos, con un baremo que deberá establecer la Comisión Nacional creada al efecto.

- La creación de la especialidad de medicina de urgencias y emergencias no introduce -tal y como en ocasiones se ha señalado- *rigideces* o *compartimentos estancos en el sistema, o en la gestión de RRHH*. De hecho, en la propuesta de Real Decreto se evitaba esta circunstancia al **permitir la coexistencia en un mismo servicio de urgencias profesionales con distintas especialidades trabajando** y tratando de manera aún más eficiente todos aquellos casos que correspondan a ese servicio en función de las necesidades y características de cada uno de estos servicios.

Por el contrario, la inexistencia actual o futura de la **especialidad primaria Sí genera compartimentos estancos y una percepción de temporalidad que irá en contra de la gestión moderna de cualquier servicio que quiera ofrecer unos mínimos estándares de calidad.**

- **La creación de la especialidad de MUE no incrementará los costes**, partiendo de la base de la existencia actual de plantillas y la **no** necesidad de crear una nueva realidad administrativa, que ya existe. **La creación de la especialidad no implica *per se* -mi representada nunca lo ha reclamado- mejoras o incrementos salariales o de plantillas.** Tan sólo se busca y se produciría la homogeneización de la formación del futuro profesional de urgencias, acorde con lo que está contenido en el ordenamiento jurídico español y europeo, que beneficiará a los pacientes que acudan a estos servicios.
- La formación médica debe orientarse por criterios de convergencia respecto de los países de nuestro entorno, comenzando por la propia UE. **Los profesionales del futuro deben poder elegir su futuro profesional en el mercado que elijan**, con los **estándares mínimos sometidos a reconocimiento, consensuados por los organismos y asociaciones de profesionales internacionales**. En Urgencias se requieren un mínimo de 5 años de formación específica. Fuera de esta formación los profesionales no serán reconocidos fuera de España.

IV.- La especialidad de MUE es deseada por los futuros profesionales.

En un estudio publicado en 2010 a partir de unas encuestas realizadas en **Facultades de Medicina de Universidades de Cataluña**³, una parte importante de los futuros médicos verían con buenos ojos la especialidad de MUE puesto que **más de la mitad de ellos la sitúa entre sus preferencias**. Esta cifra debe considerarse elevada si se tiene en cuenta que los MIR se decantan cada vez más por especialidades con menor carga asistencial, que no es precisamente el caso de la MUE. Estos resultados indican, por un lado que **los estudiantes encuestados consideran que es una especialidad con entidad propia digna de ser escogida, y por otro lado que las plazas ofertadas probablemente se cubrirían.**

³ Cfr. Revista EMERGENCIAS, 2010; 22:21-7.

Esto demuestra que **los estudiantes consideran la MUE como una disciplina diferenciada del resto de especialidades**. Esta idea se ve reforzada por el hecho que, independientemente de la preferencia a la hora de escoger la especialidad, una amplia mayoría de ellos había cursado o tenía intención de cursar voluntariamente prácticas en servicios de urgencias y/o una asignatura optativa de esta disciplina.

Otro trabajo, también publicado en 2010⁴, basado en una encuesta estructurada, realizada por encuestadores entrenados pertenecientes a **una de las empresas de Demoscopia con más prestigio** de España, en el Ministerio de Sanidad y política Social (MSPS), a los **médicos que habían aprobado el examen MIR y que estaban convocados en el MSPS durante esas fechas para elegir plaza para** realizar su formación especializada, demostró que **hasta el 40,5% de los MIR de 2010 aceptarían desarrollar su formación en la especialidad de MUE** y, lo que es más importante, **el 9% la hubiese elegido como primera opción** de haber existido en dicha convocatoria, por delante de las otras 44 especialidades vigentes en aquel momento.

Estos hallazgos son más relevantes, si cabe, si se tiene en cuenta que **la voz de los MIR es la de los auténticos protagonistas responsables del futuro médico español** a medio y largo plazo, de la **continuidad y mejora del Sistema Nacional de Salud** que tan alto grado de reconocimiento ha merecido dentro y fuera de España. Otros datos de este estudio resultan también especialmente relevantes. La predisposición a situar la MUE en primer lugar es mayor en los MIR extranjeros, aumenta progresivamente con la edad y con el número de orden obtenido en el examen, y se produce de forma **significativamente más frecuente entre el colectivo de MIR que eligen Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Intensiva**. Aunque estos datos apuntan a que los médicos que han obtenido las mejores posiciones en el MIR tienen una menor predisposición a la MUE, no es menos cierto que las primeras 70 plazas ofertadas de MUE, si las hubiese, se cubrirían con MIR con una posición entre el 1 y el 2.500, ya que el 2,9% de estos aspirantes situaron la MUE en primer lugar. Por otro lado, si se asume que aquéllos que citaron la MUE como su primera opción lo hicieron de forma veraz por delante de la opción que finalmente eligieron al no poder hacer efectiva su verdadera vocación de *urgenciólogo*, más de 350 MIR de Medicina Familiar y Comunitaria de 2010 son, en realidad, *urgenciólogos* vocacionales. Razonablemente, **estos números aseguran una buena cobertura de las plazas de MUE que se acrediten durante las primeras convocatorias**. Y por cierto, sin diferencias de género: las médicas tienen prácticamente la misma vocación y predisposición que los médicos para especializarse en MUE.

El **80%** de las Facultades españolas tienen una **asignatura de urgencias** en sus Programas de Pregrado. La EuSEM publicó en 2010 el **Programa Europeo de Estudios de Medicina de Urgencias y Emergencias**. **Estos datos se encuentran en línea con lo que se ha vivido y se vive en los países con larga tradición en un programa formativo estructurado de especialización en MUE**. Estos países no han registrado especiales problemas para cubrir las plazas de residentes en cada una de sus convocatorias. Es más, en Estados Unidos, donde la especialidad de MUE cuenta con más de 30 años de historia, en 2009 fue la cuarta especialidad en número de plazas ofertadas y la quinta en número de solicitudes recibidas para iniciar el programa de formación de

⁴ Cfr. Revista EMERGENCIAS, 2010; 22:323-30.

especialista. En Canadá, existe una fuerte presión para el incremento en el número de plazas.

V.- La Medicina de urgencias no compite con otras especialidades.

Si se crea la especialidad de MUE no se coarta la posibilidad de salida laboral de otras especialidades, como puedan ser los Médicos de Familia e Internistas, si es eso lo que les preocupa a estas Sociedades. **El desarrollo de una especialidad es muy lento en el tiempo**, lógicamente, no menos de 20 o 25 años. En las mejores condiciones no sería posible formar anualmente más de 200-220 residentes. Durante muchos años Urgencias seguiría siendo lugar de salida de otras especialidades, como ha ocurrido hasta ahora, con la consecuente heterogeneidad en su formación, y la fragmentación, aquí sí, de la atención.

La **formación Troncal**, una de las bases del RD demandado, constituye precisamente **un magnífico escenario para incluir la MUE como una especialidad troncal más, en la línea sostenida por varios de los trabajos realizados en propio Ministerio de Sanidad, como se refiere en otro epígrafe, como apuesta de futuro**. No estorba ni compite con el resto de especialidades médicas. Es su escenario natural. Y se complementa con un tiempo de formación en 2 períodos: general y específico.

Desarrollarla como Área de Capacitación Específica (ACE) sí es más caro, alargando hasta 4-5 años más esta formación, que es **generalista**, y no *superespecializada*, como pueda ser la Hepatología avanzada, también incluida en el Anexo II, a la que la equiparan en la redacción actual del RD.

TERCERO.- PAPEL DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS COMO RED DE SEGURIDAD SANITARIA.

I.- Importancia de los SUH y SEM.

La atención sanitaria urgente en España supone un **volumen** importante en el conjunto de prestaciones que el SNS pone a disposición del ciudadano. En números globales, este volumen supuso **el año 2012 más de 26 millones de consultas en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) y varios millones más de asistencias llevadas a cabo por los Sistemas de Emergencias Médicas (SEM)**. Asimismo supone la **entrada de casi el 60% de los pacientes que ingresan en los Hospitales**, lo que refuerza la necesidad de abundar en la adecuada **formación** de estos profesionales.

El **ciudadano** ha dado y da a la atención urgente mucha importancia. Ya en los años 80, antes de crearse la mayoría de las especialidades vigentes, **uno de los 4 pilares que los pacientes percibían como fundamentales en sanidad era la atención urgente**. Durante estas últimas décadas, de forma mantenida y prácticamente constante, el 70% de los pacientes que acude a urgencias lo hace por iniciativa propia a pesar de diversos intentos por limitar esta cifra. Por tanto **es una realidad social incontestable** que en España el ciudadano quiere acceder a este tipo de atención médica que le permite utilizar su **criterio de necesidad**.

Las prestaciones sanitarias públicas nos definen a qué servicios sanitarios tiene derecho la población de un País y en un momento concreto. La propia **Organización Mundial de la Salud, OMS**, traslada en este caso al paciente la decisión: ***Urgencia es toda condición que, en opinión del paciente, su familia o allegados, requiere asistencia inmediata.***

Hay que recordar que según el último **Barómetro Sanitario (agosto 2014)**, los servicios de urgencias son unos de los **servicios sanitarios públicos mejor valorados** por los españoles, *“especialmente porque resuelven mejor los problemas”* y *“con bastante rapidez”*. La puntuación sobre el servicio de urgencias fue de *“Bien”* con un 58.1, frente a 22.3 que lo puntuaron como *“Muy Bien”*. Este comportamiento es recurrente, desde el conocimiento que se demuestra de este tipo de encuestas, publicadas en la Página Web del Ministerio desde el año 2004.

En las últimas décadas se viene produciendo un aumento progresivo de la población con una o más enfermedades crónicas. Este patrón epidemiológico, que ya predijo la **Organización Mundial de la Salud, OMS**, a finales de la década de los años 70 del siglo anterior, ha originado un **aumento de la demanda** de los servicios sanitarios en todo el mundo desarrollado, con un 80% de las consultas de atención primaria, un 60% de las hospitalizaciones, junto a un aumento de las estancias hospitalarias, **de los servicios de urgencias**, hospitales de día y consumo de medicamentos. Y es causa, junto al elevado coste de nuevas tecnologías, del **75% del gasto sanitario**.

Sin embargo, este cambio del patrón epidemiológico no ha sido acompañado de una evolución o adaptación de una parte importante de la organización sanitaria acorde a estas nuevas necesidades. En estos últimos años, en el contexto de crisis económica global que venimos padeciendo, han ido apareciendo numerosas estrategias y planteamientos basados en la prevención y el manejo de este tipo de patologías crónicas. El cómo se desarrollen este tipo de estrategias en el presente constituirá en el futuro un **nuevo paradigma** de los Sistemas Sanitarios.

- a) Cabe hacer mención aquí del denominado **“Multiple Chronic Conditions: A Strategic Framework”**, publicado en 2010 por el U.S Department of Health & Human Services, a partir del **PPACA, o Reforma Obama**, que hace énfasis en la prevención primaria en las primeras etapas de la infancia, y en la secundaria, intentando **focalizar esfuerzos en determinados subgrupos de pacientes con una o más enfermedades crónicas**, haciendo énfasis en la orientación del sistema hacia este tipo de pacientes, la promoción de la formación en el autocuidado, identificar las mejores herramientas de manejo y la investigación.
- b) La **“Estrategia 2020 de la Unión Europea por un desarrollo, incluyente, sostenible e inteligente”**, indica que la promoción de la salud producirá un impacto positivo en la productividad y la competitividad, y el desarrollo e inversión en nuevas tecnologías será la llave de la sostenibilidad de nuestros sistemas sanitarios, en el contexto del patrón demográfico actual y futuro. Las iniciativas que propone se superponen a las anteriormente citadas.

- c) El **“Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España”**, publicado por el Ministerio de Sanidad, política Social e igualdad en diciembre de 2011, partiendo de una exhaustiva estrategia de búsqueda bibliográfica, realiza una densa descripción de experiencias tanto internacionales como nacionales, culminando con la propuesta de 63 posibles iniciativas o líneas de trabajo a desarrollar en este contexto.

- d) Por último cabe mencionar el recientemente publicado documento de consenso de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (**SEDAP**), **“Estrategia de gestión de crónicos”**, que basa su desarrollo en la puesta en marcha de 12 iniciativas concretas que van desde el desarrollo de una cartera de servicios específica, la gestión por procesos (con el **modelo de Kaiser** permanente modificado), la implicación del ciudadano en su salud, el establecimiento de alianzas con distintos actores, el rediseño de la organización, la definición de liderazgos, un nuevo marco de relación con los profesionales, aspectos de financiación, la adecuación a estos nuevos escenarios de la enseñanza de grado y posgrado, promoción de la investigación y el desarrollo de sistemas de información.

Los **Servicios de Urgencias** juegan en este escenario un papel fundamental, si tenemos en cuenta que **agudizaciones** de patologías como la **osteoartrosis**, la **insuficiencia cardíaca**, la **enfermedad pulmonar crónica**, el **asma**, la **diabetes**, la **hipertensión** (estas dos últimas en aumento en España, según el último barómetro sanitario), o los **trastornos mentales**, el **abuso de drogas** o el **deterioro cognitivo**, entre otras, pueden tener mucho que ver en múltiples ocasiones con la patología habitual de estos Servicios. Y aún más reforzado si tenemos también en cuenta que **a mayor número de procesos crónicos** que acumulen estos pacientes (3'28 de media en mayores de 75 años), en los servicios de urgencias vamos a afrontar un **aumento de la morbimortalidad, deterioro del estado funcional, necesidad de hospitalización o inadecuada hospitalización, efectos adversos de medicamentos, duplicación de pruebas si falta información, y/o conflictos médico-legales.**

Se puede afirmar ya sin ninguna duda que **los Servicios de Urgencias y Emergencias en el mundo desarrollado se han ido desarrollando en el contexto de este cambio “sociosanitario”, ya que se han ido adaptando en origen y en su evolución a la realidad social.** Dada la rutina de funcionamiento de los Centros sanitarios y el régimen laboral de muchos servicios y dispositivos sanitarios que concentra la actividad normalmente de 8 a 15 horas, o como mucho hasta las 21 horas, en días laborables, **los Servicios de Urgencias se han convertido en España no ya sólo en el único dispositivo sanitario accesible en muchos tramos horarios y todos los festivos** (unos 120 al año), sino también en el **único dispositivo social accesible.** Situación esta última que vemos aumentar en los últimos tiempos, probablemente en el contexto de crisis mencionado. Y año tras año, persiste el dato constante en las encuestas de percepción de que casi el 80% de los pacientes que acuden a Urgencias lo hacen por **propia iniciativa.** Y más del **25% son pacientes mayores de 65 años (otro 25% menores de edad).**

Y, efectivamente, hasta el **10 al 20% de los pacientes** que se ven en los Servicios de Urgencias, según área geográfica y tipo de hospital, tiene un **patrón social**, y en un mayor porcentaje, su contexto social ha devenido en un problema clínico urgente, en muchas ocasiones grave, que requiere al menos observación o, incluso, ingreso hospitalario.

En este contexto, al margen de la recomendación de **el Informe del Defensor del Pueblo, de 1988**, de introducir la figura del **trabajador social** en estos Servicios, parece razonable asumir que **estos Servicios ya trabajan hace años en redirigir según patrón al paciente hacia el mejor dispositivo sanitario o sociosanitario** (residencias asistidas, hospitales de media-larga estancia, hospitalización a domicilio...), establecer planes de cuidados al alta, programas de conciliación terapéutica y, más recientemente, alarmas electrónicas e intercambios de información o comunicación de asistencia en los mismos, según el nivel de desarrollo e interoperatividad de los sistemas informáticos, entre otros muchos aspectos. Y que asumen también hace años una parte importante de la atención y el **cuidado sobre todo de los dos grupos de población que ocupan la cúspide de la pirámide de Kaiser** antes mencionada (las que más problemática médico-social presentan y más cuidados requieren). Cualquier iniciativa que obvie esta realidad estará destinada, una vez más, a un seguro fracaso. No es un problema de reivindicar el ser. Eso ya lo sabe la población hace años. **Es el resultado de estar**, independientemente de la hora y el día. La salud futura dependerá del **esfuerzo educativo** que se haga en las escuelas en este sentido desde edades tempranas. Y el futuro eficiente del Sistema pasará, además, por **no replicar estructuras administrativas con vicios similares a los de antes**, sino por **redirigir y aprovechar mejor las que existentes, atendiendo a los patrones sociales** del momento.

II.- Importancia de los criterios de organización.

Como hemos señalado a partir de las fuentes disponibles más fiables, en España existen **entre 8.000 y 10.000 médicos** en los dispositivos de urgencias y emergencias, caracterizados por una **formación heterogénea**. Pues bien, si tenemos en cuenta que tanto en los SEM como los SUH de Hospitales de primer y segundo nivel **no existen ni van a existir diferentes profesionales de múltiples especialidades**, la existencia de **unos profesionales capacitados para atender el mayor porcentaje posible de procesos urgentes por sí mismos** es imprescindible, sobre todo en esos entornos. Y para ello resulta necesario contar con una formación reglada y específica en MUE. De no ser así, hay un riesgo alto y cierto de que se produzcan **inequidades en la atención** en muchos de estos Servicios, además de **ineficiencias** por la necesidad de derivar en traslados secundarios a pacientes con procesos que no lo requerirían si fueran atendidos por profesionales debidamente formados.

Es decir, en España, a diferencia del resto de países de nuestro entorno, persiste el modelo de **“varios médicos para un solo paciente”**, modelo mayoritario antes del actual desarrollo de los servicios de urgencias -en España y en el conjunto de la UE- organizados en torno al principio inverso -“**un médico para todos los pacientes**”- y que **implica una formación reglada**. Sin esta formación, los pacientes serán atendidos por médicos residentes en formación, por médicos con escasa formación o por especialistas que dominan, generalmente, sólo aquellas urgencias propias de su

especialidad. El paciente, en ocasiones, será evaluado por varios especialistas hasta que *uno de ellos* se haga cargo de su problema de salud.

Que eso ocurra o no dependerá de la disponibilidad del especialista oportuno en el momento concreto, **no de la comodidad del paciente, ni de la eficiencia en la gestión de la asistencia o de los tiempos de permanencia en los Servicios.**

Es imaginable la trascendencia que, desde el punto de vista económico y presupuestario ha tenido y puede tener esta concepción de este tipo de prestación

El modelo ACE lleva a configurar especialistas que dominan sólo o muy principalmente las urgencias propias de su especialidad, lo que contradice el principio de consideración integral del paciente; y viceversa con la consideración de la Especialidad MUE.

CUARTO.- EL INFORME SOBRE TRONCALIDAD DE LA COMISIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL SNS DE 30 DE JUNIO DE 2008.

En **2006** se constituyó en el seno de la **Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud** (creada por el artículo 35 de la Ley 16/2003, de 18 de Mayo, de Cohesión del Sistema Nacional de Salud), un **grupo de trabajo de comunidades autónomas sobre troncalidad**, que acordó solicitar, con carácter previo al inicio de sus actividades, un **informe sobre Troncalidad al Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, CNCS.**

El precedente del actual CNCS fue el Consejo Nacional de Especialidades (CNE), creado en **1984**, fecha de la publicación del RD 127/1984, a partir del cual se constituyeron la mayoría de las Especialidades médicas vigentes en España, sin mucho mayor criterio que el de tener detrás Sociedades Científicas que defendían, sin duda legítimamente, esos ámbitos de actuación. A partir de aquí se constituyen, a partir de los artículos de dicho Real decreto las **Comisiones Nacionales de Especialidad y el Consejo Nacional de Especialidades Médicas**, que como vemos en el desarrollo del articulado, ejercen mucho poder, como se deriva de la redacción de sus artículos 13, 14, 15 y 16.

De esta manera **SEMES**, que se constituye en el año **1987**, se convierte, al margen de su legitimidad y su penetración y liderazgo en el segundo grupo más numeroso de profesionales médicos (los *urgenciólogos*) y, en consecuencia, de su indiscutible representatividad profesional, en una entidad excluida administrativamente. Tanto las diferentes Comisiones Nacionales como el Consejo Nacional de Especialidades Médicas no están sometidas a prácticamente ninguna regulación administrativa hasta que cambió de nombre, tras su nueva regulación al incluirse por Ley (Ley 44/2003) en el segundo caso, como **Consejo Nacional en Ciencias de la Salud (CNCS)**. Este cambio de nombre fue oportuno, porque sirvió para que muchos de sus componentes continuaran, fuera de la expresión democrática, como miembros del mismo. La diferencia es que desde la Ley 44/2003 sí es un órgano regulado por la Ley 30/1992, como señala su articulado. **Obviamente todo lo referente a cualquier iniciativa relativa a la profesión de Urgencias y Emergencias se encontraba con los intereses**

creados en este órgano colegiado asesor y ejecutivo, con razón o sin ella. Ni que decir tiene que muchos de sus componentes llevan más de 20 años ejerciendo su labor en el mismo.

El **Grupo de Trabajo** estuvo coordinado por la Vicepresidenta -entonces y hasta fechas recientes- del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud CNCS, y miembro fundador de una de las Sociedades que argumentan alegaciones en contra de la creación de la especialidad de MUE. Este informe se emitió con fecha el 30 de junio de 2008. En el Informe -elaborado en el contexto de la LOPS y de la recientemente publicada Directiva 2005/36/CE- se realiza un estudio de los sistemas de formación especializada en el entorno europeo, centrado en 6 países, y en EEUU.

El Informe destaca ***“la preocupación existente en Europa por la movilidad de los médicos especialistas entre países y el reconocimiento mutuo de las competencias profesionales⁵ ha estimulado, desde hace años, a distintas organizaciones europeas a trabajar para armonizar los programas formativos y los contenidos curriculares, estableciendo guías y recomendaciones a los distintos gobiernos y colectivos profesionales. Entre estas organizaciones destaca la Unión Europea de médicos especialistas (UEMS), una organización no gubernamental sin ánimo de lucro, creada en Bruselas en 1958. En el momento actual (año 2005), cuenta con un miembro de derecho por cada uno de los países de la UE y una serie de miembros asociados, que corresponden a otros países europeos, en general aspirantes a integrarse en la UE. Entre sus principales objetivos la UEMS señala el de influir sobre las autoridades sanitarias europeas para definir los principios básicos en el campo de la formación de los médicos especialistas europeos. En este sentido (tiene sede en Bruselas) asesora y forma parte del Comité Consultivo de Formación Médica de la UE, es asesor de la propia Comisión Europea y forma parte del Comité Permanente de los Médicos Europeos (SCED), organismo asesor de la propia Comisión y que está compuesto, fundamentalmente, por los colegios de médicos de los estados miembros de la UE.”***

“La UEMS ha establecido unas secciones y comités para las distintas especialidades médicas. Cada una de estas secciones y comités ha elaborado los requisitos que deben tener los programas de formación en las distintas especialidades, el currículo, las competencias Técnicas, con el número mínimo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que debe acreditar el residente para obtener el certificado de la especialidad. Además, establecen también los mecanismos de acreditación de los centros formadores de estos especialistas.”

“El órgano colegiado de mayor importancia como comité de expertos es el denominado Comité Consultivo para la formación de los médicos (ACMT o “Advisory Comité on Medical Training”) del Consejo de las Comunidades Europeas. Su objetivo es procurar que en la educación y la formación de los médicos de la UE exista un estándar de

⁵ El Informe incurre en el error de identificar el sistema de coordinación de especialidades contemplado en la fase inicial por la Directiva 93/16/CEE del Consejo, de 5 de abril de 1993, destinada a facilitar la libre circulación de los médicos y el reconocimiento mutuo de sus diplomas, certificados y otros títulos, con el sistema de reconocimiento automático que -a la vez que deroga a dicha norma- implanta la Directiva 2005/36/CE en vigor, una vez avanzado el sistema y sentadas las bases de la coordinación progresiva de las enseñanzas y los requerimientos mínimos.

exigencia comparable. Cada estado miembro tiene tres expertos en él. Sus informes, dictámenes y recomendaciones pueden ser convertidos en “directivas comunitarias”.

En la actualidad el ACMT ha desaparecido, y el principal órgano asesor del Consejo, la Comisión y el Parlamento europeos, con capacidad para promover Directivas Comunitarias es la UEMS, que representa a 1'5 millones de especialistas en la UE.

QUINTO.- INFORME DEL GRUPO DE TRONCALIDAD DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS, DEL CNECS DE 30 DE JUNIO DE 2006.

Para elaborar el desarrollo troncal, la Comisión elaboró una iniciativa de “consenso”, a través de una Técnica Delphi, a todos los Presidentes de las Comisiones Nacionales, a partir de tres encuestas. El objetivo de la primera fue determinar el grado de acuerdo con la troncalidad y las posibles asociaciones en tronco de las especialidades a través del análisis de la necesidad de estancias formativas entre ellas. Una vez realizadas las posibles asociaciones, el segundo cuestionario exploraba el grado de acuerdo con las diferentes asociaciones propuestas y con otras posibles que pudieran sugerirse por las distintas comisiones nacionales. Se propuso finalmente una opción y se pidió en la tercera encuesta la definición de las competencias genéricas y transversales a adquirir en cada tronco.

Además de realizar una propuesta de competencias genéricas comunes a todas las especialidades y sus correspondientes troncos, que podrían ser formación dada en los estudios del Máster de Medicina, se realizan las siguientes sugerencias, entre otras:

- Que haya una mayor participación de los presidentes en el proceso
- Hay especialidades que tienen aspectos propios de diferentes troncos
- Se solicita por parte de bastantes de ellos un aumento de los períodos de formación específica si se implementa el modelo.

Posteriormente en el documento de trabajo se realiza la propuesta de Troncos y de especialidades no troncales, prácticamente equivalente a la publicada en el actual RD. Hay que destacar que los lugares básicos de aprendizaje más importantes propuestos para esta formación troncal son:

- Centros de Salud
- Medicina Interna
- **Urgencias y Emergencias**

El documento del CNE recoge una serie de recomendaciones y un epílogo (cfr. f.559 y ss C1):

“Recomendaciones

El Grupo de Troncalidad y la Comisión Permanente del CNECS recomiendan, una vez analizados el marco legal, el entorno europeo e internacional y el consenso profesional, que:

1. La troncalidad se configure en torno a tres troncos: Médico, Quirúrgico y Médico y de Laboratorio Clínico
2. Durante el periodo troncal, las especialidades deben tener estancias formativas comunes que deben garantizar la adquisición de las competencias transversales comunes, eje nuclear de la troncalidad
3. Las especialidades no troncales deben tener, al menos, un año de estancias formativas de las especialidades troncales.
4. Todos los niveles y centros del Sistema Nacional de Salud deben permitir estancias formativas con criterios de integral e integrado que abarquen desde las urgencias y la atención del paciente crítico, hasta la experiencia en el medio extrahospitalario y de Atención Primaria.
5. La elección de la especialidad, al final del periodo troncal, será entre aquellas especialidades de cada tronco en cada centro docente.
6. El Comité de Estudios del CNECS deberá hacer una propuesta sobre las especialidades de Escuela.
7. La formación troncal no debe incrementar de forma sustancial los periodos formativos de cada especialidad.
8. Las Unidades Docentes acreditadas deberán adaptarse a la troncalidad incluyendo la posibilidad de asociación docente entre hospitales y centros de atención primaria.
9. El acceso a la formación especializada se ha de hacer en dos fases. En la prueba de acceso al tronco, primera fase, se ha de evaluar además de conocimientos, las habilidades clínicas y comunicativas.
10. Es responsabilidad de las Comisiones Nacionales de cada especialidad:
 - a) elaborar el programa del tronco correspondiente en el que esté incluido
 - b) adaptar el programa formativo de su especialidad a la troncalidad
 - c) establecer los criterios comunes de acreditación de las Unidades Troncales
 - d) participar en la elaboración de contenidos, criterios y métodos de evaluación de todo el proceso formativo.

Epílogo:

Destaca que es **“IMPRESINDIBLE la adecuación de nuestras especialidades al marco europeo al que pertenecemos, para cumplir sin obstáculos y de manera competitiva con los principios de su Carta Magna.”**

Hay varios detalles que llaman la atención de este estudio, base del RD 639/2014, según se destaca en la Memoria de Análisis de Impacto Normativo:

1. Como se ha venido diciendo de forma reiterada, va a ser necesario aumentar los períodos de formación específica de numerosas especialidades. No viene recogido este aspecto en ninguna parte del RD. Desde un principio se dijo, no obstante, por muchas fuentes, y así está recogido en manifestaciones públicas y en muchas de las alegaciones, que **el período de formación troncal de dos años no podía ir en detrimento del período de formación específica** de la especialidad correspondiente.

2. Se hace una alusión recurrente a la convergencia en formación con el resto de Estados de la Unión Europea, base del cumplimiento de los principios de su carta magna. En el RD no se alude a ello.
3. Se habla de las pasarelas que se configuran para la posible reespecialización, a partir de las especialidades del mismo tronco.
4. **No se hace mención a las Áreas de Capacitación Específica**, de lo que se deduce que **carecen de cualquier estudio mínimamente riguroso que sustente su propuesta**.
5. **En Medicina, como en Derecho, las fuentes de información y la evidencia** forman parte ineludible de cualquier tipo de iniciativa que afecte a nuestra profesión. No podía ser menos con una propuesta que modifica de forma radical la formación médica especializada en España, como es el Documento del Grupo de Trabajo sobre Troncalidad del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, y que es la base de todos los borradores a este respecto, con escasísimas modificaciones. No se hace una relación de los autores del mismo (el conocimiento de quién fue su Coordinadora se extrae de Internet, ya que figura en su currículum informal, como mérito) y **no hay una sola cita bibliográfica**. Es entendible que cualquier persona en nuestro mundo pueda tener una opinión determinada, respetable. Pero el que constituye el único informe que sustenta un Real Decreto del gobierno de España, refrendado en el de la Comisión de Recursos Humanos, debería haber estado mucho más trabajado.
6. Estamos hablando de un **informe, único**, que se empieza a hacer en 2006, y se entrega en 2008. Hasta 2012, que se entra en periodo de elaboración del RD demandado.
7. El Consejo de Estado hace observaciones taxativas a este respecto, especialmente en su **primer Dictamen Número de expediente: 1100/2013 (SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD)**.

“La estructuración de las especialidades en unos llamados "troncos" supondrá que para adquirir la formación especializada se deberá seguir una parte del programa (el troncal) de modo que se adquieran conocimientos en las distintas materias -especialidades- del tronco, aunque no se correspondan con la especialidad que vaya después a seguir el aspirante, con el riesgo de que, en algunas áreas, los nuevos especialistas adolezcan de la formación y capacidades técnicas y científicas adecuadas.

Tal esquema requerirá, desde luego, un considerable esfuerzo de programación, en especial para que los dos años de formación troncal se canalicen y desarrollen de modo que tanto los aspirantes como los docentes presten la debida dedicación y atención a ese tiempo. A estos efectos, será necesario crear equipos pluridisciplinarios integrados por especialistas con la adecuada formación para establecer el equilibrio necesario que se otorga al periodo troncal y al específico tanto en sus contenidos como en su duración.

Se deberá así tener especial cuidado para que esos dos años no sean en la práctica un alargamiento de la propia carrera. Hay que tener en cuenta que a los seis años de carrera universitaria (que se corresponden con genuina formación troncal) se añadirán dos años, nuevos, de formación especializada troncal y, seguidamente, los años de formación especializada propiamente dicha. De hecho obsérvese que la disposición adicional segunda del proyecto anuncia, incluso, una sustitución del sistema de evaluación del periodo de formación troncal por un examen.

El tema resulta especialmente relevante en el caso de especialidades del llamado "tronco médico", que es una especie de cajón de sastre en el que se aglutinan especialidades muy diferentes, como son todas las que antes se refirieron.

Hay que tener en cuenta que la reforma introducida en el art. 19 de la Ley 44/2003 por la Ley 10/2013, de 24 de julio, ha supuesto prever que la formación especializada se podrá desarrollar bajo criterios de troncalidad. Aunque ya esa Ley 44/2003 hacía alguna referencia a los troncos comunes (artículos 19.3, 21.3 o 23), el sistema vigente no está estructurado de tal modo.

En concreto el apartado 2 de ese reformado artículo 19 establece lo siguiente:

"Las especialidades en Ciencias de la Salud se agruparán, cuando ello proceda, atendiendo a criterios de troncalidad. Las especialidades del mismo tronco tendrán un período de formación común de una duración de dos años. No obstante, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo informe de las comisiones nacionales de las especialidades implicadas, del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, y de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, podrá disminuir o aumentar la duración del periodo troncal hasta un máximo de seis meses, según las competencias a adquirir en el periodo de formación troncal de que se trate. En estos supuestos, las evaluaciones a las que se refiere el artículo 20.2 e) de esta Ley se adecuarán, en los términos que se determine reglamentariamente, a la nueva duración de los periodos de formación troncal".

Cabe observar que la reforma introducida en ella por la Ley 10/2013 no aparecía prevista en el proyecto de esa ley remitido por el Gobierno a las Cortes, el cual fue además dictaminado por el Pleno de este Consejo bajo el número 1.330/2012. La introducción de la reforma fue fruto de una modificación en el proyecto de ley durante su tramitación parlamentaria, en concreto de la enmienda nº 97 presentada en el Congreso.

El sistema vigente no olvida la pertinencia de que los especialistas adquieran conocimientos médicos adicionales a los de su propia especialidad, pero no está estructurado sobre la base de la formación común troncal a la que se refiere el nuevo transcrito artículo 19.2 de la Ley 44/2003, sino que los aspirantes pasan directamente a formarse en la especialidad que les corresponda.

Pero el nuevo artículo 19 no impone que toda especialidad deba incluirse en un tronco, y precisamente por ello, se prevé que ocho especialidades no serán troncales, sino que se adquirirán mediante formación ajustada al sistema clásico (actual).

Todo lo anterior aconseja plantearse la cuestión sobre si es correcta la elección que se hace a la hora de incluir en los términos proyectados las especialidades en troncos y si tiene sentido un tronco tan amplio como el médico.

Por otra parte, el proyecto no fija criterio alguno sobre la duración del periodo de formación especializada propiamente dicha. Aunque la previsión queda para los programas docentes, parece oportuno que esta norma establezca ya criterios o plazos mínimos al efecto."

8. Cabría añadir a lo expresado por el Consejo de Estado, que si después de 8 años desde el inicio del Trabajo de Grupo, hasta hoy, aún se necesitan hasta dos años para la elaboración del Programa Formativo de cada especialidad, es razonable pensar en una **gran dosis de improvisación continuada a lo largo de todo el proceso de tramitación del RD demandado.**
9. La Directiva 36/2005/CE y su RD de transposición 1837/2008 contienen claramente, en el **Anexo V, cuadro 5.1.3., los períodos mínimos de formación de las especialidades reguladas sometidas a reconocimiento automático (incluida la especialidad de Urgencias).** Es decir, **ya está regulado en nuestro ordenamiento jurídico.** En este sentido, la norma objeto de la demanda **rompe la coherencia jurídica y genera incertidumbre,** lo que contraviene la normativa de elaboración de Memorias de análisis de impacto normativo vigente.

10. En relación con el epígrafe anterior, Las Directrices de Técnica normativa, aprobadas mediante Acuerdo del Consejo de Ministros de 22 de julio de 2005, señalan que, *«como norma general, es preferible la aprobación de una nueva disposición a la coexistencia de la norma originaria y sus posteriores modificaciones»*. En este caso se vulnera claramente este precepto. En este caso además, a partir del **criterio de aceptar el principio de subordinación, prevalece la norma internacional (RD 1837/2008)**.
11. El RD va a generar un considerable gasto a las CCAA., por lo que contraviene la Guía de elaboración de Análisis de Impacto normativo que expresa: *“Como regla general, deberá perseguirse el objetivo de evitar, por parte del Estado, efectos financieros negativos sobre las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales como consecuencia de modificaciones legales, tanto por el lado del gasto como del ingreso”*.
12. **No se hace mención al desarrollo de las especialidades de enfermería.**
13. Lo que sí queda meridianamente claro en el RD, y su proyecto previo, es que se **va, al menos, a doblar, la estructura administrativa y la complejidad de la misma**, tal y como se recoge en los capítulos II, IV, V y algunas disposiciones adicionales, en contra de la línea argumental y legislativa del propio Gobierno.
14. Se ha hecho caso omiso a voces sensatas que advertían de la **posibilidad de aprovechar el último año de carrera para convertirlo en primer año troncal**. De este modo se servía al propósito filosófico en que se basa la exposición de motivos de esta memoria y del RD. Porque evidencia hay poca o ninguna demostrada, y sí mucha filosofía.
15. **La inversión que hacen los españoles al pagar impuestos para financiar las plazas de la carrera, ahora Master, de medicina en nuestro País, es poco rentable**, dado que no se consigue lo que se pretende y es preciso financiar 2 años más de formación general, fuera de la especialidad correspondiente.
16. En lo tocante al propósito del periodo de formación troncal, como parte aludida, ya que los Servicios de Urgencias y Emergencias se configuran como uno de los 4 principales para la formación en este periodo, les anunciamos que adquirirán, los futuros residentes troncales, un poquito más de conocimiento de la ubicación y aspectos referentes al trabajo en estos Servicios. Ni mucho menos **lo que se teoriza** que se va a conseguir con el programa de competencias sistematizado en los dos documentos de trabajo.
17. **En los Centros de Gasto, los Hospitales básicamente, va a tener que cambiarse toda la estructura de rotaciones y distribución del personal en formación y de lo concerniente a sus periodos de formación continuada (guardias)**. Tremendo esfuerzo para un resultado no medido, ni pilotado, como se sugería en alguna de las aportaciones de las entidades consultadas.
18. La **cobertura vacante de puestos asistenciales, asociados al periodo de formación**, implicará la demanda de **personal de refuerzo** en horario de jornada ordinaria y/o continuada por parte muchos Servicios Clínicos para suplir estas carencias. En muchos casos no van a disponer de “sus” residentes, hasta después de dos años. Eso va a generar **conflictos**, especialmente en un escenario presente y futuro de restricciones.
19. Se opta por un modelo “escolar”, en el sentido infantil del término. Toda la alusión que se realiza a la posibilidad de medios audiovisuales y similares, se

aleja de la idea y la consolidación de la inmersión en la práctica clínica real, base del prestigio del Programa MIR.

20. Y, en definitiva, **lo que se va a conseguir es alargar los períodos de formación especializada, añadido a lo que significa la configuración de las áreas de capacitación específica**, también bajo la estructura de formación en periodo de residencia. En otro apartado de la presente demanda se hace un análisis de lo que significará aumentar el período de formación con el aumento de este tipo de personal en puestos asistenciales, en detrimento de profesionales ya con la especialidad, y al amparo de su repercusión en el contexto de la jurisprudencia existente en nuestro País al efecto.

SEXTO.- INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO DE LA COMISION RRHH DEL SNS.

Según continúa la MAIN **partir del informe mencionado anteriormente, el Grupo de trabajo de Comunidades Autónomas elaboró**, tras la realización de múltiples contactos on-line y de 14 sesiones de trabajo presenciales, **un nuevo documento que fue presentado el 17 de febrero de 2010, a la Comisión técnica delegada de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud**, la cual consideró que, con carácter previo a la presentación del informe del grupo de trabajo ante el Pleno de la citada Comisión, debería elevarse nueva consulta al Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, para que se pronunciara sobre las posiciones discrepantes expresadas públicamente por diferentes representantes de algunas especialidades en relación con su posible troncalización.

SÉPTIMO.- INFORME DE LA COMISIÓN PERMANENTE DEL CNE EN CIENCIAS DE LA SALUD, DE 22 DE MARZO DE 2010.

Como consecuencia de la nueva solicitud de informe, **la Comisión Permanente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud** (tras mantener diversas reuniones con las 9 Comisiones Nacionales que consideraban inadecuada su troncalización) emitió, el **22 de marzo de 2010, nuevo informe** en el que se estima correcta la agrupación de especialidades por troncos propuesta por el grupo de trabajo de comunidades autónomas en febrero de 2010, si bien tres de ellas (Dermatología Médico-Quirúrgica y Veneorología; Obstetricia y Ginecología, y Otorrinolaringología) se pronuncia a favor de su carácter no troncal; manifestando que en el supuesto de que se mantuviera su troncalización debería considerarse el incremento de la duración del período de formación específica.

OCTAVO.- CONSIDERACIÓN DE LOS PROYECTOS NORMATIVOS.

Llegamos aquí a un **hecho y momento esencial** para comprender el alcance de las actuaciones administrativas **-razones, fundamentos, criterios normativos-** que se condensan en el RD impugnado. Y es que, superada una primera fase de planteamiento inicial y formulaciones de valoraciones técnicas y opiniones profesionales, se realiza la primera formulación fundada y sistemática del Real Decreto, en la que se constatan los hechos determinantes de la regulación propuesta y las razones y fundamentos técnicos y profesionales en las que se sustenta. En este sentido, la MAIN del RD 639/2014 indica que, a la vista de los informes emitidos el

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, elaboró un **primer proyecto normativo**.

Estos antecedentes son esenciales para concluir que **el RD 639/2014 no se funda en el consenso político, profesional, técnico y social que dice incorporar**; así como que, **existe un cambio de criterio radical, que carece de la debida justificación y permite dudar de la oportunidad y acierto de la norma aprobada**. Para ello es preciso confrontar el contenido de diversos documentos que obran en el expediente, fundamentalmente, la Memoria de Análisis de Impacto Normativo (MAIN) del RD 639/2014 aprobado, y las facilitadas respecto de proyectos previos sobre los que se han realizado alegaciones por las CCAA y las sociedades científicas y corporaciones profesionales. Veámoslo.

NOVENO.- LA DENOMINADA VERSIÓN 10 DEL PROYECTO DE REAL DECRETO.

A partir del folio 53 del Complemento del expediente nº 1 (f. 65 C1) figura la MAIN de 20 de octubre de 2012 que acompaña a la denominada **VERSION 10 del Proyecto RD** (f.3 C1) que -de manera literalmente coincidente con los textos finales de la tramitación del RD 639/2014- señala en folio 65 lo siguiente:

"El mayor debate se ha producido sobre si las urgencias y emergencias deberían considerarse una especialidad del tronco médico o un área de capacitación específica.

*A este respecto, existe un **colectivo** representado fundamentalmente, por los integrantes de la **Sociedad Española de Urgencias y Emergencias** (grupo a los antiguos médicos de guardia, médicos hospitalarios, médicos de Puertas, etc.) que, **como es lógico**⁶, **se ha posicionado a favor de la creación de una especialidad de urgencias emergencias**, por estimar que es la forma más apropiada de que en un Estado moderno se garanticen este nivel asistencial, una atención de calidad prestado por profesionales que puedan dar una respuesta inicial a cualquier quebrantamiento brusco de la salud.*

Frente esta tesis, las organizaciones que agrupan integrantes determinadas especialidades médicas de carácter generalista o específicamente volcadas en el paciente crítico (Medicina interna, Medicina familiar y comunitaria, y Medicina intensiva) considera que las urgencias emergencias no deben ser una especialidad ya que se desenvuelve en un ámbito de actuación común a

⁶ Aunque la referencia a la "lógica" podría entenderse hecha a la **racionalidad y coherencia de las tesis mantenidas** por mi representada (SEMES), más bien parece que la expresión contiene cierta dosis de "ironía" con la que se pretende devaluar argumentalmente la defensa de un planteamiento con criterios de excelencia y solvencia técnica y profesional. En este sentido, no se entiende ni parece "lógico" -y aquí sí usamos el término en su sentido más propio y estricto- que cuando se refiere a las posiciones mantenidas *por otras entidades profesionales* -medicina interna, familiar y comunitaria, etc- no realice la mismas afirmaciones sobre lo que puede presuponerse de quienes temen e intentan mantener sus mismas cotas de influencia y poder en los ámbitos profesionales y administrativos. Por desgracia, en gran parte del expediente tramitado se "entrevé" la dependencia del regulador respecto de ciertos sectores profesionales.

varias de ellas, sin que constituye patrimonio específico de ninguna especialidad, alegándose mismo carácter multiprofesional que tiene este área y el hecho cierto de que los actuales servicios generales urgencia para desempeñar puestos de trabajo los mismos ya se requieren, la mayoría de los casos, estar en posesión de determinados títulos de especialista o su equivalente (...). Desde otro punto de vista, también se oponen a la creación de esta especialidad otros especialistas como son los de cirugía general y de la plata digestivo, buenos de cirugía ortopédica y traumatología, que considera que la formación que aportan sus títulos es esencial para la adecuada configuración de los servicios de urgencia.

El proyecto aun conociendo que no existe unanimidad en el sector, ha analizado todos los aspectos del debate, ha tenido en cuenta que la creación de la especialidad de urgencias emergencias tampoco es una postura unánime en el seno de la unión europea que, por otra parte, viene aconsejando la reducción del número de especialidades, evitando así la compartimentalización de la asistencia sanitaria (en línea con las previsiones de la LOPS), también se valoraba las consecuencias organizativas y económicas que tendría la creación de esta especialidad que, con toda probabilidad se demandaría en un futuro próximo, la creación de nuevos servicios asistenciales integrados por estos especialistas porque provocarían aumento del coste en todos los servicios de salud. Por todo ello, el proyecto se ha posicionado finalmente por la creación de un Área de Capacitación Específica de los términos previstos en el Anexo III del Proyecto.

(...) la consideración de urgencias y emergencias y enfermedades infecciosas, como áreas de capacitación específica, en ningún caso significa un deterioro de la asistencia ni una disminución del nivel de cualificación calidad que se exigiría si fueran especialidades. La formación en las citadas áreas es también formación especializada y a partir de este Real Decreto (...) se llevará acabo, en todo caso, por el sistema de residencia garantizando así que a través de dichas áreas se perdona formación especializada que cumplirá, con creces, los requisitos exigidos por la Unión Europea en este ámbito".

Sin embargo, unos pocos folios después en el expediente se comprueba que todas estas consideraciones ocultan una **realidad muy diferente**, y que **sustituyen a una justificación objetiva y completa de una solución distinta**. Así ocurre, por ejemplo, con la **MAIN** que obra al folio 140 C1 que se remite junto al borrador para alegaciones de las Comunidades Autónomas e interesados. Se trata de una Memoria que **minimiza** siempre que le interesa la trascendencia algunas cuestiones. Así, por ejemplo, en el folio 140 se señala "que algunas comunidades autónomas han estimado prematura la publicación (...) Y consideran que (...) debería (...) producirse una reflexión en profundidad sobre las especialidades existentes y (...) Sobre la creación de especialidades nuevas demandadas por nuestro sistema sanitario y el Progreso científico (genética, psiquiatra infantil, urgencias y emergencias)".

Sin embargo resulta muy sorprendente y a la vez clarificador la desaparición de cualquier referencia a lo que hasta ese momento era considerado como **"el mayor debate"** que se había producido: el debate relativo a la **configuración técnica, científica, organizativa y jurídica de la Medicina de Urgencias y Emergencias** y, con ella, de la **situación profesional de miles de profesionales integrados** en este ámbito de trabajo sanitario.

Este debate, y la solución al gravísimo problema de *"desconexión"* entre la realidad social y profesional, y la propuesta de configuración jurídico-administrativa de las especialidades médicas, se solventa con consideraciones que tratan de suavizar y ocultar el verdadero problema subyacente:

"partiendo de la base de que es prácticamente imposible que exista unanimidad el sector sobre este asunto, en el proyecto nos ha optado por la tesis descrita en el párrafo anterior (...) la finalidad de este proyecto no es la de crear nuevos títulos de especialista sino la de determinar la infraestructura de la troncalidad actual sistema de formación sanitaria especializada".

Como hemos visto ya, reiteradamente, a lo largo de esta demanda, lo importante no es tanto la consideración administrativa concreta y singular que merezca la medicina de urgencias y emergencias en un momento concreto y singular del procedimiento de elaboración de la norma reglamentaria impugnada, sino la *proyección* de coherencia y razonabilidad en la norma finalmente aprobada; la existencia o no de criterios técnicos, científicos, sociales, profesionales, jurídicos..., mantenidos a lo largo del procedimiento.

Aquí, en este aspecto, es donde a partir de noviembre de 2011 la actuación administrativa -proyectos y texto definitivo aprobado- *"hace aguas"*: careciendo de una justificación lógica, jurídica, técnica, económica, social, profesional rigurosa y solvente (los problemas desaparecen *simplemente* si se suavizan y minimizan o, lo que es peor, se eluden o se ignoran). Presupuestos básicos que la potestad reglamentaria exige con rotundidad.

Todas estas circunstancias hacen que resulte sorprendente desde punto de vista lógico y rechazable desde el punto de vista jurídico-administrativo, el cambio de criterio de los responsables del Ministerio de Sanidad respecto de la contemplación y configuración de una especialidad en Medicina de Urgencias y Emergencias.

DÉCIMO.- EL INJUSTIFICADO CAMBIO DE CRITERIO DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y LA RUPTURA DEL CONSENSO POLÍTICO, ADMINISTRATIVO, PROFESIONAL Y SOCIAL EXISTENTE.

En efecto, este cambio se produce con ocasión de las elecciones generales celebradas en el mes de noviembre de 2011. Hasta tal punto es así, que consta en el expediente administrativo (f. 268 C1) el **último de los proyectos elaborados verdaderamente con consenso político, profesional y técnico**: se trata del **Proyecto fechado en 23 de noviembre de 2011**, cuya Exposición de Motivos indica lo siguiente:

*"En este contexto, este Real Decreto (...) incorpora a nuestro sistema de formación sanitaria (...) **especialidades tan significativas desde el punto de vista científico y social** como la de psiquiatría del niño del adolescente, genética humana, enfermedades infecciosas y **urgencias y emergencias**"⁷; [especialidades que se crean] "con sujeción a los requisitos en materia de formación de especialistas se contiene la directiva 2005/36/CE, de 7 de septiembre, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales".*

El Complemento nº 1 del expediente administrativo contiene igualmente la Memoria de Análisis de Impacto Normativo de este Proyecto de 23 de noviembre de 2011, documentos que habían sido omitidos en la remisión originaria del expediente y que son, como sabemos, de la máxima importancia para comprender y valorar las actuaciones realizadas y el resultado normativo que aquí se impugna.

Pues bien en el folio 296 C1, destaca esta MAIN:

"Las modificaciones que se incorporan en la actual configuración del mapa de especialidades es una cuestión de la máxima importancia para el sistema sanitario ya que tiene implicaciones no sólo científicas sino que también puede tener las organizativas y sociales, en la medida en la que con dichas modificaciones se pretende dar una respuesta adecuada a las necesidades del sistema sanitario y a las demandas de la población que cada vez requiere una asistencia sanitaria más eficiente y de mayor calidad.

*En cuanto a las **nuevas especialidades (...)** existe un alto nivel de consenso sobre su creación en el sector profesional. Consenso que viene **avalado, asimismo, por la inclusión de las citadas especialidades en la mayoría de los países de la unión europea según relación contenida en el anexo V. 5.1.3 de la directiva 2005/36/CE, de 7 de septiembre, relativa reconocimiento de cualificaciones Profesionales.***

(...) la creación de la especialidad de Urgencias y Emergencias, ha sido objeto de un mayor debate del sector profesional sobre todo desde las organizaciones que agrupan a integrantes de determinadas especialidades médicas de carácter "generalista" o específicamente volcadas en el paciente crítico (Medicina interna, Medicina familiar y comunitaria y Medicina intensiva) que han considerado que las urgencias y emergencias no debe ser una especialidad ya que se desenvuelve en un ámbito de actuación común a varias de ellas sin que constituya el patrimonio específico de ninguna especialidad.

No se comparte la rigidez de este planteamiento, la administración sin perjuicio de la composición multidisciplinar que pueden tener los servicios de urgencia, ha hecho una apuesta decidida por la creación de la especialidad de urgencias y emergencias, por considerar que el adecuado funcionamiento de estos servicios son un elemento clave en todos los

⁷ Cfr. f. 292 C1.

sistemas sanitarios modernos ya que un elevado número de ciudadanos accede directamente a los mismos demandando una respuesta eficaz cuando, por razones de la más diversa índole, sufre una alteración súbita de su estado de salud o el agravamiento imprevisto de dolencias previamente detectadas.

La importancia creciente de los servicios de urgencias se ha plasmado en la adopción de medidas de mejora de los mismos, entre las que sin duda se encuentra la creación de esta especialidad que favorecerá la consolidación de un colectivo estable de profesionales que aborde, con criterios técnicos y una formación común, las primeras e imprescindibles funciones de asistencia, observación y triaje de los usuarios de estos servicios, para los que la necesidad de asistencia deriva, en muchas ocasiones, de una percepción personal de su estado de salud.

Por otra parte, la creación de una especialidad de urgencias y emergencias ha trascendido del ámbito profesional estrictamente sanitario, suscitando el interés del Defensor del Pueblo⁸ y del Congreso de los Diputados. A este respecto, la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados en su sesión del día 29 de mayo de 2007, acordó aprobar las proposiciones de ley número 161/002102 y 161/002306, procedentes del Grupo Parlamentario Socialista y del Grupo Parlamentario Popular que fueron tramitadas conjuntamente (Diario Oficial de las Cortes de 19 de junio de 2007 serie D número 571). En dichas proposiciones se solicita expresamente que la Administración regule la especialidad médica de urgencias y emergencias y que se establezca un sistema de reconocimiento de los profesionales que actualmente desempeñan estas tareas de los distintos dispositivos de URGENCIAS.

En la versión inicial de este proyecto⁹, tramitada por la Secretaría General Técnica del Ministerio de sanidad, Política Social e Igualdad, la especialidad de urgencias emergencias se incorporó en el apartado 5 del Anexo I del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, como especialidad médica de carácter pluridisciplinar en la que el título requerido para su acceso sería de médico

⁸ Como se ve, estas razones resultan de plena actualidad debido a la publicación del Informe de los Defensores del Pueblo, de enero de 2015, "Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes". El estudio no puede ser más contundente en su planteamiento, análisis y conclusiones: "el **reconocimiento de la especialidad médica de urgencias y emergencias (itinerarios formativo, investigador y docente y título propio) tendría efectos positivos en los resultados de calidad asistencial, el funcionamiento de los servicios y una más eficaz organización hospitalaria**" (cfr. resumen ejecutivo, pág. 4).

⁹ Así puede comprobarse en el folio 318 C1, donde se inicia el Proyecto de 15 de julio de 2011, y cuya exposición de motivos indicaba: "igualmente se crea la especialidad de urgencias y emergencias que por su carácter más transversal se configura como especialidad multidisciplinar, que se integrará en el tronco médico. Sin duda, esta nueva especialidad constituirá un elemento de mejora en un ámbito decreciente importancia para el eficaz funcionamiento de los servicios sanitarios". Esta previsión –que finalmente el Gobierno corrigió debido a los problemas legales que planteaba– se explicaba en la MAIN del proyecto que obra al folio 334 y ss. C1.

especialista ya sea medicina interna, en medicina intensiva con medicina familiar y comunitaria.

El carácter pluridisciplinar de la especialidad de urgencias y emergencias ha sido objeto de un amplio debate en el sector por lo que posteriormente, tras analizar las observaciones formuladas en trámite de audiencia, y teniendo en cuenta que la creación de esta especialidad ya sido suficientemente debatido en el parlamento, en la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, de las más diversas entidades que integran el sector (colegios profesionales, sociales científicas...), la versión final de este proyecto ha optado, aún reconociendo que no existe unanimidad en el sector, por la configuración final de las urgencias y emergencias como una especialidad médica más que se incluye en el apartado I, del Anexo I Real Decreto 183/2008, el 8 de febrero".

A diferencia de lo que ocurre con la MAIN -justificación de la oportunidad y racionalidad de la norma- en el texto del proyecto finalmente aprobado, en el momento y trámite previo que estamos analizando observamos varias circunstancias determinantes:

- a) En primer lugar, se dió cumplida cuenta del criterio asumido, de las razones de toda índole que apoyan la conclusión que se adopta.
- b) Además, se destaca expresamente la existencia de una coordinación política administrativa y profesional, es decir la actuación unísona en un ámbito de extrema trascendencia como se ocupa claramente de poner de manifiesto la propia memoria. Y es que ningún sentido tiene que, por un lado los grupos políticos en sede parlamentaria y, por otro lado, los colectivos profesionales y científicos y, más allá, la Administración, aborden este tema desde planteamientos descoordinados e irreductibles.
- c) Ese consenso **existía entonces** y dio lugar a una solución de propuesta normativa debidamente justificada y plasmada en el Proyecto de Real Decreto de 23 de noviembre de 2011.
- d) Ese consenso **no existe desde el momento en que la Administración varió de manera incomprensible e injustificada el criterio mayoritario mantenido de creación de la especialidad en MUE**, a pesar de que los trámites finales del proyecto finalmente aprobado se insiste en su existencia: no hay consenso, no hay criterios, no hay explicaciones, no hay una solución debidamente razonada y justificada de la que pueda presumirse razonablemente -no de forma voluntarista o interesada- su oportunidad y acierto en un ámbito y materia de la máxima trascendencia económica, profesional y, sobre todo, social.

DÉCIMO PRIMERO.- EXTRACTO DE ALEGACIONES EN FAVOR DE LA ESPECIALIDAD EN MUE.

En el expediente figuran alegaciones presentadas por diferentes organizaciones con representación profesional, además de las formuladas por mi representada, que consideran necesaria la creación de la especialidad en MUE y cuyas manifestaciones conformaron en parte el consenso preexistente al que la Administración -deliberadamente- ha cerrado los ojos. Algunas de las entidades que han realizado declaraciones en este sentido son:

- a) **Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CEMS):** En el punto sexto de sus alegaciones, subraya que *“la Administración no ha reconocido como una nueva especialidad a Urgencias y Emergencias, tal y como CEMS ha manifestado en varias ocasiones, habiendo optado por reconocerla como Área de Capacitación Específica, tal y como se recoge en la disposición transitoria quinta. Entendemos que Urgencias y Emergencias, debería ser una especialidad nueva en igualdad de condiciones que aquellas otras creadas por este contexto normativo, ya que la formación de profesionales en esta especialidad es imprescindible, y es además un elemento clave en todos los sistemas sanitarios modernos. (...)*

- b) **Comisiones Obreras. Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios (4 de Enero de 2013):** En sus alegaciones -punto 7- manifiestan claramente que *“la Medicina de Urgencias y Emergencias debería ser una nueva especialidad y no un área de capacitación específica. La Medicina de urgencias y Emergencias es el área de la Medicina que se ocupa de la asistencia, la docencia, la investigación y la prevención de las condiciones urgentes y emergentes, incluyendo la organización de la asistencia sanitaria en caso de catástrofes de cualquier índole. A nuestro juicio, existe cuerpo doctrinal suficiente como para constituirse en especialidad propia, dentro del Tronco Médico, para cuyo acceso sea requisito único y suficiente, al igual que para el resto de especialidades médicas, estar en posesión de la licenciatura o grado de Medicina, por lo que proponemos se incluya como un nuevo título de especialista en Ciencias de la Salud”.*

- c) **FSP-UGT (9 de Enero de 2013):** rechaza la creación de la ACE de Urgencias y Emergencias, y menos a través de sólo 3 especialidades, y **solicita formalmente la creación de la especialidad de Urgencias y Emergencias.** Máxime, habiéndose creado en 2001 la categoría de Médico de Urgencia Hospitalaria. Argumenta que los profesionales, sin especialidad previa, posteriores al 1 de Enero del 95, se quedarán sin ninguna opción, aún con una experiencia considerable de trabajo en estos Servicios.

- d) **Organización Médica Colegial, OMC (14 de febrero de 2013):** *“En la Asamblea General del Consejo General del Colegios Oficiales de Médicos, celebrada el pasado día 9 de febrero de 2013, a propuesta de los Colegios Oficiales de Médicos de Cuenca, León, Navarra, Segovia, Soria y Zamora, se incluyó el siguiente punto, de conformidad con lo estipulado en el Reglamento de la Asamblea General: **Apoyo a la creación de la Especialidad Básica de Medicina de Urgencias y Emergencias.** Madrid, 13 de febrero de 2013. EL PRESIDENTE: Juan José Rodríguez Sendín.”*

DÉCIMO SEGUNDO.- POSICIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN.

En el Informe de la SGT del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte de 28 de febrero de 2013 se indica la siguiente:

“La disposición adicional cuarta (sobre una redacción previa del Proyecto, en la redacción definitiva se añade al punto 4 del artículo 17 del RD objeto de la demanda) crea, con carácter excepcional, las cuatro áreas de capacitación específica que se relacionan en el anexo III (ahora es el Anexo II en la redacción definitiva del RD objeto de la demanda) del proyecto, teniendo en cuenta los informes que obran en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y las deliberaciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Se determinan también la especialidad o especialidades en cuyo ámbito se constituyen.”

“Sin embargo, el artículo 17.3 del proyecto establece que “La creación, supresión, fusión, cambio de denominación de áreas de capacitación específica y la determinación de las especialidades en cuyo ámbito se constituyan, se aprobarán por el Gobierno, a propuesta de los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte, con los informes previos del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y de la organización u organizaciones colegiales que correspondan.”

“Debe aclararse la excepcionalidad que justifica la creación de las cuatro áreas de capacitación específica a que se refiere el anexo III, así como la validez de los informes a que se refiere esta disposición en sustitución de los informes previstos en el citado artículo 17.3.”

Esta excepcionalidad no se aclara lo que refuerza la conclusión de la arbitrariedad en la decisión del ACE en Urgencias y Emergencias, como estamos viendo –y aún constataremos con mayor claridad, en esta demanda–.

Por otro lado, la organización colegial aludida corresponde, al estar hablando de la profesión de médico, a la **Organización Médica Colegial** que precisamente, acabamos de verlo en el hecho precedente, pide expresamente la creación de la Especialidad de Urgencias y Emergencias.

DÉCIMO TERCERO.- ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE LAS ESPECIALIDADES PROPUESTAS COMO MATRICES PARA EL ACE DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS, Y EL PROGRAMA FORMATIVO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS.

En el contexto que estamos describiendo llama la atención que **no existe ningún trabajo, documento o informe que refleje de forma nítida el grado de equivalencia de los diferentes programas de formación de las 4 especialidades (junto al Programa de Medicina de Urgencias y Emergencias), que vienen descritas en el Anexo II del RD 639/2014, objeto de la demanda**, a partir de las cuales se podrá acceder al área de capacitación de urgencias y emergencias.

En este sentido, aportamos como **DOCUMENTO Nº 1** de la demanda a efectos ilustrativos, un estudio comparando todos estos programas, realizado a partir de los programas publicados de cada una de estas especialidades.

Las conclusiones a las que se llega son claras y contundentes:

- **Ninguna** de las especialidades relacionadas en el Anexo aglutinan más allá del 15% de la formación específica requerida en urgencias y Emergencias, que es de 5 años, según se recoge en nuestro ordenamiento jurídico, RD 1837/2008, en Anexo 5.1.3.
- Sería preciso establecer **cuatro recorridos formativos** a partir de cada una de las cuatro especialidades relacionadas, con un mínimo de formación de 4 años más cada uno.
- El hecho de no figurar en parte alguna el período necesario de formación en el área de capacitación específica en urgencias y emergencias introduce un componente importante de **incertidumbre jurídica**.
- Esta ausencia habla así mismo de la **improvisación** que ha significado todo el proceso de decisión de crear esta área de capacitación. **No** hay un programa de formación que lo respalde, **no existen ejemplos** similares en la literatura, **no hay un periodo de duración** definido, **no hay una asignación mínima presupuestaria calculada** y el tiempo necesario de formación complementaria **no podrá, como mínimo, ser inferior a cuatro años, para hacerlo compatible con el período de formación específica mínimo en urgencias y emergencias que se recoge en el Anexo 5.1.3, de la Directiva 36/2005**, recogida, a su vez, en el ordenamiento jurídico español a través del RD 1837/2008, que lo haría compatible con el reconocimiento automático que implica estar incluidos en dicha normativa europea.

DÉCIMO CUARTO.- ¿QUÉ ES UN ÁREA DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA?

El conjunto de las cuestiones fácticas que ya hemos abordado, permite comprender mejor aun lo que deba ser una Área de Capacitación Específica. Veremos más adelante –en los Fundamentos Jurídicos– que la aplicación de esta figura a la MUE desnaturaliza y distorsiona el modelo, lo cual es fuente de graves disfunciones poniendo en peligro la totalidad de los objetivos aparentes de la reforma del modelo de formación especializada.

Para entender bien qué es un ACE, baste decir que el artículo 25 de la Ley 44/2003, en la redacción anterior a la modificación operada por el artículo 8 RD Ley 16/2012¹⁰, describía de forma más ajustada su objeto. Tras **realizar una especialidad y ejercerla durante al menos 5 años** (la duración, como decimos, fue uno de los objetos de la modificación sobre la que pesa la duda de su inconstitucionalidad) dar la oportunidad de **profundizar en aquellos aspectos más específicos** que constituyen un interés

¹⁰ El Pleno del TC ha admitido a trámite el Recurso de inconstitucionalidad número 433/2013, contra el artículo 8 del RD Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que modificó el artículo 25 LOPS (cfr. Providencia TC de 12 de febrero de 2013, BOE 22 de febrero de 2013).

especial, alcanzando el reconocimiento formativo y/o en competencias, y dentro del desarrollo profesional y la posibilidad de homologaciones, de lo que es ya una **superespecialidad o acreditaciones avanzadas que justifiquen desde el punto de vista docente, asistencial o científico, esa formación.**

También dejaba abierta la posibilidad de llegar a esta formación complementaria a través del reconocimiento de competencias y del desarrollo profesional, no necesariamente a través de la formación de residente. De hecho, y resulta muy importante, dado que **parece complicado desde los puntos de vista profesional y económico, volver atrás desde edades más avanzadas para ser de nuevo personal en formación, dejando atrás derechos adquiridos y un nivel de renta determinados** (y teniendo en cuenta que los sueldos en España de la profesión médica están muy por debajo, de media, de los resto de países desarrollados, en nuestro entorno como fuera de él). Al margen de la discrecionalidad de la que puede hacer uso el Gobierno, la **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**, señala que la formación y el desarrollo de la competencia técnica de los profesionales sanitarios deberán orientarse a la *mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud*. Y la propia LOPS abre la puerta a estas posibilidades de formación en competencias dentro de su **“Título II, Capítulo IV: De la Formación Continuada” especialmente en lo dispuesto en su artículo 36.1,2 y 3: Diplomas de Acreditación y Diplomas de Acreditación Avanzada:**

De hecho ya hay un borrador a este respecto, desarrollando por normativa específica este artículo. El desarrollo de este concepto es importante. Es entendible el desarrollo de **nuevas figuras de reconocimiento de la formación continuada de los profesionales sanitarios titulados** resulta, especialmente pertinente, en la línea de avanzar en la **calidad** de dicha formación, potenciando la **relación y coherencia** de las actividades de formación continuada y configurando programas que fortalezcan recorridos ligados al puesto de trabajo. Además, tanto la Directiva 2005/36/CE como, especialmente su actualización reciente a través de la Directiva 2013/55/UE, como hemos visto anteriormente, abundan en este sentido, instando a homogeneizar esta materia en el ámbito de toda la UE.

El ejercicio de una profesión sanitaria se caracteriza por el alto nivel de regulación, bien a través de la regulación estatal o bien a través de la regulación establecida por los cuerpos profesionales. Estas regulaciones pueden constituir barreras a la libre circulación de los profesionales, impidiendo la consecución del objetivo comunitario del mercado interior (**art. 3.1.c TCE**). Así uno de los mayores obstáculos que pueden encontrarse las personas que quieren trabajar o aprender en otro estado miembro de la Unión Europea, o incluso que quieran moverse dentro de las diferentes partes del mercado laboral, es que su cualificación profesional y experiencia puedan no ser reconocidos. Esto es aún más complicado dada la proliferación de cualificaciones profesionales en todo el mundo, la diversidad de distintos sistemas de títulos nacionales, la divergencia en las estructuras de educación y formación de los estados y los constantes cambios introducidos en estos sistemas. Con el fin de eliminar estas barreras la Unión Europea ha introducido a través del derecho secundario el mutuo reconocimiento de cualificaciones profesionales, por medio del cual los Estados miembros reconocerán las cualificaciones profesionales obtenidas en los otros Estados

miembros. Este derecho secundario se ha ido formando a través de un grupo de directivas que regulan las profesiones liberales, regulando específicamente los derechos de los ciudadanos individuales en el campo de los títulos, diplomas o certificados y facilitando la libre circulación de profesionales en el ámbito de la Unión Europea, eliminando las restricciones nacionales a la competencia y favoreciendo el establecimiento de políticas comunes en este campo. Este grupo de directivas fue reemplazado por una directiva única que regula el reconocimiento de las cualificaciones profesionales, la **Directiva 2005/36/CE**.

A raíz de la “Convención de Lisboa”, en el que la Comisión adoptó una Comunicación relativa a una “estrategia para el Mercado Interior de Servicios” para facilitar la libre prestación de servicios en el Mercado Interior, y a raíz de la Comunicación de la Comisión “Nuevos mercados de trabajo europeos abiertos a todos u accesibles para todos”, el Consejo Europeo de Estocolmo, celebrado los días 23 y 24 de marzo de 2001, dio a la Comisión el mandato de presentar al Consejo Europeo de primavera de 2002 propuestas específicas para un régimen de reconocimiento de cualificaciones y periodos de estudio más uniforme, transparente y flexible. Era un intento de consolidación legislativa de la diversificación de directivas existentes en la materia, teniendo más aún en cuenta la nueva ampliación de la Unión Europea del 1 de mayo de 2004. De este modo, la Comisión se embarcó en un proceso de **reforma del régimen de reconocimiento de las cualificaciones profesionales, para permitir la flexibilidad de los mercados laborales, una mayor liberalización de la prestación de servicios, una mayor automaticidad en el reconocimiento de las cualificaciones y simplificar los procedimientos administrativos**. Ello sólo es posible a través de la **armonización legislativa**, que supone la mencionada directiva, que garantiza el indispensable **control para la protección de los consumidores, de la salud y del interés público**.

Al mismo tiempo introduce a nivel europeo certificados profesionales emitidos por asociaciones u organizaciones para facilitar la movilidad de los profesionales, y en particular agilizar el intercambio de información entre el Estado miembro de acogida y el Estado miembro de origen. Con todas estas medidas, la Directiva pretende asegurar la transparencia del sistema de reconocimiento, simplificando su gestión y mejorando y racionalizando las normas de reconocimiento de cualificaciones profesionales. Con este fin instaura un único Comité de reconocimiento de cualificaciones profesionales, garantizando también a nivel europeo, **la participación adecuada de los representantes de las organizaciones profesionales**.

En el sentido de abundar y de armonizar jurídicamente estos conceptos, **la Directiva 2013/55/CE**, recientemente publicada en el Boletín Oficial de la Unión Europea, y **de obligada transposición a la legislación de los Estados miembros, antes del 16 de Enero de 2013**, dice en su exposición de motivos, en el **apartado 15**:

“(15) El desarrollo profesional continuo contribuye a que los profesionales que gozan del reconocimiento automático de sus cualificaciones profesionales ejerzan su actividad de forma segura y eficaz. Es importante fomentar que se siga reforzando el desarrollo profesional continuo para estas profesiones. Los Estados miembros deben, en particular, promover el desarrollo profesional continuo de los médicos, médicos

especialistas, médicos generalistas, enfermeros responsables de cuidados generales, odontólogos, odontólogos especialistas, veterinarios, matronas, farmacéuticos y arquitectos. Las medidas adoptadas por los Estados miembros en favor del desarrollo profesional continuo de estas profesiones han de comunicarse a la Comisión, y los Estados miembros deben, asimismo, intercambiar las mejores prácticas en este ámbito. El desarrollo profesional continuo debe abarcar la evolución técnica, científica, normativa y ética, así como motivar a los profesionales para que participen en formaciones de aprendizaje permanente relacionadas con su profesión.”

El aprendizaje permanente, y el reconocimiento del desarrollo profesional continuo, no implica someter a los profesionales, con una carrera ya en curso, a un nuevo período de formación basado en un período de residencia, que es lo que supone la creación de las áreas de capacitación específica, con los cambios que se hicieron al principio de legislatura a través del RD-Ley 16/2102. No es condición necesaria para el reconocimiento mutuo.

Además de lo consignado en el párrafo anterior, se da la circunstancia de que en la elaboración del proyecto, NO existe ningún documento que sirva de soporte argumental la creación de áreas de capacitación específica. Si ya era bastante pobre el desarrollo que motivaba el proceso de Troncalidad, en este caso no hay ninguna justificación, salvo valoraciones subjetivas de parte.

Por último, ya se ha señalado la inexistencia de una memoria de impacto económico y presupuestario de los muchos aspectos que implica el RD objeto de la demanda, además de las elevadas cargas administrativas señaladas. Parece poco coherente, más aún en el contexto socioeconómico en el que vivimos, imputar a cargo de los Presupuestos Generales del Estado y/o de las Comunidades Autónomas, períodos complementarios de formación, fuera en este caso de la formación de médico y de la formación especializada, que entran en el puro desarrollo profesional y formación continuada, máxime no siendo una exigencia de la presente y futura armonización de la formación y titulaciones recogidas en el ordenamiento jurídico europeo y que ha asumido y recoge el propio ordenamiento jurídico español. Es algo que no ocurre con ninguna otra profesión, regulada o no. La Administración puede y debe limitarse al contenido expresado en los artículos 33, 34, 35 y 36 del Capítulo IV de la Ley 44/2003. De hecho debería haberse desarrollado más extensamente desde hace años.

DÉCIMO QUINTO.- PRIMERAS CONCLUSIONES.

Otras consideraciones:

- Hay una abundante documentación referente a la creación de la especialidad de urgencias, durante todos estos años que obra en poder del Ministerio de Sanidad. Sobre todo desde el año 2002, y muy especialmente a raíz de la publicación en el Boletín Oficial de la Unión Europea de la Directiva 2005/36/CE, que incluye Urgencias como una de las especialidades reguladas y sometidas a reconocimiento automático, contenidas en el Anexo V, Tabla 5.1.3. Por eso es completamente falso que sólo SEMES sea quien ha defendido –“lógicamente”– la creación de la especialidad: si así fuera, tampoco podría

dudarse del valor acorde al peso profesional y científico que mi mandante representa, pero lo cierto es que no es así, que la voz de SEMES no ha sido la única y que pese a cuanto se quiere dejar traslucir, el consenso existía en la creación de la especialidad MUE y la actual Administración lo ha roto sin justificación suficiente.

- La línea argumental histórica del Partido en el Gobierno en la actual legislatura (PP) fue la **defensa de la creación de la especialidad MUE como la solución más adecuada en todos los órdenes**, lo que propició las Proposiciones No de Ley transadas con el principal partido de la oposición (PSOE) a las que nos referimos y analizamos en los Fundamentos Jurídicos de este escrito.
- En el acta aportada por la Administración en la segunda ampliación de expediente, sobre la reunión de la Comisión Técnica Delegada de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, se apunta a que uno de los temas del orden del día hacía referencia al *Mapa de especialidades*, que recibió adhesiones no unánimes, por parte de sus componentes. El mapa de especialidades y ACEs era –entonces– el contenido en el Proyecto RD aportado en el expediente con fecha 11/12/12 (f.1 expte. originario) porque **no se aporta otro en el expediente**. A nuestro juicio es muy relevante la forma en la que se escamotea toda la información y documentación administrativa referente a la justificación de la especialidad de MUE en fechas anteriores. Únicamente se aporta el “cambio de criterio”, sin justificación argumental ni documental. En su momento, al devolver el expediente por considerarlo incompleto ya pusimos de manifiesto la gravedad y consecuencias procesales de esta actuación y a ello nos remitimos.
- Manifiesta suma gravedad el hecho de que esta circunstancia –el “escamoteo” de la justificación previa de la especialidad– se repite al realizar el envío del Proyecto RD 11/12/2012 a todas las entidades interesadas. No se aporta ni la MAIN, ni el expediente hasta entonces elaborado. Se omitió, como se ha hecho aquí, a nuestro juicio con clara intencionalidad toda la información relevante para realizar una adecuada valoración. Llama la atención entonces que la justificación de la ACE de urgencias es prácticamente la misma acerca de este punto que la señalada por escrito anteriormente. En esas fechas no se disponía entonces de las alegaciones ni de SEMES ni del resto de entidades, por lo que llama la atención que ya se había elaborado una “*opinión*” al respecto, máxime cuando se cerró la legislatura anterior en otro sentido, como se aporta en el expediente, en su primera ampliación, con el Proyecto RD de creación de nuevas especialidades, de fecha 21 de noviembre de 2011, con su correspondiente MAIN, justificándolo (f. 1 a 357 C1).
- En el borrador enviado a las entidades anteriores se indica que la razón de la no creación de la especialidad es que obligaría a *crear una estructura administrativa compleja que va a significar un importante desembolso y esfuerzo*. Algo que como hemos comentado ya es **rigurosamente falso**, ya que en realidad se refiere a estructuras y servicios ya existen, salvo la formación

reglada de sus profesionales, vía especialidad primaria. Este párrafo desaparece en borradores posteriores.

- El siguiente Proyecto de RD que consta en expediente enviado, es el fechado en 4 de Octubre de 2013, previo al primer envío al Consejo de Estado. Se adjunta así mismo un **Informe de análisis de las observaciones y alegaciones**, con contenidos que no son ciertos (ya lo hemos indicado) y con importantes omisiones.
- En este último borrador mencionado se incluye **Anestesia y Reanimación** como **especialidad a partir de la cual se puede acceder al ACE de urgencias y emergencias**. La petición de este colectivo es conseguir un **ACE de Cuidados Intensivos y Críticos**, y un aumento de su periodo de formación específico, en sintonía ambos con lo que ocurre en el entorno europeo. El dudoso “criterio” de la Administración en este caso, que debía ser *técnico*, es simplemente *político*, tratando de compensar peticiones razonables no satisfechas (lo que es muy **indicativo de la solvencia científica y técnica** con la que han adoptado decisiones en materia tan delicada como la que nos ocupa).
- Ninguna de las asociaciones a las que se refiere en la MAIN han mostrado en su trayectoria histórica interés alguno por la profesión de *urgenciólogo*, empezando por lo recogido en sus fines en sus respectivos estatutos. La existencia de este tipo de especialistas en Urgencias en nuestro país, y su número, especialmente de especialistas en Medicina Interna y Medicina Familiar y Comunitaria, se ha debido al hecho lógico de no haber podido realizar esta especialidad en España en todos estos años porque no existe. Así lo acreditan muchos de los afiliados a la entidad científica recurrente. Y precisamente por eso, conocedores como son del medio –porque trabajan diariamente en él– reclaman la creación de esta disciplina, como ocurre en el resto del mundo desarrollado. Adjuntamos como **DOCUMENTO Nº 2** un anexo conteniendo las **peticiones expresas (prácticamente unánimes) de creación de la especialidad de MUE por parte de los Jefes de Servicios de Urgencias Hospitalarios**.
- Es respetable la **opinión** de cualquiera en cualquier aspecto de los que se pueden tratar en un Estado de Derecho. Pero la aprobación de las normas debe responder a presupuestos lógicos y jurídicos asumibles, debe soportarse en argumentos y documentación, y debe contarse con las entidades representativas legitimadas y legales.
- No hay ninguna documentación, previo grupo de trabajo con el colectivo de profesionales de Urgencias –el segundo más numeroso en la medicina española– que representa SEMES, que pueda justificar la arbitrariedad que supone la creación de un ACE de Urgencias y Emergencias, contraviniendo así lo expresado en el apartado 2 del artículo 17 del RD 639/2014, de 25 de julio impugnado. Frente a ello, **sí consta en la documentación obrante en autos y la remitida con esta demanda la JUSTIFICACIÓN –PARLAMENTARIA Y POLÍTICA, TÉCNICA Y PROFESIONAL, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA– de la creación de la**

especialidad de MUE, haciendo un análisis de ventajas e inconvenientes de cada opción, y con la participación de las propias Administraciones, colegios profesionales y sociedades científicas (cfr. folios 122 a 1407 C1).

- Este informe, bastante completo, nace de la **aplicación práctica de la exposición de motivos de la LOPS, en su apartado II:**

“Por otra parte, existe la necesidad de resolver, con pactos interprofesionales previos a cualquier normativa reguladora, la cuestión de los ámbitos competenciales de las profesiones sanitarias manteniendo la voluntad de reconocer simultáneamente los crecientes espacios competenciales compartidos interprofesionalmente y los muy relevantes espacios específicos de cada profesión.

Por ello en esta ley no se ha pretendido determinar las competencias de unas y otras profesiones de una forma cerrada y concreta sino que establece las bases para que se produzcan estos pactos entre profesiones, y que las praxis cotidianas de los profesionales en organizaciones crecientemente multidisciplinares evolucionen de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente.”

- Los planteamientos inicialmente divergentes en cuanto a la resolución de estas cuestiones se resuelve reuniendo a las supuestas partes, con la participación de los Ministerios implicados, las CCAA y la OMC, ante la necesidad de regular en España una especialidad regulada ya en el ordenamiento jurídico de la Unión Europea. **Se analizan las distintas posibilidades, y se consensua la que se considera más adecuada y razonable mirando al futuro, a través de la agrupación troncal de especialidades, incluyendo las Urgencias, que sirva además de pilotaje para plantearse en un futuro, de forma progresiva, ir dando pasos en la agrupación de otras especialidades, dentro de las posibilidades presupuestarias y organizativas del SNS. Además acentúa la necesidad de regular la *reespecialización*, asegurando pasarelas a partir de la formación troncal previa de especialidades del mismo tronco.**
- Descartan la ACE, y en concreto la de Urgencias sobre todo porque no responde objetivamente a los caracteres de una *superespecialidad*, y porque implicaría la **incorporación tardía de los profesionales** a estos Servicios, favoreciendo la inestabilidad de las plantillas. Y, a la vez, **da respuesta a los puntos de conflicto principales que generaba el RD en curso, como es la *implantación progresiva troncal de especialidades afines*, que sirva de piloto, y que no comprometa con cambio radical el propio Sistema, como ocurre con la propuesta actual, sin tener cuantificados claramente cómo van a quedar los períodos de formación específicos de muchas especialidades.** El otro conflicto que resuelve, cediendo todas las partes, es la **regulación, acorde con lo ya legislado en el ámbito UE, de las Urgencias y Emergencias**, que se configuran como **especialidad**, con una parte troncal, lo cual sí respeta los términos del Anexo V Directiva 2005/36/CE. De hecho, **da respuesta a las prudentes advertencias que realiza el Consejo de Estado en su primer Dictamen.**

- **Es llamativo que se haya obviado por parte del Ministerio de Sanidad y el CNCS el único informe que hay de un grupo de trabajo sobre la creación de la Especialidad de Urgencias, que descarta la ACE, y que tuvo prolongación posterior con el Grupo de la Comisión Promotora, que da paso a un Programa de Formación troncal entre tres especialidades, que constará también en los archivos del Ministerio, y que a día de hoy, es el único realizado. Posteriormente también constará en los archivos del Ministerio un Programa de Formación de la Especialidad en el año 2010. Así mismo, este es el único estudio promovido por la Comisión de Recursos Humanos del SNS, que asumió sus conclusiones.**

- **Hasta la fecha, no se conoce ningún trabajo, ni grupo de trabajo, nacido a iniciativa del Consejo Nacional de Especialidades, que aglutine a los diferentes colectivos supuestamente implicados en este conflicto, junto con SEMES, para realizar algún tipo de estudio similar al descrito anteriormente. De donde se puede deducir que la postura tradicional del CNCS no pasa de ser una *opinión*, sin evidencia o apoyo objetivo que la sustente, además, por pertenecer en algunos casos a Sociedades implicadas en las Comisiones Nacionales representadas, *DENTRO DE la Administración*, existe una alta dosis de parcialidad y falta de objetividad, en una situación análoga a la de *captura del regulador*. Es un ejemplo magnífico de parcialidad dentro de la Administración, en un órgano que funciona y perdura en el tiempo con las mismas personas, no sometido al ejercicio democrático de elección, y que sobrevive a personas y equipos ministeriales, actuando como *contrapoder* o *poder fáctico* dentro de la propia Administración¹¹.**

- Las alegaciones que figuran en el expediente, realizadas por las Sociedades de Medicina Interna, Medicina Intensiva y Medicina Familiar y Comunitaria son similares a la postura que vienen manteniendo tradicionalmente: han sido realizadas por Sociedades que no contemplan en sus respectivos Estatutos la actividad de Medicina de Urgencias –*lógicamente*– ya que ese ámbito profesional no es objeto de su competencia. También se ha destacado la práctica inexistencia en sus actividades de formación, jornadas, congresos, etc...acerca de la profesión en Urgencias y Emergencias. En lo referente a Traumatología y Ortopedia y Cirugía General, la realidad es que la tendencia generalizada en España y fuera de España es al abandono de estos profesionales de estos Servicios, y al pacto de interconsultas según procesos. Frente a esta ausencia de implicación, en el **DOCUMENTO Nº 3** se aporta un resumen del trabajo y dedicación de mi representada en esta especialidad, aportada en el Consejo de Estado y aporta nuevas alegaciones, con datos de registro: 21 de Octubre 2013; número 46229/2013; Hora 12:20 h. Estas alegaciones no han aparecido en ningún momento en el expediente original ni sus respectivas ampliaciones.

¹¹ Se ha llegado incluso al chantaje de la huelga desde dentro de la Administración, a la propia Administración, frente a decisiones que no eran de su agrado, normalmente en lo referente a la creación de la Especialidad de Urgencias, sobre todo en lo referente a su Comisión Permanente.

- En lo referente al punto cuarto de la MAIN sobre este particular, justifican la ACE en Urgencias, a pesar de que el **único trabajo realizado a este respecto la descarta**. Asimismo, con evidente superficialidad e inconsistencia como hemos visto más arriba, refiere que es una *especialización que se homologa con lo que existe en Europa*, en donde además recalca que *está poco implantada*. Ya lo hemos señalado, pero volvemos a insistir en que con estas afirmaciones se falta a la verdad en un hecho objetivo y contrastable: en Europa la implantación de Urgencias como Especialidad es **mayoritaria** (hoy existe en 19 países UE y mientras se elaboraba el RD existía ya en 16 países UE), como también ocurre en el resto del mundo desarrollado. En todos ellos se configuran unos requerimientos de **5 años mínimos de formación específica**, como recoge nuestro ordenamiento jurídico.
- La apuesta de la ACE implica su consideración como *superespecialidad*, lo que contradice los documentos de trabajo previamente elaborados por la Administración, que la descarta. Significa que en el caso de las especialidades a partir de las cuales se puede acceder, va a haber más supuestos superespecialistas que especialistas, lo que constituye una incongruencia normativa. Es la inversión de la pirámide formativa lógica, lo cual resulta contradictorio con la idea que reforzar el “generalismo” en la formación médica, y disminuir la superespecialización masiva.
- El **Real Decreto-Ley 16/2012** fue uno de los pilares de reformas en materia sanitaria introducidas por el actual Gobierno, con el fundamento invocado de los ajustes imprescindibles que en el **contexto de inminente rescate** que vivía España. Evidentemente, escapa del objeto de este proceso valorar los motivos generales de esta iniciativa legislativa del Gobierno¹², pero obviamente el **factor económico y la urgente necesidad** fueron su motor principal. En este sentido, llama especialmente la atención el cambio de los artículos de la Ley 44/2003 (LOPS) como se señala y justifica en la **Exposición de Motivos** (epígrafe VI) en la que se hacen las siguientes referencias:

“La creación de Áreas de Capacitación Específica no admite demora para dar respuesta a las necesidades del progreso científico y al derecho y deber que tienen los profesionales en orden a su desarrollo profesional. Este desarrollo es una petición unánime de los profesionales sanitarios, del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, de las sociedades científicas y de las Administraciones sanitarias. Sin embargo, al haber transcurrido más de 8 años desde la aprobación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, es necesario adaptar el desarrollo de las Áreas de Capacitación Específica a las nuevas necesidades del sistema sanitario y a la evolución que la formación sanitaria especializada está experimentando tanto a nivel interno (introducción de criterios de troncalidad en la formación de especialistas) como en el ámbito de la Unión Europea”.

¹² Sin perjuicio de ello, quedaría incompleta esta mención si no se indica que las razones invocadas formalmente como fundamento de la urgencia y necesidad del RD Ley han sido puestas en tela de juicio, entre otros, por el Gobierno de Canarias que planteó el recurso de inconstitucionalidad que está tramitándose en el TC (cfr. Nota 10 *ut supra*).

- En este caso, en el cambio de estos artículos que aluden a las ACE no se aprecia la extraordinaria urgencia que requiere la utilización de esta figura. Más bien todo parece apuntar a un exceso arbitrario y un uso por otro tipo de intereses; en este caso, claramente, **un intento de adaptar la Ley a la futura norma**, cuando lo normal sería lo contrario.
- El hecho de que lo más emergente al modificar los artículos 24 y 25 de la LOPS a través del Real Decreto Ley 16/2012, de Abril, demuestra el “interés” especial que había en despejar una de las dudas que expuso la Comisión Técnica del Grupo de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial, en lo referente a los 5 años de experiencia previa ejerciendo una especialidad. Habiendo expuesto todo el histórico del proceso del conflicto con las Urgencias y Emergencias, es entendible que es una actuación también arbitraria, y un uso abusivo de esta figura legislativa a este respecto, ya que no constituía ninguna “emergencia”, como se ha demostrado. Estos artículos están recurridos al Tribunal Constitucional. Además rompe el criterio de escalonar la formación y legislar en consonancia con el criterio lógico de culminar desarrollos formativos.
- La mención a la *unanimidad de la petición de las ace*, no se pone en duda la necesidad del CNCS (especialmente de algunas personas que lo integran en las que se pueden advertir intereses de parte incompatibles con la naturaleza de órgano colegiado de la Administración) pero **no era objeto de inquietud del mundo profesional, ni de las Sociedades Científicas, y tampoco constan declaraciones de intenciones de las Administraciones respecto a este aspecto. No consta en el expediente, ni en la literatura científica ningún trabajo relativamente serio que hable de este aspecto y cómo modularlo tampoco.** En la exposición de motivos aportado en la MAIN del RD **no aparece prácticamente ninguna alusión, ni ningún desarrollo, a este respecto.** Han surgido *de la nada*, o de otro tipo de intereses, al margen del interés general.
- **Tampoco el motivo “económico” de ahorro se configura en este caso importante, ni siquiera de forma aproximada.** En el *Plan de Reformas que comunica el Gobierno a la Comisión Europea para el año 2013*, no se hace referencia a la repercusión de esta propuesta legislativa en este sentido, ya que no ha tenido ninguna. Esto tiene su importancia probatoria, porque en este documento se **enumeran las medidas que está tomando el Gobierno** para hacer frente a las “peticiones” que le hace la propia Comisión, en su totalidad con implicaciones de contenido económico.

DÉCIMO SEXTO.- EL INCIERTO FUTURO DE LAS URGENCIAS CONFIGURADAS COMO ACE.

El hecho de configurar Urgencias y Emergencias como un ACE, en lugar de como especialidad primaria del tronco médico tendrá **otras implicaciones relevantes** en lo

que se refiere los Servicios de Urgencias y Emergencias configurando desde ahora un futuro incierto y preocupante. La cuestión es si el SNS puede permitirse esos *lujos*¹³ :

- a) El **Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud (BOE núm. 91, de 16 de abril)** vincula el establecimiento de servicios jerarquizados con una especialidad médica. Esa es la causa de que los SUH no se consideren un servicio jerarquizado, lo que lo coloca en una situación peculiar en lo conjunto de los servicios hospitalarios. Hasta ahora, los servicios de las diversas especialidades médicas, quirúrgicas, y de soporte clínico y asistencial han sido determinados únicamente por lo que preveían las plantillas de los diversos centros hospitalarios, donde los profesionales se agrupaban exclusivamente en función de su especialidad médica. Esto ha significado, en la práctica –y continúa ocurriendo así– que aunque reiteradamente hablemos de *Servicios*, **en el caso de Urgencias no sea así**, quedando sujeta a la interpretación de cada autoridad local o regional su configuración, origen de la **gran heterogeneidad** existente aún en la actualidad, y que se verá reforzada con esta normativa.
- b) Lo anterior tiene **implicaciones de equidad**. No es raro que se “interprete” que la atención de los pacientes pueda ser realizada **en muchos tramos horarios por médicos residentes en formación de diferentes años y diferentes especialidades**, al margen de la responsabilidad médico-legal que tienen otorgada (la jurisprudencia se ha ocupado reiteradamente de esta situación anómala). A estas circunstancias se refieren expresamente y en profundidad, con una altísima preocupación, los **Defensores del Pueblo** en su **Informe “Las Urgencias hospitalarias en el SNS: derechos y garantías de los pacientes”** (enero de 2015), al que nos referimos en el Fundamento Jurídico Cuarto.
- c) Existen también **implicaciones laborales**. Al constituir *áreas no definidas*, es frecuentemente interpretable lo que sitúa a los SUH y a los profesionales en un plano administrativo *inferior*, con responsables de servicio que son cargos de confianza, y con plantillas también interpretables. En algunas CCAA el porcentaje de **eventualidad** se encuentra habitualmente en cifras escandalosas (> 90%), a diferencia de los que ocurre con el resto de servicios asistenciales.
- d) Resultan también **interpretables otros aspectos que pueden llegar a implicar atentados contra la dignidad de la atención de los pacientes** que acuden a estos servicios. Dado el plano de *inferioridad administrativa*, que la no configuración como especialidad refuerza, se producen frecuentes vulneraciones de la dinámica normal y sensata de muchos servicios, como acreditan con frecuencia los medios de comunicación (donde caben 40 pacientes, pueden caber 80...) y a las que se hace alusión en el Informe de los

¹³ El Consejo de Estado –cfr. Dictamen 1100/2013, de 23 de enero– plantea estas mismas inquietudes: *“Este Consejo de Estado quiere ante todo llamar la atención sobre el hecho de que la proyectada reforma (...) incide sobre una materia sensible, de indiscutible importancia que, sin perjuicio de las mejoras y actualizaciones que precise, en principio está correctamente afrontada por nuestro ordenamiento jurídico, como lo demuestra el reconocido prestigio que tienen los especialistas formados en España”*.

Defensores del Pueblo (motivos de queja habituales), que se resumen en vulneraciones de la calidad debida y de la seguridad de los pacientes. Se trata de situaciones que no se producen en los servicios jerarquizados.

- e) No reconocer la especialidad de MUE implica que el **RD 639/2014 socaba la movilidad de los profesionales de urgencias actuales y futuros fuera de España, pero también, como viene ocurriendo, dentro de nuestro País, debido a la diversidad de categorías y situaciones profesionales.** En efecto, el **artículo 15.1 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud**, establece la creación, modificación y supresión de las categorías de personal estatutario en el ámbito de las competencias de cada Administración Sanitaria, de acuerdo con las previsiones del **capítulo XIV** y, en su caso, del **artículo 13** de esa Ley. En su **apartado 2**, en la antigua redacción establecía, que los servicios de salud comunicaran al Ministerio de Sanidad las categorías de personal estatutario existentes en el mismo, así como su modificación o supresión y la creación de nuevas categorías, a fin de proceder, en su caso, a la **homologación** de las distintas clases o categorías funcionales de personal estatutario, conforme a **garantizar la movilidad** en términos de igualdad efectiva del personal estatutario en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Desde entonces, los servicios de salud dentro del ámbito de competencia que le reconoce el citado artículo 15.1 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, han **suprimido, creado y modificado categorías de personal estatutario de acuerdo a los criterios de organización que cada servicio de salud ha considerado conveniente**, con el único requisito de comunicarlo al Ministerio de Sanidad para que procediera a su homologación conforme a lo previsto en el artículo 37.1. Esto ha dado lugar a una **diversidad de categorías profesionales en urgencias y emergencias que ha supuesto una barrera a la movilidad de los profesionales** entre los servicios de salud.
- f) La solución adoptada por el RD 639/2014 condena a la **inferioridad docente** a los profesionales de estos servicios, al *someterlos y/o subordinarlos administrativamente* a las cuatro especialidades de origen indicadas en el Anexo II de la norma impugnada. Se da la paradoja que **profesionales que no tienen vinculación laboral con estos servicios van a ejercer su control sobre quienes sí la tienen**, tal y como se refleja en el articulado del RD. Esto vulnera el desarrollo profesional basado en el esfuerzo, la igualdad, el mérito y la capacidad de este importante colectivo profesional (el segundo más numeroso como hemos dicho). Este aspecto, **“el control docente”, con importantes implicaciones económicas a costa de estos profesionales, pero sin contar con ellos**, explica verdaderamente muchos de los aspectos e incongruencias que supone respecto de la MUE el contenido del RD 639/2014, además de algunas posturas que se pueden comprobar en el expediente aportado.
- g) Esta última circunstancia **tendrá consecuencias claras en un futuro próximo (casi inmediato), ya que en aplicación de la Directiva 2013/55 UE**, serán de obligado cumplimiento aquellos aspectos que afectan a la *acreditación* y

reacreditación profesional periódicos, que se ponen en manos de **quienes no están implicados en el trabajo cotidiano de estos servicios.**

- h) No considerar a la MUE como especialidad médica, en igualdad de condiciones con el resto, **implicará también permanecer en la exclusión de las instituciones de mi representada, por ejemplo, en el Foro de la Profesión Médica**, en un momento presente y futuro de posible inclusión de dicho órgano en la legislación española. **Se da la paradoja de que sí está representada en las Organizaciones y Sociedades Europeas e Internacionales, pero no en su propio País.** En el **DOCUMENTO Nº 4** se aporta un resumen de prensa sobre este conflicto y las peticiones de estas entidades en el sentido de lo solicitado por mi representada.

A los anteriores Hechos resultan de aplicación los siguientes

FUNDAMENTOS DE DERECHO

I.- JURÍDICO-PROCESALES.

Primero.- Competencia.

Los artículos 58 LOPJ y 12.1 LJ determinan la competencia de esa Sala Tercera del Tribunal Supremo para conocer del presente recurso contencioso-administrativo, cuyo objeto es una disposición reglamentaria emanada del Consejo de Ministros.

Segundo.- Legitimación.

Mi mandante está legitimada activamente para interponer el presente recurso dado que ostenta la condición de interesado en los términos previstos por el artículo 19.1.a) de la Ley de la Jurisdicción Contencioso Administrativa. En efecto, la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (SEMES) tiene entre sus fines -artículo 8 Estatutos- "*velar por la calidad en la asistencia de urgencias y emergencias*" y "*promover el establecimiento de la especialidad de medicina y enfermería de urgencias y emergencias, así como el desarrollo de la misma, de acuerdo con las disposiciones legales establecidas al efecto*". Estas circunstancias manifiestan con claridad el **interés directo y legítimo** que ostenta mi representada y que ha justificado su **participación en el procedimiento** de elaboración del RD 639/2014 aquí impugnado.

Tercero.- Objeto.

El objeto del presente recurso es el Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista, publicado en el BOE nº 190, de 6 de agosto de 2014.

Cuarto.- Plazo.

El presente recurso contencioso-administrativo se interpuso el día 12 de septiembre de 2014, dentro del plazo de los dos meses siguientes a la publicación en el Boletín Oficial del Estado de 6 de agosto de 2014.

Quinto.- Agotamiento de la vía administrativa.

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 107.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, contra el Real Decreto impugnado no cabe recurso administrativo alguno.

Sexto.- Otros requisitos procesales.

Se cumplen todos los requisitos procesales para que en su momento se dicte Sentencia de conformidad con lo dispuesto por el artículo 67 de la Ley Jurisdiccional. Señaladamente se hace manifestación expresa del cumplimiento del requisito señalado por el artículo 45.2.d) de la Ley Jurisdiccional, ya que con el escrito de interposición se aportó -Documento nº 3- certificación expedida por el Secretario General de la Junta Directiva de SEMES, acreditativa de la adopción del acuerdo de interposición del recurso adoptado por la Asamblea General Central de socios de SEMES, órgano soberano que tiene atribuidas las máximas facultades decisorias de la Entidad (artículo 24 Estatutos).

II.- FUNDAMENTOS JURÍDICO-MATERIALES

SUMARIO

Primero.- Planteamiento general.

Segundo.- Vulneración del artículo 24.1.a) de la ley 50/1997 y del Real Decreto 1083/2009, de 3 de julio, al carecer el Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, de justificación objetiva, razonable y suficiente de la oportunidad y conveniencia de configurar la Medicina de Urgencias y Emergencias como Área de Capacitación Específica y no como una Especialidad primaria del tronco médico.

Tercero.- Insuficiencia de la justificación y memoria económica del Real Decreto 639/2014, de 25 de julio.

Cuarto.- Las previsiones reglamentarias que configuran y someten a la medicina de urgencias y emergencias al régimen de las ACEs y no al de las especialidades primarias del tronco médico contravienen el principio de reconocimiento automático consagrado por el artículo 21 de la Directiva 2005/36/CE y generan una discriminación flagrante de los profesionales españoles incompatible con las previsiones constitucionales (arts. 14, 23, 103 CE).

Quinto.- El análisis de los Defensores del Pueblo: la configuración de una especialidad troncal de Urgencias y Emergencias es la solución que mejor garantiza los derechos de los pacientes consagrados por el artículo 43 ce y los derechos profesionales de los profesionales.

Sexto.- El establecimiento del ACE de Urgencias y Emergencias en lugar de la especialidad primaria procedente, alarga de manera innecesaria e injustificada el período de formación y en esa medida vulnera el derecho constitucional al trabajo consagrado por el artículo 35.1 CE (y, en su caso, en el ámbito de la sanidad pública los derechos consagrados por el artículo 23 CE).

Séptimo.- La configuración de la Medicina de Urgencias y Emergencias como Área de Capacitación Específica distorsiona y desnaturaliza la propia figura, vulnerando en consecuencia los artículos 24 y 25 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, así como los artículos 130.1 CE y 39 bis 1 LRJPAC.

PRIMERO.- Planteamiento general.

Los hechos precedentes ponen de relieve que los motivos de impugnación del RD 639/2014, de 25 de julio, en ningún caso pueden resumirse en una mera discrepancia sobre cuestiones de oportunidad vinculadas al ejercicio de una potestad discrecional. Si se hiciera este planteamiento -y mucho nos tememos que así puede ser- se estaría dando, una vez más, un planteamiento frívolo y superficial a cuestiones que durante años han sido objeto de estudio, manifestación y apreciación en todas las instancias -jurídicas, parlamentarias, administrativas, profesionales y sociales- y bajo todos los puntos de vista, como de ello dan cuenta detallada y puntual los antecedentes administrativos que obran en el expediente -con un hito en el Proyecto de 23 de

noviembre de 2011- así como la multitud de iniciativas parlamentarias de consenso, impulso y control de la acción del Gobierno.

Afirmar de forma genérica, como de alguna forma ya se afirma en la MAIN del Proyecto finalmente aprobado, que habiendo evaluado todas las cuestiones implicadas se ha considerado más conveniente la solución adoptada -ACE de Urgencias y Emergencias- no es suficiente para dotar lo lógica, coherencia y racionalidad a una decisión incoherente, contradictoria e injustificada. La invocación vaga y difusa de conceptos generales y lugares comunes -atención de calidad al paciente, prestación sanitaria especializada, implantación de la troncalidad como medio de desarrollo y profundización en la formación no compartimentalizada, etc- implica una justificación deficiente e insuficiente de la oportunidad y razones de una norma reglamentaria que se desvincula de todos los trabajos y decisiones previas, tanto en el ámbito nacional interno, como en el del entrono europeo e internacional, como si el mero ejercicio de la potestad reglamentaria se justificara en sí mismo en virtud de QUIÉN la ejerce, no de PARA QUÉ y POR QUÉ se ejerce.

Muy al contrario de tales planteamientos, lo que los hechos señalados en esta demanda ponen de manifiesto vulneraciones graves del Ordenamiento jurídico nacional y europeo, determinantes de la nulidad del RD 639/2014 en lo que afecta a la configuración de la ACE de Urgencias y Emergencias. Nos estamos refiriendo a vulneraciones procedimentales y sustantivas, en la medida en que se parte de presupuestos y premisas incompletas y falsas para llegar a soluciones contrarias a las previsiones normativas y vulneradoras de los derechos de los profesionales y ciudadanos.

SEGUNDO.- VULNERACIÓN DEL ARTÍCULO 24.1.a) DE LA LEY 50/1997 Y DEL REAL DECRETO 1083/2009, DE 3 DE JULIO, AL CARECER EL REAL DECRETO 639/2014, DE 25 DE JULIO, DE JUSTIFICACIÓN OBJETIVA, RAZONABLE Y SUFICIENTE DE LA OPORTUNIDAD Y CONVENIENCIA DE CONFIGURAR LA MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS COMO AREA DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA Y NO COMO UNA ESPECIALIDAD PRIMARIA DEL TRONCO MÉDICO.

Es claro que el Gobierno tiene libertad, respetando la legalidad, para regular de la forma que le parezca más oportuna. Sin embargo, las razones de oportunidad deben explicitarse adecuadamente porque no cabe una regulación improvisada, caprichosa e irracional. De la misma manera, la libertad del Gobierno también lo es para cambiar de criterio, especialmente si el cambio de criterio se debe a un cambio de Gobierno. No obstante, incluso en el análisis político del cambio de criterio de un nuevo Gobierno existen limitaciones derivadas del **principio de congruencia** en la medida en que no resulta coherente -racional- apoyar y sostener desde la oposición los mismos planteamientos del Gobierno para después separarse de ellos y contradecirlos cuando se accede al Gobierno.

Dejando a un lado que este modo de actuar resulta extraño y hasta injustificable -falta de seriedad y de rigor, frivolidad en el ejercicio de importantes tareas públicas, etc- podría admitirse *siquiera a efectos dialécticos* su legitimidad desde el punto de vista político o, incluso, teóricamente que son propias de un **Estado democrático**. Sin

embargo, resulta indiscutible la existencia de límites claros y rotundos en el plano jurídico como manifestación propia y genuina del **Estado de Derecho**. Y es que, no se olvide, **no todo** lo que resulta teóricamente posible en un **plano político** -por decirlo así, en un planteamiento **de lege ferenda**- **puede admitirse en el plano jurídico concreto y actual** -planteamiento **de lege data**-.

Trayendo estas consideraciones al asunto concreto que nos ocupa, lo que debe analizarse jurídicamente es si las decisiones normativas del Gobierno cumplen o no los **requerimientos jurídicos preceptivos y mínimos de oportunidad, racionalidad y acierto**.

Para ello es preciso tener en cuenta que:

- a) No bastan las simples invocaciones genéricas de objetivos abstractos o justificaciones difusas, sino que es precisa la constatación de un análisis detallado y concreto de los aspectos o factores tomados en consideración. La invocación de justificaciones equívocas -aquellas que sirven para justificar una solución y su contraria- pueden resultar instrumentales y fraudulentas *-flatus vocis-* y, en cualquier caso, rechazables.
- b) El análisis de los fundamentos invocados no puede hacerse de manera aislada o descontextualizada sino que, por el contrario, es preciso analizar la evolución de los acontecimientos, verificar si existieron o no otras soluciones y, en tal caso, qué fundamento tuvieron y qué motivó que fueran rechazadas. Esta exigencia resulta esencial si se quieren eliminar del panorama normativo decisiones arbitrarias e infundadas.
- c) Una misma y única circunstancia -por ejemplo, la demanda social- no puede justificar una cosa y su contraria. Se trata de un imperativo lógico elemental que está en la base del principio de contradicción -*una misma cosa no puede ser y no ser al mismo tiempo y bajo el mismo aspecto*-; más aún, cuando la primera afirmación ha sido objeto de análisis y desarrollo y la segunda afirmación -contradictoria- no está fundamentada en ningún análisis concreto o lo está de manera manifiestamente insuficiente.
- d) La exigencia de una justificación o motivación suficiente y objetiva, basada en hechos contrastables afecta a los tres aspectos en los que se debe fundamentar la creación de una nueva especialidad médica, a saber: la *demandas social*, el *progreso científico*, el *consenso profesional*. Estos son los aspectos que el Gobierno ha manejado tanto cuando contemplaba la Medicina de Urgencias y Emergencias como una **especialidad primaria del tronco médico** (trabajos desarrollados en el período 2006 a 2012 como cuando en el proyecto de diciembre de 2012, variando este criterio ha optado por su configuración como **Área de Capacitación Específica**.

La primera de las circunstancias a analizar a efectos de verificar jurídicamente la **racionalidad, oportunidad y acierto de la decisión normativa del contenido del RD 639/2014** -obligación impuesta por el artículo 24.1.a) de la Ley 50/1997- es la relativa al **fundamento del cambio de criterio** operado con el proyecto de RD de 11 de diciembre de 2012: si hasta entonces el Gobierno propugnó una solución que la oposición apoyaba, **QUÉ ha ocurrido y CÓMO se ha justificado el cambio de criterio**, la solución contradictoria que respecto de la MUE adopta el Proyecto de diciembre de 2012 finalmente aprobado (ACE, en lugar de especialidad troncal).

Hasta 2012 el Gobierno dio cuenta minuciosa de los planes de creación y desarrollo de las especialidades médicas en el marco de la LOPS en muchísimas ocasiones. En todas esas ocasiones, con el apoyo del el principal partido de la oposición -es decir, con una actuación consensuada y coordinada, más allá de matices puntuales-, **se ha planteado siempre la necesidad, conveniencia y oportunidad de creación de la especialidad de medicina de urgencias y emergencia (MUE)**, basado en razones de **demanda social, desarrollo científico y consenso mayoritario en el ámbito profesional**. Estas son algunas de las más claras y rotundas manifestaciones de este planteamiento:

A.- El Grupo Parlamentario Popular ha venido manteniendo una postura coherente en favor de la creación de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias, justificándolo en una serie de circunstancias y datos objetivos que el tiempo no ha hecho sino aumentar, en cualitativa y cuantitativamente. Así instaba al Gobierno en el año 2004¹⁴:

*"En la anterior legislatura, [se] presentó ante esta Comisión de Sanidad una proposición no de ley que **urgía al Gobierno al reconocimiento de la especialidad de medicina de urgencias y emergencias**. Hubo contactos y conversaciones entre la Sociedad española de medicina de emergencias y urgencias, la **SEMES**, y responsables del Ministerio para ver la posibilidad de crear una nueva especialidad, con la dificultad que ello implica, en urgencias y emergencias. Este reconocimiento podía **dar respuesta a un colectivo que está cifrado entre 10.000 y 12.000 profesionales que actualmente están atendiendo más de 30 millones de urgencias que se producen en todo el territorio nacional y que además tiene una antigüedad media de unos diez años en su puesto de trabajo**. Como resultado final, podemos decir que cada uno de estos profesionales está asistiendo a una media de 5.000 consultas diarias. La necesidad de establecer un criterio de acreditación para garantizar no solamente el proceso de reconocimiento de la especialidad, sino también lo que sería el núcleo troncal de la formación en esa especialidad, es competencia del Ministerio de Sanidad y Consumo conjuntamente con el Ministerio de Educación y Ciencia; como paso previo, la SEMES estableció un certificado de acreditación para los médicos asociados a esta sociedad, donde se reconocían campos de conocimiento, antigüedad, cursos de formación, así como experiencia profesional. **Existe una serie de razones de índole legal y***

¹⁴ BOCG, Serie D nº 83, de 28 de septiembre de 2004, pág. 23.

profesional que aconsejan la creación de esta nueva especialidad. Los datos que le he dado creo que así lo indican.

Por ello, le formulo la pregunta que viene en el orden del día: ¿Qué previsión tiene el Ministerio con relación a la creación de la especialidad de medicina de urgencias y emergencias?"

Y si clara y procedente era la pregunta, no menos clara fue la respuesta del Gobierno a través del Subsecretario de Sanidad: *"Señor diputado, comparto completamente su sensibilidad en relación con la aspiración de este colectivo integrado por los médicos de urgencias. Han entregado un dossier recientemente en el ministerio que contiene sus argumentos desde el punto de vista del colectivo, que **justificaría la creación de esta especialidad**".*

Y por si alguna duda había, insiste en turno de réplica el Diputado popular que formulaba su pregunta: *"Señor Subsecretario, valdría la pena (...) enviar un mensaje a la SEMES, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, acerca de **cuál es realmente la voluntad y el criterio que tiene la actual Administración del Partido Socialista a la vista de la Proposición No de Ley que se formuló en tiempo no demasiado lejano, sobre todo porque entiendo que es un criterio de justicia el reconocimiento a unos profesionales que constituyen uno de los pilares de la asistencia sanitaria en este país; la entrada de urgencias es quizá de las más importantes. Creo que vale la pena dar esa respuesta (...) acerca de la importancia de la creación de una nueva especialidad"^{15 16}***

B.- Preguntado el Gobierno por la revisión del número de especialidades en España y su modificación troncal en relación a las necesidades de recursos humanos en el Sistema Sanitario Público¹⁷, la respuesta escrita dada por el Secretario de Estado de Asuntos Constitucionales y Parlamentarios el 13 de enero de 2009¹⁸ fue la siguiente:

*"En el Pleno del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, celebrado el 29 de marzo del año 2007, el Ministro de Sanidad y Consumo encargó a su Presidente la creación de un Grupo de Trabajo sobre Troncalidad, con el fin de elaborar un documento de consenso sobre la definición de troncalidad y definir los troncos de especialidades sanitarias. El Grupo se constituyó formalmente el 12 de abril de 2007. El documento elaborado por este grupo de trabajo fue entregado al Ministro de Sanidad y Consumo el pasado 26 de junio, y presentado en el **Pleno del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud** celebrado el 30 de junio de 2008.*

El Ministerio de Sanidad y Consumo utilizará el citado documento como propuesta base para su discusión con el sector profesional Para ello, y

¹⁵ *Ibid.* pág. 24.

¹⁶ Una nueva interpelación parlamentaria, de idéntico tenor y finalidad, también planteada por el Grupo Parlamentario Popular consta en BOCG, Serie D nº 546, de 30 de abril de 2007, pág. 893.

¹⁷ BOCG, Serie D nº 42 de 27 de junio de 2008, pág. 382.

¹⁸ BOCG, Serie D nº 147, de 16 de febrero de 2009, págs. 543-544.

como primer paso, el informe se ha presentado a **todas las Comunidades Autónomas** en la reunión de la **Comisión Técnica Delegada de la Comisión de Recursos Humanos**, celebrada el día 16 de julio, acordándose en la misma, **por unanimidad**, que el estudio de esta iniciativa se realice por el **grupo de trabajo de troncalidad de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud**, en el cual están representadas las Comunidades Autónomas de Cataluña, Andalucía, Cantabria, Canarias, Murcia, Castilla-La Mancha, Navarra, Extremadura, Madrid, Castilla y León, Aragón y Galicia, y los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Ciencia e Innovación.

Una vez que el Ministerio de Sanidad y Consumo disponga de todas las oportunas aportaciones, procederá a la elaboración del proyecto de Real Decreto sobre Troncalidad, teniendo en cuenta la necesidad del consenso de los distintos profesionales, la mejora en la calidad de la atención prestada a los pacientes, la adaptación de la formación a la realidad socio-sanitaria y a los avances tecnológicos, y la mejora en la gestión de los recursos humanos del sistema".

Se señalan aquí ya, los **cuatro parámetros objetivos** a los que de manera reiterada se volverá para justificar la necesidad y oportunidad de la especialidad de medicina de Urgencias y Emergencias (MUE): consenso, calidad de la atención a pacientes, demanda social y avances; criterios que, paradójica y sorprendentemente, son obviados por los organismos y entidades que discuten y niegan la procedencia de la especialidad.

C.- Uno de los hitos principales en el largo trayecto de configuración de la reforma de las especialidades se produjo en 2007, con ocasión del debate de **sendas Proposiciones No de Ley presentadas por los Grupos Socialista y Popular en el Congreso de los Diputados, instando la creación de la Especialidad de MUE**. En el debate¹⁹, finalizado con la aprobación de "*una redacción transaccional que recoge básicamente las aspiraciones*" de ambos grupos parlamentarios proponentes, se expusieron razones de toda índole acreditativas de la procedencia -conveniencia y oportunidad- de la creación de una Especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias.

"El Sr. FIDALGO FRANCISCO (GS): estamos debatiendo la proposición no de ley en torno a la creación de la especialidad médica de urgencias y emergencias, y quiero recordar que es un trámite que empezamos realmente ya hace seis años (...)

*(...) tenemos que agradecer y reconocer la paciencia y perseverancia y desde luego el ánimo constructivo de los médicos de urgencias en nuestro país, que a través de sus organizaciones representativas, y concretamente desde sociedades científicas como SEMES, han demostrado la **capacidad de entendimiento, de diálogo y dedicación, como lo hacen también los más***

¹⁹ Diario de Sesiones, CG, Comisiones nº 837/2007 (Sanidad y Consumo), de 29 de mayo de 2007, págs. 15-18.

de 5.000 médicos, especialmente hospitalarios, que día a día realizan más de la mitad de los 24 millones de atenciones urgentes de nuestro país, haciéndolo además, según el último *barómetro sanitario*, 'muy bien' o 'bastante bien' para casi el 80 por ciento de los encuestados, es decir, con una altísima satisfacción. Si a ello añadimos que los profesionales que ejercen las unidades móviles medicalizadas en emergencias, por ejemplo atendiendo a las más de 130.000 víctimas de accidentes de tráfico, tendremos un panorama claro de la importante carga de cuidado de la salud que la sociedad deposita en sus manos y en sus conocimientos, cuando hacen además su trabajo en los momentos que objetiva y subjetivamente son más críticos para los ciudadanos. (...). Como se ha visto, el sistema español de atención a la urgencia está bien valorado por los ciudadanos, pero el hecho de que casi el 60 por ciento de las atenciones se efectúe en los hospitales, el 70 por ciento de ellas además a iniciativa propia, y que unos dicen que un tercio, pero se barajan cifras entre el 30 y el 60 por ciento de esos atendidos, no se benefician clínicamente pudiendo haber sido atendidos en otros niveles, nos induce a **hacer una reflexión conjunta sobre el sistema. Además, los ciudadanos muestran mil razones diferentes para acudir a los servicios de urgencia hospitalarios, y eso añade una motivación más para hacer una reflexión. (...)**

Aun suponiendo que las cosas mejoren, es evidente que **los pacientes urgentes más graves requerirán una atención integral cada vez más especializada tanto en las unidades móviles como en los hospitales.** Hoy en día el **70% de los ingresos en los hospitales se realiza por urgencias, y por tanto es muy importante la formación de médicos específicamente para ello en una atención integral urgente,** máxime ante el panorama más que ajustado de especialistas de otras áreas. Son necesarios más médicos de familia, más anestesistas y de otras especialidades muy concretas para los próximos años. **También es verdad que en la Unión Europea al menos siete países tienen reconocida la especialidad médica de urgencias y emergencias²⁰.** Señorías, **LAS URGENCIAS DE NUESTROS HOSPITALES Y LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS NO PUEDEN SER CAJONES DE SASTRE QUE SE NUTRAN DEL VAIVÉN FLUCTUANTE DEL MERCADO DE OTROS ESPECIALISTAS** (...) y el peso asistencial que suponen las urgencias ha de tener asegurada la calidad que los momentos difíciles requieren, que hoy se supone por la experiencia, pero **las características laborales, la evolución de las plantillas y la necesaria renovación hacen necesario tomar ya medidas que garanticen dispositivos bien dimensionados, profesionales con plena dedicación, específicamente formados y que tengan los adecuados incentivos laborales que tengan en cuenta las especiales connotaciones de su labor, tan importante socialmente.** (...) Por lo tanto, se está realizando ya en el ministerio un trabajo fructífero y muy

²⁰ En la actualidad, siete años después, en la UE se ha incrementado de 7 a 19 los países con especialidad primaria en urgencia y emergencias, marcando claramente la tendencia y evolución a la que debe llevar la convergencia y armonización de las legislaciones nacionales para hacer efectivo el principio de reconocimiento automático de las especialidades sobre el que descansa en este ámbito la libre prestación de servicios en la Unión.

*importante, y ahora conviene —y a ello estamos dispuestos y por eso presentamos esta proposición no de ley— **el refrendo, el aval y el apoyo parlamentario a la creación de la especialidad troncal de medicina de urgencias y emergencias (...)** de la manera más unánime posible".*

Por parte del Grupo Parlamentario Popular se defendió su propia iniciativa legislativa relativa a la creación de la especialidad de urgencias y emergencias esgrimiendo lo siguientes hechos, argumentos y razones:

*"La Señora VELASCO MORILLO: Señorías, muchas han sido las iniciativas parlamentarias que ha planteado mi grupo para (...) la creación de una nueva especialidad en medicina, la de urgencias y emergencias, porque **así nos lo demandaban los profesionales que trabajan en los servicios de urgencia y emergencias del Sistema Nacional de Salud (...)** [Las] adaptaciones a la demanda asistencial urgente se han hecho de una forma **muy desigual en las distintas comunidades autónomas**, a la par que una serie de profesionales se fueron dedicando a ella de una manera específica y exclusiva. El Real Decreto 866/2005, de 20 de julio, establece la creación de la categoría y modalidad de médicos de urgencias hospitalarias y en su articulado se definen las funciones, jornadas, régimen retributivo, sistema de selección y se crea en el ámbito del entonces INSALUD, es decir, en diez comunidades autónomas, Asturias, Aragón, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura, La Rioja, Madrid, Murcia, la categoría estatutaria del médico de urgencias hospitalaria y también se establece esta categoría en las comunidades autónomas de Galicia, Canarias y Comunidad Valenciana mediante decretos autonómicos con rasgos prácticamente idénticos a la categoría creada por el INSALUD. Pero **esos decretos no aseguran la formación específica de los profesionales sanitarios en la asistencia urgente, que provienen de otras especialidades con un lógico déficit formativo** y una situación de transitoriedad en el ámbito de las urgencias. Esto **impide una mejora en la organización funcional de los servicios de urgencia**, y al no disponer de un servicio docente acreditado no se garantizará un mínimo de calidad asistencial tanto para el ciudadano como para el profesional en formación, siendo la atención de urgencias un **nivel de asistencia esencial** en un sistema sanitario moderno y que debe garantizar un **atención de calidad prestada por profesionales que específicamente y a tiempo completo aborden de una manera integral al paciente. PARA UN MÁS EFICAZ FUNCIONAMIENTO DE DICHO NIVEL RESULTA NECESARIO CREAR LA ESPECIALIDAD DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**, así se garantizaría la mejora de la atención urgente de una forma uniforme, regulada y avalada institucionalmente desde el mismo momento de la incorporación del profesional a su puesto de trabajo. (...) Como también se ha dicho aquí, este no es un debate nuevo, **desde el Grupo Parlamentario Popular incluso cuando estábamos en el Gobierno ya se abordaba y se planteaba la posibilidad de crear dicha especialidad** porque, repito, es permanente la insistencia de los profesionales y sociedades como SEMES de que esta especialidad sea una realidad. Pero debemos felicitarnos porque en la*

*Comisión técnica de formación especializada en ciencias de la salud, en su reunión del día 10 de marzo del 2005, se acordó la creación del grupo de trabajo específico que aborde la necesidad, oportunidad y conveniencia de crear la especialidad de urgencias y emergencias. Desde que se decide crear ese grupo de trabajo han sido permanentes las alusiones y los apoyos de las comunidades autónomas para que se cree dicha especialidad y se han desarrollado múltiples reuniones en ese sentido. (...) Para nosotros es fundamental que haya un reconocimiento, por un lado, de los que van a acceder al sistema a través de vía MIR de esa nueva especialidad, y por otro lado un reconocimiento para los que ya vienen ejerciendo en el Sistema Nacional de Salud, sobre todo en un momento en el que las necesidades de profesionales son acuciantes, por lo que definir claramente estos apartados puede servir de motivación para que los profesionales trabajen donde realmente consideren más oportuno. Por eso instamos al Gobierno a que desarrolle el articulado del capítulo I del título II de la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias respecto a la especialidad de Urgencias y Emergencias, a toda su formación, en lo que coincidimos con el Grupo Parlamentario Socialista, y desde luego nos parece oportuno, y así lo hemos reflejado, que queden claros los procesos de diálogo y de consenso con todas las especialidades que van a formar parte de este tronco común. Como consecuencia del debate que ya está planteado, se creará la especialidad (...) y debe haber acuerdo para los procesos de integración o de homologación respecto a la especialidad de aquellos profesionales que vienen trabajando en los servicios de urgencias y emergencias. (...) el Grupo Parlamentario Popular está en condiciones de llegar a una transaccional (...) con el **objetivo de aportar desde esta Comisión y desde los grupos parlamentarios algo positivo en la nueva especialidad de urgencias y emergencias para todos los profesionales**".*

No hay duda, por lo tanto, de los planteamientos coincidentes y comunes en orden a la creación y reconocimiento pleno de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias, instando al Gobierno a promover un Real Decreto que así lo establezca. Tampoco puede dudarse de que este planteamiento conjunto responde al sentir y la demanda social, a las necesidades y justa reivindicación profesional de un colectivo médico que agrupa a miles de profesionales. Se dan razones organizativas de los servicios, funcionales, de eficacia y eficiencia en el manejo y la gestión del personal y los recursos. Y se aborda, no como una mera declaración vacía, la **atención integral** del paciente urgente por parte de personal formado específica y globalmente en esa realidad, no fragmentándola ni sobredimensionando la formación especializada de base. El texto de ambas justificaciones parlamentarias de la iniciativa resulta mutuamente armonizable y refleja una coincidencia de fines, de medios y objetivos. Por esta razón, por la rotundidad de las declaraciones solemnes mantenidas a lo largo de los años **resulta completa y absolutamente incomprensible el viraje** que ha supuesto en la tramitación de la norma reglamentaria un proyecto como el que finalmente ha resultado aprobado, fundado en razones aparentes que no logran contradecir lo que hasta ahora estaba acreditado y ha venido manteniéndose.

D.- Con todo, no quedan aquí las declaraciones e iniciativas parlamentarias en orden a la creación de la nueva especialidad de MUE siguiendo las líneas de consenso profesional y político y atendiendo a la demanda y necesidades sociales. Así, poco tiempo después de las PNL, en respuesta escrita a la pregunta formulada al Gobierno, el 30 de septiembre de 2009 el Secretario de Estado para Asuntos Constitucionales y parlamentarios señalaba²¹:

*"En la sesión celebrada el día 27 de enero de 2009 el Ministerio de Sanidad señaló que dentro del marco de la troncalidad se deben analizar las **propuestas de creación de tres especialidades: Urgencias y Emergencias, Psiquiatría Infanto-Juvenil y Genética**, instando a los miembros del grupo al análisis y posicionamiento al respecto a lo largo de los trabajos del grupo. El día 13 de abril de 2009, **el entonces Ministro de Sanidad, Bernart Soria, anunció públicamente la decisión del Gobierno de crear las especialidades de Psiquiatría Infantil y Juvenil y la de Urgencias y Emergencias, que se desarrollarán en el marco de la troncalidad**. Asimismo, el día 21 de mayo, en sede parlamentaria, [la entonces] Ministra de Sanidad y Política Social **ratificó esa decisión del Gobierno**, remarcando que su desarrollo se ha de producir en el marco de la troncalidad. (...) Se está procediendo a designar, junto con las Comunidades Autónomas, a todos los vocales para proceder a constituir la Comisión Promotora de Urgencias y Emergencias, entre cuyas funciones está la de abordar la definición del programa troncal y el específico de la especialidad"*.

E.- Con fecha 13 de abril de 2011 se preguntó al Gobierno sobre sus *políticas y planes en materia de especialidades médicas*. La pregunta -destacando que "el contexto europeo de transformación y reforma y que **"el trabajo por parte del ministerio y de las comunidades autónomas se ha desarrollado con el máximo rigor para dar luz a un texto que sume voluntades, con el Consejo Nacional de Especialidades, las sociedades científicas y los profesionales y que supone una nueva organización"**- se producía en un momento en el que los trabajos recogían la especialidad troncal de Medicina de Urgencias y Emergencias. Pues bien, la respuesta del Gobierno²² no pudo ser más clara y solemne:

*"Señoría, efectivamente, venimos trabajando en la adecuación del modelo de formación sanitaria especializada atendiendo a lo dispuesto en la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias. Lo estamos haciendo **teniendo en cuenta tanto las iniciativas parlamentarias que se han aprobado en esta Cámara, como las iniciativas y las reflexiones que nos han hecho llegar las ORGANIZACIONES PROFESIONES y DE PACIENTES, y por supuesto hemos escuchado también a las COMUNIDADES AUTÓNOMAS. Quiero hoy anunciarle el inicio de la tramitación del correspondiente real decreto para que antes de que acabe el año sean realidad las nuevas especialidades de enfermedades infecciosas, genética, psiquiatría infanto-juvenil y urgencias y emergencias**. (...) son avances que responden a la salud de nuestra ciudadanía, a la labor de nuestro profesionales y al*

²¹ Cfr. BOCG, 6 de noviembre de 2009, Serie D. Núm. 286, pág. 146.

²² Cfr. DS. Congreso de los Diputados Núm.239 de 13 de abril de 2011, pág. 23.

*conjunto del Sistema Nacional de Salud que este Ministerio está desarrollando con el apoyo de esta Cámara*²³.

F.- En septiembre de 2011, el Gobierno a través del Secretario de Estado de Asuntos Constitucionales y Parlamentarios respondía así a una pregunta escrita formulada en sede parlamentaria (cfr. BOCG serie D, nº 638 de 3 de octubre de 2011, pág. 110):

*"En relación al desarrollo de las especialidades médicas, señalar que está en proceso de tramitación los **decretos por los que se regulará la creación de nuevas especialidades médicas, Urgencias y Emergencia, Enfermedades Infecciosas, Genética y Psiquiatría Infanto-juvenil, todas ellas de carácter troncal, así como el decreto que regulará la incorporación de criterios de troncalidad en la formación sanitaria especializada**".*

G.- Esta **situación –clara, debatida, consensuada política y profesionalmente– se altera de manera sorprendente e inexplicable** a raíz de la celebración de las elecciones generales del mes de noviembre de 2011. A partir de entonces el nuevo Gobierno, a pesar de coincidir en el análisis de la situación y necesidades profesionales del SNS en cuanto a la especialidad de urgencias y emergencias y haber defendido y apoyado las iniciativas reglamentarias que se estaban tramitando para hacerlas efectivas, cambia radicalmente de posición y criterio, y pasa a mantener una defensa apodíctica de la ACE de urgencias y emergencias, rompiendo el consenso político y profesional, condición esencial para sacar adelante provechosamente la nueva regulación. Este *"secuestro político de la regulación"* se explica, con toda su crudeza con ocasión de la tramitación parlamentaria de una Proposición no de Ley que aunque relativa a Enfermedades infecciosas es perfectamente trasladable a nuestro ámbito.

El juego *"perverso"* de la influencia política en **aspectos justificados –acreditados, consensuados y coordinados– técnica, científica, profesional y socialmente** se puso claramente de manifiesto con ocasión de los avatares sufridos por la Proposición No de Ley presentada por el Grupo parlamentario Catalán el 12 diciembre de 2012 (**un día después** de conocido el texto del borrador de RD que obra como documento 1 en el Expediente administrativo) y ha quedado documentada en los BOCG Serie D nº 200 de 26 de diciembre de 2012 pág. 28 y nº 270 de 14 de mayo de 2013, pág. 24.

En efecto, la PNL señala como antecedentes que *"en la anterior legislatura se aprobaron por unanimidad dos proposiciones no de ley, una de ellas a propuesta del Grupo Parlamentario Popular (...) Dicho reconocimiento se plasmó en un borrador de Real Decreto en el que finalmente se reconocía la especialidad. Tras la convocatoria de Elecciones Generales el 20 de noviembre de 2011 (...) se paralizó la tramitación del mencionado Real Decreto. **EL GOBIERNO ENTRANTE DIO UN GIRO INESPERADO A LA POSICIÓN QUE DEFENDIA TAN SOLO HACÍA UN AÑO ATRÁS** (...) decidiendo que (...) sea (...) Área de Capacitación Específica en lugar de una especialidad en el nuevo mapa de troncalidad y especialidades que está preparando el Ministerio de Sanidad, lo cual **ES RECHAZADO POR LOS***

²³ De nuevo sobre explicaciones del Gobierno en este mismo sentido, cfr. BOCG, Serie D, nº 590 de 20 de junio de 2011, pág. 188.

PROFESIONALES DEL SECTOR Y LA SOCIEDAD CIENTÍFICA QUE LOS REPRESENTA, ASI COMO POR LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES. *La creación de la especialidad (...) cuenta con un amplio respaldo social por parte de los profesionales, asociaciones de pacientes, sociedades científicas e Instituciones Europeas. Los profesionales podrían contar con una formación de alto nivel, que no es posible con la formación específica de como máximo de 2 años que contempla el Área de Capacitación Específica, además de la posibilidad de libre circulación de profesionales en la Unión Europea, donde en la mayoría de países (...) existe la especialidad (...). Para los pacientes supondría la garantía de su asistencia a largo plazo por profesionales formados en todos los aspectos (...), sin detrimento de la calidad asistencial. Para la Administración, la creación de la especialidad no supone ningún coste adicional. Los dispositivos asistenciales ya están establecidos (...). El reconocimiento de la especialidad supondría entre otras cosas **dar contenido legal a una realidad que ya existe**. En lo que se refiere al coste de los organismos reguladores (comisiones, etc.) no supondría un impedimento puesto que también se deberían crear para un Área de Capacitación Específica. Además, representaría una reducción del coste formativo de 8-9 años (5 años de una especialidad primaria más 2 años de ejercicio más 1-2 años de ACE) a 5 años para tener acreditados a facultativos capacitados (...), sin renunciar a la calidad de la formación recibida. Y en último término, se aseguraría el recambio generacional, dado que los [profesionales actuales autoformados] desaparecerán en 10-15 años y no habrán formado a nuevos especialistas por lo que se volverá a retrasar el conocimiento científico al nivel que se tenía hace 40 años".*

La propuesta de PNL fue rechazada con el voto mayoritario del Grupo que un año atrás la propuso y suscribió en su integridad y en su lugar se aprobó una enmienda de modificación que fue aprobada con el siguiente texto:

"El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a incluir en el proyecto de Real Decreto por el que se regula la troncalidad y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud la consideración de enfermedades Infecciosas como un Área de Capacitación Específica considerando que se cumplen todos los criterios definidos para un ACE con el fin de profundizar y ampliar las competencias de los profesionales de las actuales especialidades de Medicina Interna y de Microbiología y Parasitología".

Como se ve, justo lo contrario sin mayor explicación. Y como **Justificación de la enmienda** tan sólo se señala un lacónico aunque expresivo "**mejora técnica**".

H.- Entre medias el Gobierno fue preguntado expresamente por las razones que habían motivado tan sustancial cambio de criterio -BOCG, Serie D, nº 202, de 2 de enero de 2013, pág. 137-. Y la respuesta fue nuevamente genérica, vaga e inconcreta, meramente descriptiva: "...cumple todos los criterios para ser considerado un ACE puesto que su contenido incluye un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes añadidos en profundidad o en extensión a los exigidos por el programa oficial

de una o varias especialidades en Ciencias de la Salud, siendo este conjunto de competencias, objeto de un interés asistencial, científico, social y organizativo relevante" -cfr. BOCG, Serie D nº 227, de 25 de febrero de 2013, pág. 531-. ¿Cabe una vulneración mayor de la regla lógica que *impide que lo definido forme parte de la definición* so pena de incurrir en un flagrante círculo vicioso?. La respuesta es clara.

I.- Como decimos, una vez producido el **giro inesperado** en el modelo aplicable a la consideración de la Medicina de Urgencias y Emergencias, la respuesta del Secretario de Estado de relaciones con las Cortes²⁴ se queda en un mero *sí porque sí*, sin fundamento lógico-racional alguno, sin referencia a ninguno de los cuatro criterios que se habían venido señalando en apoyo de la creación de la especialidad y rechazo del ACE:

*"El Ministerio de Sanidad está ultimando la tramitación de un proyecto de real Decreto en el que se regula entre otras cuestiones (...) las Áreas de Capacitación Específica entre ellas la de Urgencias y Emergencias (...) 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, precisan de una orientación y forma de actuación específica por lo que requieren una profundización en la formación. Por este motivo **se ha considerado** que si bien la atención urgente a la patología de aparición inesperada y de impacto intenso sobre la salud de los ciudadanos puede ser **valorada y atendida por los médicos, estén éstos en posesión de una especialidad o no**, la configuración de la profundización formativa anteriormente referida **se corresponde más a una sobre-cualificación** a la que llegarían aquellos profesionales **que se forman de modo complementario** a través de algún sistema de regulación/normalización de la formación que en el proyecto de Real Decreto se ha decantado por un Área de Capacitación Específica".*

No hay en estas consideraciones ninguna razón concreta y específica que pueda fundamentar, no ya la propia decisión que se toma, sino el cambio radical de criterio que se ha producido (estando el precedente verdaderamente justificado y motivado en todas las sedes, con razones de toda índole y por todo tipo de entidades y colectivos, nacionales e internacionales). Estamos por lo tanto ante una decisión que manifiesta un *ejercicio desnudo de poder*, completamente injustificado y arbitrario.

Por este motivo, siquiera por analogía, es perfectamente trasladable a nuestro caso la reiterada y conocida doctrina jurisprudencial que declara la **disconformidad constitucional de las decisiones arbitrarias, inmotivadas o patentemente erróneas**, indicando que **las decisiones apodícticas que no analizan cuestiones sustantivas, ni desarrollan argumentos lógicos vulneran los derechos de los ciudadanos consagrados legal y hasta constitucionalmente**. El TC se ha pronunciado en diferentes ocasiones sobre casos de esta naturaleza, como lo es la **STC 35/2002 de 11 febrero**, cuyas declaraciones contundentes debemos traer a colación con todos los matices que procedan:

²⁴ BOCG, Serie D, nº 288 de 12 de junio de 2013, pág. 720.

“no cabe menos, dado el carácter apodíctico del pronunciamiento, que reputar como realmente inexistente la exigencia constitucional de motivación. Pues, en efecto, (...) ni delimita a qué objeto se refiere, ni precisa cuáles son aquellas circunstancias concurrentes que le han llevado a adoptar su decisión. Es más, aún en el caso extremo de que pudiese ser aceptada la utilización de unos términos tan indeterminados como los utilizados (...) para justificar su decisión, la escuetísima motivación mostraría de manera inequívoca que toda ella parte de una equivocación que convertiría a tan insuficiente motivación en irrazonable”.

En la configuración de las Urgencias y Emergencias como ACE y no como especialidad primaria del tronco médico se acredita fehacientemente que la Administración ha prescindido del análisis obligado de las verdaderas y concretas razones que sustentaron la decisión contraria durante años: no hay argumentación, ni motivación y, en esa misma *lógica inconstitucional*, simplemente se *ignoran los hechos sustantivos concretos de la actividad, medios, personal, pacientes, presupuestos, resultados, objetivos... implicados*. Se incurre así, cuando menos, en un **razonamiento arbitrario**, entendido –en palabras del propio TC– **como un actuar sin razones formales ni materiales y que resulta de una simple expresión de la voluntad** –Sentencias 51/1982 y 164/2002–, **“incurso en quiebras lógicas de tal magnitud que las conclusiones alcanzadas no puedan considerarse basadas en ninguna de las razones aducidas”** – SSTC 214/1999 y 164/2002–. Esto es prescindir de las razones existentes y sustituirlas por otras genéricas, vagas, inconcretas... apodícticas e insuficientes para considerar que cubren los mínimos exigidos para un ejercicio legal y constitucional de la potestad reglamentaria (**artículos 97, 103.1 y 106.1 de la Constitución**) que exigen -en palabras de la Exposición de Motivos del RD 1083/2009, de 3 de julio- de manera **“imprescindible motivar la necesidad y oportunidad de la norma proyectada, valorar las diferentes alternativas existentes para la consecución de los fines que se buscan y analizar detalladamente las consecuencias jurídicas y económicas”**.

Como consecuencia de esta vulneración, el RD 639/2014, de 25 de julio, incurre también en las siguientes infracciones normativas:

- Vulneración recurrente el **artículo 28.8 d) de la LOPS, en lo relativo a la propuesta de creación de áreas de capacitación y el artículo 17.2 del propio RD 639/2014, de 25 de julio.**
- Así mismo, en el proceso de elaboración de este Real Decreto se ha venido vulnerando de forma recurrente la **Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común** en sus artículos 3.5., 7.3., 35 a) y h), 37.
- El **artículo 2.4 RD 1083/2009**, no habiendo valorado otras alternativas más eficientes, recogidas, además en nuestro ordenamiento jurídico.
- **Los artículos 1, 2, 3, 30 y 37 RD 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva**

2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado.

A estas cuestiones nos iremos refiriendo en los siguientes fundamentos jurídicos.

TERCERO.- INSUFICIENCIA DE LA JUSTIFICACIÓN Y MEMORIA ECONÓMICA DEL REAL DECRETO 639/2014, DE 25 DE JULIO.

Algo similar a lo que venimos señalando respecto del incumplimiento de la necesaria justificación de oportunidad y conveniencia de la decisión reglamentaria adoptada ocurre con lo relativo a la Memoria Económica.

I.- No se trata de señalar -que las hay y muchas- las manifestaciones realizadas por Comunidades Autónomas, grupos profesionales, órganos consultivos... las veces que se ha puesto de manifiesto esta gravísima deficiencia reglamentaria. Basta con constatar que estamos ante una de las **observaciones esenciales** puestas de manifiesto por el **Consejo de Estado** en las **dos ocasiones** (23 de enero y 17 de julio de 2014) en las que se ha pronunciado sobre aspectos vinculados al proyecto de Real Decreto.

En efecto:

- a) En su Dictamen 1100/2013, de 23 de enero de 2014, el Alto Cuerpo Consultivo señala con sorpresa que *"este Consejo de Estado quiere ante todo llamar la atención sobre el hecho de que la proyectada reforma, aparte de que **generará un esperado y considerable impacto económico**, organizativo y asistencial, **no evaluado ni trasladado a la memoria económica y presupuestaria** (pues más allá de los datos que se contienen sobre costo en dinero, trabajo y cargas de los nuevos órganos administrativos que se crean, habrá que establecer todo un nuevo régimen de programas y de unidades docentes)."*
- b) A esta observación -como indica el propio Consejo en su segundo Dictamen 17 de julio de 2014- alega la Administración (DGOP) con manifiesta superficialidad que *"considera que sí está suficientemente analizada habida cuenta de que **serán las Comunidades Autónomas las que realmente procedan a ello y asuman el costo**, habiendo sido además favorablemente informado ese nuevo sistema por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, en el que están representadas las Comunidades Autónomas. Y en cuanto a lo que suponga para el Estado el mayor esfuerzo que esta norma comportará, se dice que el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas ha informado favorablemente el proyecto, y se cuenta además con la ayuda de muchos profesionales externos"*.
- c) Finalmente, en el referido segundo Dictamen de 17 de julio de 2014 (ref 699/2014) el Consejo de Estado "zanja" el debate sobre esta cuestión con una rotunda conclusión: *"este Consejo **REITERA DE FORMA EXPRESA lo dicho en el dictamen 1.100/2013 sobre insuficiencia de la memoria del análisis de impacto normativo (en cuanto a los aspectos económicos y presupuestarios)***.

NO SON SUFICIENTES LAS CONSIDERACIONES que a ese respecto se exponen en el informe de 23 junio de 2014 de la Dirección General de Ordenación Profesional de ese ministerio al que antes se ha hecho referencia".

Evidentemente, el Dictamen del Consejo de Estado siendo preceptivo no resulta vinculante para la Administración y puede proceder a aprobar la norma reglamentaria simplemente habiendo "oído" el parecer cualificado del Órgano consultivo. Ahora bien, a los efectos de este recurso, habrá que concluir que **la discrepancia del Consejo de Estado es una divergencia** que se añade a la larga lista de pareceres y opiniones discrepantes, aunque obviamente, no es una *discrepancia cualquiera*. Efectivamente, el requisito procedimental sustancial de someter a consulta previa del Consejo de Estado el proyecto reglamentario se ha cumplido, pero como casi todos los trámites en la elaboración de esta norma, SOLO DE MANERA FORMAL Y APARENTE, **vaciándolo de su verdadero sentido y finalidad**. Así ha ocurrido con muchas de las alegaciones realizadas, en este sentido especialmente por muchas Comunidades Autónomas, otras instituciones, como el Ministerio de Educación y el Ministerio de Justicia, y diversas entidades.

Se informa al Parlamento, se da audiencia a interesados, se somete a dictamen del órgano consultivo... pero nunca se sale de una *dimensión estrictamente formal* en la que se "*guardan las apariencias*" procedimentales: la decisión está tomada - probablemente se tomó en diciembre de 2011 cuando se dió el *giró sorprendente e injustificado*- y como puede hacerse, se hace. Nuevamente se aprecia el ejercicio desnudo de poder que implica, ejercer en estas condiciones la potestad reglamentaria; y se advierte una situación análoga -sólo explicable- desde la producción de una *captura del reglamentador*.

II.- Mi representada ha venido insistiendo en estos aspectos, en la insuficiencia del análisis económico del impacto de la norma en la medida en que en este plano **la falta de veracidad, la superficialidad y/o la insuficiencia** determinarán necesariamente gravísimas distorsiones en el desarrollo y aplicación de la norma y, más que probablemente, la imposibilidad de su materialización real y efectiva. Todo ello, con la enorme incidencia que tendrá en la esfera organizativa y de personal del SNS.

En este sentido, se puede realizar una aproximación a algunas de las variables que en la Memoria económica no se contemplan o se hace en términos pueriles.

Vistos los enunciados anteriores (excepto para la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad) resulta incuestionable el elevado impacto económico que va a suponer para los presupuestos asignados a Sanidad de las Comunidades Autónomas. Asimismo, no hay en el expediente ninguna valoración más o menos global del mismo, motivo por el cual planteamos con *alcance meramente estimativo* una valoración de las inversiones que requerirá cada partida, y que en su conjunto supondrán no menos de 2.000 millones de euros.

Aunque se trata de una valoración discutible, lo importante es que facilita el entendimiento de las repercusiones económicas y parte del conocimiento profundo que desde una organización como SEMES se tiene del funcionamiento de los Centros

de Gasto sanitarios. Las estimaciones se realizan únicamente respecto a las especialidades médicas y a ellas habría que añadir los montantes referentes a las especialidades de enfermería, y las otras profesiones sanitarias:

- Cobertura de plazas por la Incorporación de residentes a unidades docentes troncales, y no a sus servicios específicos, durante dos años: un mínimo de 4000 plazas anuales. Los servicios solicitarán a sus respectivas Gerencias las contrataciones de Médicos Adjuntos para realizar las labores asistenciales que no hacen los residentes de los primeros años
- Aumento del período de formación específica de muchas especialidades: hasta 18 especialidades han solicitado, al menos, un año de aumento del período de formación específica, según el informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad. Cada año de formación de residentes supone un coste de unos 50.000 euros, ya que estamos hablando en estos casos de residentes de últimos años. Haciendo una estimación optimista, serían unas 3.000 plazas, cada una con un año más, al menos.
- Convocatorias de plazas de reespecialización: 2% del total, según se recoge en el propio Real Decreto, lo que supone añadir una horquilla de entre 150 a 200 plazas más al año, a un coste de no inferior de 150.000 a 200.000 euros cada una.
- Convocatoria de plazas de áreas de capacitación específica: aunque no viene establecido, le adjudicamos un porcentaje del 2% añadido al total de plazas anuales. Cifras similares con períodos de formación no establecidos (no se saben por qué esto no existe en la bibliografía y hay que hacer un cálculo prospectivo, dejemos 2 años). Puede entenderse que, tanto en este caso, como en el anterior, los sueldos serían equiparables a los de los Médicos Adjuntos recién contratados (facultativos especialistas de área). En el caso de Urgencias y Emergencias, serían cuatro años más, como hemos demostrado.
- Cobertura de plazas del aumento significativo de tutores, con sus correspondientes dispensas horarias y no cobertura de tramos asistenciales: no serán menos de 1000, y requerirán aumento o petición de contratación por los servicios. No incrementamos los costes que supondría que tuvieran un complemento de sueldo por formación reglada, que es una petición que se viene haciendo (e incumpliendo desde la entrada en vigor del RD 183/2008); directamente se asume, en un alarde de *crudo realismo*, que no les van a pagar.

La ausencia de contemplación debida de estas partidas inevitables, pone de manifiesto una superficialidad incompatible con el rigor que exige la aprobación de una norma reglamentaria tan delicada y sensible -pacientes, profesionales- como la que nos ocupa. Desde el punto de vista estrictamente jurídico, el Real Decreto impugnado no supera un análisis de mera legalidad formal en su tramitación, pues carece de elementos determinantes de la decisión que, en consecuencia, se ha tomado careciendo de o contraviniendo las conclusiones a las que se llega en un análisis imparcial, completo y solvente.

La jurisprudencia se ha ocupado de casos similares o análogos al que aquí nos ocupa (aunque debemos reconocer que es difícil encontrar casos con omisiones tan flagrantes como en las que se ha incurrido en la tramitación del RD 639/2014). En todos esos casos, la conclusión a la que se ha llegado es la misma: **nulidad de pleno derecho de la norma reglamentaria que carece de memoria económica**, tanto **formal como materialmente**; es decir, tanto **si se ha omitido el cumplimiento de la exigencia -no hay memoria-**, como **si su contenido resulta manifiestamente insuficiente -por incompleto, genérico o estandarizado-**²⁵.

La **Sentencia del Tribunal Supremo de 18 de junio de 2012** (Ar. 8429) realiza consideraciones plenamente trasladables a este recurso, y lo hace con remisión a lo que señala como doctrina consolidada:

*"Procede lo primero atender a la existencia o no de los **vicios procedimentales en la elaboración de la norma (...)** en la **insuficiencia de la memoria económica** invocando la **doctrina contenida en la Sentencia de esta Sala, Sección Sexta de 13 de mayo de 2009**. Ciertamente la antedicha Sentencia (...) idéntica a dos de fecha 5 de mayo de 2009 (Ar. 6341 y 5608), son coincidentes con la STS de 29 de abril de 2009 (Ar. 4109) en lo que atañe a la hermenéutica del artículo 24.1 a) Ley 50/1997, del Gobierno. **Hay, pues, doctrina consolidada**. Doctrina que como expresa la Sentencia de 29 de abril de 2009 deriva de la Sentencia del Pleno de esta Sala Tercera de 27 de noviembre de 2006 (Ar. 492) sobre que «tanto la memoria económica como la justificativa pueden ser sucintas, como dice el artículo 24.1.f) LGO, pero deben **cumplir la finalidad a que responden**. La **memoria económica**, proporcionar al Gobierno una información sobre los **costes que las medidas adoptadas puedan suponer a fin de que, contraponiendo estos con las ventajas que aquellas han de representar, evidenciadas en la memoria justificativa, la decisión se adopte con conocimiento de todos los aspectos, tanto negativos como positivos que la aprobación del reglamento ha de significar. La memoria justificativa pone de relieve esos aspectos positivos de la decisión y los hace patentes frente a los administrados, ofreciendo así a éstos las razones de la decisión, cumpliendo función análoga, en cuanto a sentido e importancia, a la motivación de los actos administrativos, plasmando, en relación a los reglamentos, el principio general de transparencia establecido en el artículo 3.5 de la Ley 30/1992».***

*Reitera también que la Sentencia de 13 de noviembre de 2000 (Ar. 65) - FJ4º-, dijo que «una de las manifestaciones características de la discrecionalidad administrativa es, sin duda, la reglamentaria, en la que el titular de la potestad tiene una libertad de opción o de alternativas **dentro de los márgenes que permite la norma que se desarrolla o ejecuta, pero aun así la motivación, por la que se hace explícita las razones de la ordenación, es GARANTÍA DE LA PROPIA LEGALIDAD, ya que, incluso, la***

²⁵ Como se verá, las mismas conclusiones sirven y se traen a colación para cuando -como aquí también ocurre y hemos desarrollado ya- el defecto procedimental incumbe a la memoria justificativa.

razonabilidad, al menos como marco o límite externo a la decisión administrativa válida, sirve de PARÁMETRO PARA EL ENJUICIAMIENTO del Tribunal y PUEDE JUSTIFICAR, EN SU CASO, LA ANULACIÓN DE LA NORMA REGLAMENTARIA». Lo que no impide tomar en consideración las particularidades que la motivación presenta en relación con el ejercicio de la potestad reglamentaria (...). Insistió también el Pleno de esa Sala Tercera en su Sentencia dictada en el recurso 51/2005 sobre que "En cuanto a la **memoria económica**, es cierto que **no cabe exigir una ponderación detallada y exacta de todos los costes que pueda suponer el reglamento**, pues se trata de datos cuya completa determinación puede resultar imposible en el momento de aprobarse aquél, pero al menos **es preciso la elaboración de una estimación aproximada que tenga en cuenta las variables que puedan producirse**. Esta Sala ha considerado aceptables memorias económicas en las que se afirma que el reglamento en cuestión no tendría incidencia en el gasto público (SSTS 20 abril 2006 y 22 noviembre 2006, 12 de noviembre y 7 de julio de 2004, entre otras) **si la parte recurrente no ha acreditado que aquella apreciación era incorrecta** (S. 10 marzo 2003), de donde **resultaría la nulidad de la disposición si habiendo afirmado la memoria que el proyecto no tiene incidencia sobre el gasto público el recurrente hubiera probado lo contrario** o, como en el caso contemplado por la sentencia de esta Sala de 16 de abril de 2005, cuando no existe memoria económica."

(...) **La valoración del impacto económico de las propuestas normativas con especial hincapié en el coste presupuestario al objeto de garantizar el acierto en la decisión resulta de la exigencia de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.**

(...) Tiene razón la administración autonómica (...) cuando pone de relieve que el Consejo de Estado (en su Memoria 1999 y en distintos dictámenes) considera **rechazables cualesquiera automatismos inmotivados que no informen de los efectos de una nueva norma sobre el gasto público**. Se trata no sólo de una **conducta contraria al ordenamiento jurídico, sino de una actuación que puede llegar a generar consecuencias económicas negativas**.

Recalamos nosotros, a tenor del art. 24.1. de la Ley del Gobierno, **resulta esencial determinar el impacto económico global de la aplicación de una disposición general cualesquiera fuere el ámbito concernido**, máxime cuando (...) no se evidencia, a priori, dificultad alguna en su cumplimentación. Son **rechazables los razonamientos estereotipados en una actuación que puede llegar a generar consecuencias económicas negativas**. La memoria económica debe tener en cuenta, **todas las repercusiones económicas que para el sector público pudiera tener la disposición que se pretendiera aprobar**. (...) También aquí **falta la necesaria explicación sobre la incidencia económica de su puesta en marcha** (...) Se incumplen las **exigencias de la memoria y de la explicación del impacto presupuestario** lo que **COMPORTA LA DECLARACIÓN DE NULIDAD**

RADICAL DE LA NORMA, DE ACUERDO CON EL ART. 62.2 LRJPAC, sin necesidad de entrar en el segundo aspecto del motivo".

Debe tenerse en cuenta que las omisiones e insuficiencias de la memoria económica no son simples alegaciones de esta parte, sino que han sido destacadas por diferentes **Comunidades Autónomas y otras entidades**, y de forma muy especial por el trámite consultivo en el que se produce, por los dos Dictámenes del **Consejo de Estado**.

Siguiendo con la consideración de esta cuestión, la **Sentencia del Tribunal Supremo de 27 noviembre 2006** (Ar. 492) marca el ámbito en el que operan y se justifica la exigencia del cumplimiento de requisitos en la elaboración de las normas reglamentarias y extrae consecuencias importantísimas desde un caso de máxima discrecionalidad (por tocar parcelas de potestades domésticas como es la auto organización, caso del traslado de la sede de la Comisión del Mercado de las Telecomunicaciones):

*"Si toda la regulación del procedimiento de elaboración de los reglamentos tiene una **importancia que supera la exigencia de determinados requisitos formales** porque está **orientada tanto a conseguir el acierto en la resolución como a proporcionar a los administrados los elementos que el Gobierno ha tenido en cuenta para su decisión**, dándoles así oportunidad de combatirlos, estas garantías cobran especial importancia en el ámbito de (...) potestades discretionales, escasamente limitadas por elementos reglados y dotadas, por ello, de un margen muy amplio de actuación.*

*(...) En el presente supuesto **lo que se presenta como Memoria Económica no cumple con el contenido mínimo exigible a un documento de esa naturaleza**. No contiene estimación alguna del coste a que dará lugar el reglamento, como impone el artículo 24.1.a) Ley Gobierno, sino que se limita a afirmar que ese coste no se puede cuantificar en el momento en que se redacta y que se trata de un coste que se cuantificará cuando se lleve a cabo el efectivo traslado de la CMT. La memoria reconoce que existirá un incremento del gasto público e incluso conoce los elementos que lo determinarán pero **desprecia su cuantificación** pese a que habría resultado relativamente sencillo hacerlo dentro de determinados márgenes. El Gobierno **aprueba el reglamento despreciando uno de los datos que el precepto indicado le impone considerar**, por lo que **solo por esta razón procedería la estimación del recurso**.*

Tampoco la denominada Memoria Justificativa contiene elementos de los que pueda desprenderse, como lógica consecuencia, la necesidad (...) la vaga alusión a "la lógica y principios inherentes a la naturaleza del Estado de las Autonomías" no representa una justificación aceptable para el traslado de la sede de un organismo (...); sí debemos advertir que desde el punto de vista de la justificación, la referencia al Estado de las Autonomías explicaría una decisión de establecer la sede de un organismo de las características de la CMT en una ciudad distinta de Madrid pero no justifica por qué un organismo que en el marco de ese Estado de las Autonomías se encuentra funcionando en Madrid ha de trasladarse a otra ciudad y por qué esa otra ciudad ha de ser precisamente Barcelona.

Es evidente que en la decisión adoptada existen razones que no se han plasmado en la Memoria Justificativa y que deberían haberse exteriorizado en ellas, a fin de que sirvieran como verdadera motivación de aquella y parámetro para el enjuiciamiento por el Tribunal de las potestades ejercitadas. La ausencia de una verdadera justificación de la disposición impugnada determina que también por esta causa hayamos de declarar su nulidad.

La ausencia en los documentos analizados de los elementos que el legislador ha considerado imprescindibles para que la Administración haga un uso racional de sus potestades organizatorias podría haberse superado si en el expediente se hubieran aportado otros que proporcionasen a aquélla los datos necesarios para adoptar una decisión ponderada y acertada. A estos efectos el artículo 24.1.b) Ley 50/1997, permite al Gobierno recabar a lo largo del proceso de elaboración del reglamento cuantos estudios y consultas se estimen convenientes para garantizar el acierto y la legalidad del texto. Aparte del informe del Secretario General Técnico del Ministerio de Administraciones Públicas, de carácter preceptivo, según el artículo 24.2.a) LGO, que no aporta nada al texto informado, el Gobierno no ha creído conveniente recabar ningún otro. Ni al Consejo Asesor de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información, creado por la Disposición Adicional Quinta de la LGTL como órgano asesor del Gobierno en materia de telecomunicaciones, que hubiera podido ilustrar al Gobierno, antes de tomar su decisión, sobre las ventajas e inconvenientes de la misma, ni se ha oído a la propia CMT, que hubiera podido proporcionar los datos económicos que la Memoria Económica reconoce desconocer".

A esta misma conclusión llegamos en el caso de la tramitación del RD 639/2014, aun cuando aquí la Administración *ha solicitado informes y ha dado audiencia* a entidades y colectivos afectado por la norma proyectada. La cuestión -el paralelismo de los hechos y las conclusiones- está como ya hemos apuntado, en que la **omisión de un informe** ya sea **material** (*no existe y pudo o debió existir*) o **formal** (*existe pero se ignora y actúa como si no existiera o si su contenido no fuera el que es*) conducen a situaciones equiparables desde el punto de vista jurídico, muy particularmente cuando de lo que se trata es de la justificación del contenido decisorio de la norma reglamentaria aprobada.

Después de reiterar expresamente estas consideraciones, la **Sentencia de 13 mayo 2009** (Ar. 5310) añade lo siguiente: "*A tal efecto precisa la Sentencia de 13 de noviembre de 2000 que "una de las manifestaciones características de la discrecionalidad administrativa es, sin duda, la reglamentaria, en la que **el titular de la potestad tiene una libertad de opción o de alternativas dentro de los márgenes que permite la norma que se desarrolla o ejecuta, pero, aun así, la motivación, por la que se hacen explícitas las razones de la ordenación, es garantía de la propia legalidad, ya que, incluso, la razonabilidad, al menos como marco o límite externo a la decisión administrativa válida, sirve de parámetro para el enjuiciamiento del Tribunal y puede justificar, en su caso, la anulación de la norma reglamentaria**".* Y continúa: "el deber de motivación, que constituye una garantía del actuar administrativo, (...) en el procedimiento de elaboración de las disposiciones generales (...) engarza en los

presupuestos constitucionales sobre la justificación de la norma reglamentaria, [de manera que] los *estudios previos*, o los *informes preceptivos* evacuados, que constituyen, según tiene declarado esta Sala del Tribunal Supremo, **cánones válidos para enjuiciar la conformidad a Derecho de las disposiciones generales**".

III.- A la vista de cuanto antecede, de las omisiones e insuficiencias de la Memoria económica y presupuestaria, tal y como se ha puesto de manifiesto por distintas voces de distintos ámbitos a lo largo del procedimiento de elaboración del RD 639/2014, particularmente por el Consejo de Estado -dado el carácter cualificado de su parecer- en dos ocasiones, debe declararse que la norma reglamentaria impugnada incurre en **vicio de nulidad radical ex artículo 62.2 Ley 30/1992**, al infringir:

- a) El artículo 24.1 de la Ley 50/1997, del Gobierno, así como el artículo 2.1.d) del RD 1089/2009, de 3 de julio, que regula la memoria de análisis de impacto normativo.
- b) El principio de lealtad institucional consagrado en por el artículo 9 de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera, el artículo 2.1.g) de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de financiación de las CCAA y el artículo 4.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las Administraciones públicas y del Procedimiento Administrativo Común; así como los principios de transparencia y eficiencia que también consagra la propia LOEPSF.
- c) El artículo 26.2 y concordantes de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, que exige que en la elaboración de las normas reglamentarias se valoren adecuadamente sus repercusiones y efectos en el marco de los escenarios presupuestarios plurianuales.
- d) La Disposición Final 2ª, relativa al equilibrio financiero del Sistema Nacional de Salud de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad SNS (vigente a fecha de publicación del mismo).
- e) La Disposición Final 2ª Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (vigente a fecha de publicación del mismo).

CUARTO.- LAS PREVISIONES REGLAMENTARIAS QUE CONFIGURAN Y SOMETEN A LA MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS AL RÉGIMEN DE LAS ACEs Y NO AL DE LAS ESPECIALIDADES PRIMARIAS DEL TRONCO MÉDICO CONTRAVIENEN EL PRINCIPIO DE RECONOCIMIENTO AUTOMÁTICO CONSAGRADO POR EL ARTÍCULO 21 DE LA DIRECTIVA 2005/36/CE Y GENERAN UNA DISCRIMINACIÓN FLAGRANTE DE LOS PROFESIONALES ESPAÑOLES INCOMPATIBLE CON LAS PREVISIONES CONSTITUCIONALES (ARTS. 14, 23, 103 CE).

Resulta sumamente sorprendente la poca atención que en el desarrollo del procedimiento reglamentario ha merecido el contexto profesional europeo. Resulta una obviedad afirmar que en el seno de la Unión Europea se hacen esfuerzos ímprobos por favorecer la convergencia y la armonización como bases para hacer efectiva y real

las **libertades de circulación, de establecimiento y de prestación de servicios**. Y sin embargo, con la honrosa excepción de mi representada, apenas se ha hecho mención a ello en los diferentes informes, alegaciones, debates y consideraciones de todo tipo que con solvencia más aparente que real, se han realizado. Lamentablemente, la mayor parte del debate se ha circunscrito a aspectos profesionales *internos*, obviando - como decimos- la trascendencia y repercusión en el contexto europeo.

La importancia de estas cuestiones resulta manifiesta en la medida en que España -su sistema sanitario, sus profesionales, sus ciudadanos y pacientes- no pueden permanecer aislados e indiferentes a lo que ocurre fuera de nuestras fronteras, de manera particular en lo que a nuestro propio contexto demográfico, científico y económico se refiere. *Item* más si se considera el alcance, contenido y finalidad de las disposiciones del derecho europeo relativas al reconocimiento de títulos y diplomas, de donde emanan limitaciones y condicionantes a las posibilidades de actuación del reglamentador español.

El punto de partida de estas consideraciones hay que situarlo en las previsiones de la Directiva 2005/36 del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales (norma que ha sido transpuesta al derecho interno a través del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre). La Directiva establece el **principio de reconocimiento automático** - "*reconocerán*"- de los títulos de formación que den acceso a la actividad profesional de médico especialista mencionados en el punto 5.1.2 del Anexo V que se ajusten a las condiciones de formación contempladas en el artículo 25 (que remite a las duraciones mínimas del punto 5.1.3 del Anexo V), otorgándoles el mismo efecto en su territorio que los títulos de formación que ese Estado miembro expide.

Llama la atención la escasísima -casi nula- atención que estos aspectos han merecido para la Administración *a partir del Proyecto de RD de 23 de noviembre de 2011*, es decir, cuando se abandona injustificadamente la **solución que más y mejor se adecuaba al contexto de la UE, precisamente en los momentos en los que más se ha avanzado en la armonización y homogeneización** de regulaciones nacionales con la vista puesta en la mayor efectividad del **principio de reconocimiento automático**, (pasando de 7 a 19 países con la especialidad en MUE) que consagra el artículo 21 de la Directiva 2005/36/CE.

Sin duda de entre todos los documentos que obran en el voluminoso expediente administrativo, el que se refiere con más detalle a la situación que genera el Real decreto en la consideración obligada de las normas del derecho comunitario europeo es el documento titulado "*Análisis de las observaciones contenidas en el dictamen del Consejo de Estado de 24 de enero de 2014*", elaborado por la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad (f. 862 y ss del expediente originario). Se trata de un documento de análisis que se realiza después del primer dictamen emitido por el Consejo de Estado, es decir, cuando la tramitación administrativa ya está prácticamente culminada.

En este informe de análisis se contienen las siguientes consideraciones (f. 866-867):

"La libre circulación de estos profesionales en el ámbito de la UE está garantizada ya que, aún en el supuesto de que no se incluyera (para España) en el Anexo V de la directiva (...) como especialidad (que por cierto tampoco existe en Bélgica, Alemania, Grecia, Francia, Holanda y Austria), sin embargo todos los Estados miembros vendrían obligados a valorar la formación adquirida en España a través de un ACE (no olvidemos que es entre 7/8 años de formación según la especialidad de origen), mediante el procedimiento denominado "régimen general de reconocimiento de títulos de formación" (título III, capítulo I, de la Directiva 2005/36/CE).

Es decir, cada estado miembro tiene libertad para configurar sus sistemas de formación sanitaria especializada, lo que no es un obstáculo para la libre circulación ya que los supuestos en los que no exista un reconocimiento automático (como ocurría con las enfermedades infecciosas [y urgencias y emergencias] de nuestro país), los Estados miembros, que tuvieran esta especialidad, vendrían obligados (comparando la formación adquirida a través de la especialidad y la adquirida a través del ACE en España) a facilitar, con o sin medidas compensatorias, según los casos, el ejercicio profesional en enfermedades infecciosas a través del reconocimiento del ACE por el sistema general antes citado.

Desde otro punto de vista la movilidad de los médicos especialistas (...) con el diseño proyectado, no sólo se mantendría sino que se incrementaría ya que estos se podrían mover como tales especialistas y si además tienen el ACE, como especialistas en enfermedades infecciosas.

Por tanto el tratamiento dado a las ACEs de enfermedades infecciosas y urgencias emergencias no va a limitar el derecho a la libre circulación de estos profesionales pues, tanto esta formación como la del título de especialista de origen, también es formación especializada, cumpliendo todos los requisitos requeridos al efecto por la legislación comunitaria, por lo que el Reino de España está dispuesta negociar ante la UE la inclusión de estas ACEs más el título especialista, en el apartado 5.1.3 del Anexo V.1 de la Directiva 2005/36/CE de 7 de septiembre, ya que el hecho de que la legislación comunitaria requiere unos requisitos específicos para la formación de especialistas, no impide que cada estado configuren como se ha dicho anteriormente, sus sistemas de formación sanitaria especializada según la estructura y características propias de sus organizaciones sanitarias. Por otra parte, de no aceptarse esta propuesta la libre circulación, como ya se dicho en otras ocasiones, se garantiza a través del régimen general de reconocimiento de títulos de formación, contenido en el capítulo I del título III de la directiva antes citada.

La cuestión suscitada no es nueva ya que en España existen algunas especialidades (como la de cuidados intensivos o cirugía cardiovascular) que no están incluidas en directiva por lo que la libre circulación de los profesionales que las ostentan se garantiza por el régimen general antes citado, comparando formaciones y aplicando, en su caso, medidas

compensatorias presupuesto específico de las ACEs de enfermedades infecciosas y urgencias y emergencias, no deberían requerirse puesto que la formación de ambas (de 4/5 años especialidad más 2 de la ACE) es incluso superior a la que aporta cualquier título europeo de especialista incluido en directiva".

Semejante planteamiento es, en nuestra opinión, dicho sea con todos los respetos es insuficiente y hasta pueril pues no parte del recto entendimiento del proceso legislativo operado desde la UE, ni atiende a los verdaderos problemas que plantea la configuración actual del ACE en medicina de urgencias y emergencias.

- a) En primer lugar, al tiempo que se emite el Informe de la DGOP (23 de junio de 2014), y refiriéndose como lo hace indistintamente a las ACEs de Enfermedades Infecciosas y Urgencias y Emergencias, bien podía haberse hecho la referencia actualizada a los países de la UE que cuentan con la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias que, en ese momento, ya eran 16²⁶: Bélgica, Bulgaria, República Checa, Croacia, Irlanda, Italia, Lituania, Luxemburgo, Hungría, Malta, Polonia, Rumanía, Eslovenia, Eslovaquia, Finlandia y Reino Unido.
- b) La contemplación del número de países UE que han creado la especialidad MUE, pone de manifiesto un segundo aspecto que el Informe debe considerar intrascendente e irrelevante: la constatación de un proceso de armonización de legislaciones nacionales en sentido creciente en cuanto a la creación de una especialidad MUE de reconocimiento automático, ajustada a las previsiones de la Anexo V de la Directiva. España, que durante años participó de dicho proceso regulatorio -así se concretó, tras numerosas actuaciones como solución de mayor consenso, también en el ámbito europeo, con el Proyecto de 23 de noviembre de 2011- abandonó ese camino sin una justificación objetiva y real suficiente, más allá de dar satisfacción a aspiraciones e intereses de colectivos profesionales agrupados en torno al CNCS.
- c) También en este aspecto, la única justificación que el Informe facilita es apodíctica: dado que cada Estado tiene libertad para regular de la manera que mejor se ajuste a sus circunstancias concretas, España ha decidido configurar un ACE y no una Especialidad primaria como han hecho 19 países de la UE. No hay una razón sustantiva, sino la mera invocación del principio de libertad, en un *razonamiento circular viciado*: "*decido porque puedo, puedo luego decido*".
- d) La mención a la libre circulación de profesionales no resulta tampoco correcta: el problema no es simplemente la necesidad de reconocer la formación del profesional sanitario español con ACE en Urgencias y Emergencias, sino que para llegar a poder obtener dicho reconocimiento es preciso superar unos requisitos injustificados en el contexto europeo: se pide sustancialmente más - dos años de experiencia profesional después de la especialidad primaria, superación de prueba de acceso al ACE, desarrollo y superación del ACE con

²⁶ Con posterioridad, a este grupo de países con especialidad primaria en MUE, se han añadido también Estonia y Suecia. Y está previsto para 2016 la incorporación de la especialidad en Francia.

duración según este texto de *dos años* –no recogida en el RD, aunque como hemos demostrado serían cuatro más...- todo ello para llegar allí donde otros profesionales europeos ya llegaron años antes, en mejores condiciones y contando con años de ventaja en la experiencia profesional específica en el momento en que el *urgenciólogo* español salga fuera.

- e) En el reverso de este problema nos encontramos con la situación de ventaja comparativa que los *urgenciólogos especialistas europeos* tendrán cuando lleguen a España con años de experiencia profesional específica, *compitiendo* con los *urgenciólogos ACE españoles*. También, desde esta perspectiva, la norma española crea una discriminación y subordinación inasumible desde el punto de vista de la normativa comunitaria y desde la consideración constitucional interna (arts. 14, 23.2, 103 CE: la libertad de prestación de servicios parte de la igualdad de los profesionales médicos y ésta no se da sometida a sistemas tan contradictorios en cuanto a sus efectos prácticos son una especialidad primaria y un ACE.
- f) La DGOP sale al paso de los obstáculos a la libre circulación aludiendo a una vía secundaria -el reconocimiento de la formación y la exigencia de medidas complementarias- cuando lo que debería hacerse es estar al principio de reconocimiento automático de una especialidad perfectamente contemplada en el ámbito europeo, con una duración mínima. Se olvida que una cosa es el esfuerzo por encontrar medidas de armonización cuando se parte de una multiplicidad de situaciones administrativas y soluciones normativas (principio de armonización incorporado en la Directiva 93/16/CE) y otra cosa muy distinta el interés y la "exigencia" de coordinar hacia un contenido y finalidad común cualquier reforma normativa de especialidades médicas (principio de reconocimiento automático consagrado por el artículo 21 de la Directiva 2005/36/CE y por la Directiva 2013/55/CE, para las especialidades y la duración contempladas en el Anexo V, punto 5.1.3).
- g) No se ruboriza la DGOP -y lo decimos con todos los respetos- cuando señala que, en todo caso, los urgenciólogos ACE españoles pueden aspirar en Europa a un **premio de consolación: abandonar su deseo de ejercicio profesional** en el ámbito específico para el que se han formado -urgencias y emergencias- y al que han dedicado años y recursos añadidos de manera innecesaria e injustificada, y ejercer en el ámbito profesional de su especialidad primaria -medicina interna, medicina intensiva, anestesiología y reanimación...-. Se trata de una **consideración verdaderamente desafortunada y grotesca** que, sin embargo, deja muy gráficamente plasmado, el interés real y efectivo por los valores o principios genéricos que reiteradamente se invocan como justificativos de la reforma que el RD 639/2014 introduce en el ámbito de la medicina de urgencias.

En conclusión, las previsiones del Anexo II del RD 639/2014, de 25 de julio, estableciendo una configuración de las urgencias y emergencias como ACE (artículo 16 y siguientes) y no como especialidad primaria del tronco médico (Anexo I y régimen derivado del artículo 3 y concordantes) es contraria a la libertad de prestación de

servicios que consagra la normativa europea, y al principio de reconocimiento automático de especialidades contempladas en el Anexo V (5.1.3), así como vulneradora de las normas de nuestro ordenamiento han incorporado al derecho interno estas previsiones (RD 1837/2008, de 8 de noviembre), generando unas barreras de acceso al régimen profesional y una situación de subordinación y discriminación de los profesionales médicos españoles incompatibles con las previsiones constitucionales consagradas en los artículos 14, 23 y 103 CE.

QUINTO.- EL ANÁLISIS DE LOS DEFENSORES DEL PUEBLO: LA CONFIGURACIÓN DE UNA ESPECIALIDAD TRONCAL DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS ES LA SOLUCIÓN QUE MEJOR GARANTIZA LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES CONSAGRADOS POR EL ARTÍCULO 43 CE Y LOS DERECHOS DE LOS PROFESIONALES.

El estudio conjunto llevado a cabo por los Defensores del Pueblo "*Las Urgencias hospitalarias en el SNS: derechos y garantías de los pacientes*", de enero de 2015²⁷ ha abordado la conveniencia y justificación de la creación de una especialidad troncal primaria de MUE, como la forma adecuada e idónea de satisfacer las exigencias de mejor atención sanitaria a los pacientes y la reivindicación de un estatus profesional correcto.

Sin duda este estudio -realizado de forma sistemática en los años 2013 y 2014- hubiera arrojado mucha luz sobre la *incorrección de la deriva administrativa que, a partir de noviembre de 2011, tomó la tramitación del proyecto reglamentario sobre troncalidad, especialidades y ACEs cuyo texto definitivo aquí se impugna*. Sin embargo, las condicionantes y limitaciones temporales que han llevado a que la publicación del estudio se realice en enero de 2015, no privan al análisis, ni a las conclusiones, de la autoridad, objetividad e imparcialidad que poseen y que sin duda, podrá servir a la Sala para verificar la realidad de algunas de las menciones tan recurrentes como injustificadas que obran en los documentos del expediente administrativo.

"Al abordarse la cualificación de los profesionales que atienden las urgencias hospitalarias, una gran mayoría de los participantes plantearon la necesidad de impulsar la formación y titulación específicas en medicina de urgencias y emergencias, como rama de especialidad con definición y sustantividad propias. El debate sobre esta cuestión se remonta en el tiempo⁽²⁸⁾ ²⁸ y, a pesar de la reivindicación por parte del colectivo

²⁷ La versión oficial completa del informe está disponible en formato electrónico en la web oficial del Defensor del Pueblo:

http://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/monografico/Documentacion/SUH_Estudio.pdf

Igualmente, puede accederse directamente al documento de resumen ejecutivo en el siguiente enlace a la misma web:

http://www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/monografico/Documentacion/SUH_Resumen_Ejecutivo_Prensa.pdf

²⁸ (²⁸ en el Informe): Así, en su informe anual correspondiente a 2009, el Defensor del Pueblo apuntaba: «Es preciso subrayar, un año más, que no se ha producido avance significativo alguno respecto a la creación de la especialidad en medicina de urgencias y emergencias, con carácter troncal, a pesar de la trascendencia que debe otorgarse a la formación específica de los profesionales implicados en la atención de urgencias y emergencias.» Defensor del Pueblo, Informe anual 2009 y debates en las Cortes Generales, vol. 1, Madrid, 2010, p. 447.

profesional implicado, no ha obtenido pleno respaldo normativo en el último Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, que regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, establece las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y crea y modifica determinados títulos de especialista.

La determinación de una especialidad médica de urgencias y emergencias fue objeto de una doble proposición no de ley, tramitada y aprobada conjuntamente por los principales grupos parlamentarios en mayo de 2007, instándose al Gobierno a regularla⁽²⁹⁾ 29. El citado real decreto ha establecido, entre las áreas de capacitación específica, la de urgencias y emergencias. Estas áreas de capacitación se definen como el conjunto de conocimientos, habilidades y aptitudes, añadidos en profundidad o en extensión a los exigidos por el programa oficial de una o varias especialidades en Ciencias de la Salud, con interés asistencial, científico, social y organizativo relevante. La formación en las mismas se desarrollará en una unidad docente acreditada. Cabe añadir que la necesidad de una especialización en la atención de urgencias y emergencias se plantea igualmente por muchos profesionales de enfermería que trabajan en estos servicios. El debate sobre la definición de una especialidad médica y de enfermería de urgencias y emergencias, persiste por la existencia de otras opiniones contrarias a la misma, que la consideran innecesaria.

La reclamación de una especialidad en medicina de urgencia y emergencias se vincula a la consecución de diversos objetivos, como un itinerario docente más coherente y adecuado para un servicio de tal relevancia, el desarrollo de un perfil investigador específico o la búsqueda de un mejor equilibrio en la adopción de decisiones en el ámbito hospitalario⁽³⁰⁾ 30. Desde la perspectiva propia de este estudio, y atendiendo a la importancia de los SUH en el conjunto de la actividad hospitalaria, este deseo de disponer de una especialización resulta comprensible. Además, no debe obviarse la necesidad de disponer de profesionales adecuadamente formados no sólo en las técnicas clínicas más usadas en las urgencias, sino en las particularidades que este servicio

²⁹ (²⁹ en el Informe): Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados, Serie D, núm. 571, 19 de junio de 2007.

³⁰ (³⁰ en el Informe) El Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud (BOE núm. 91, de 16 de abril) vincula el establecimiento de servicios jerarquizados con una especialidad médica. Esa es la causa de que los SUH no se consideren un servicio jerarquizado, lo que lo coloca en una situación peculiar en lo conjunto de los servicios hospitalarios. En un intento de superar esta situación el Instituto Catalán de la Salud, mediante Acuerdo 28/2014, de 25 de septiembre, por el que se regulan los criterios para la creación, modificación y extensión de servicios jerarquizados, introduce como criterio de constitución de estos servicios el hecho de que «la actividad asistencial se desarrolle mediante una estructura organizativa estable con objetivos asistenciales, docentes, de investigación y de gestión específicos y propios del servicio». (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 6724, de 9 de octubre de 2014).

requiere, en términos de gestión de la atención, de tratamiento con múltiples colectivos que requieren abordajes propios y específicos, como se pondrá de manifiesto en el capítulo cuarto del presente estudio, o del control del estrés asociado a una rutina de trabajo de tal intensidad.

Los profesionales de urgencias, expuestos con más frecuencia que otros profesionales sanitarios a situaciones de tensión y estrés laboral propias de las circunstancias asistenciales que atienden, requieren de un refuerzo en la definición y seguimiento de los protocolos de seguridad personal y de autoprotección".

Todas estas consideraciones llevan a la formulación de una conclusión rotunda sobre la conveniencia, oportunidad y justificación de la creación de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias: **"Atendiendo a la *importancia* de los SUH en la actividad hospitalaria y, por lo tanto, en la *atención sanitaria en general*, RESULTA CONVENIENTE LA DEFINICIÓN DE UNA ESPECIALIDAD MÉDICA Y DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS que forme específicamente a estos profesionales y delimite el alcance de sus competencias clínicas".**

Esta conclusión corrobora las que venimos destacando a lo largo de esta demanda: la Administración no ha actuado de manera objetiva e imparcial, analizando al margen de intereses particulares de algunas personas en torno al CNCS, ni ha justificado su decisión final de manera adecuada y concreta en datos, hechos, y circunstancias fehacientes sino tan sólo invocando conceptos generales y aludiendo a lugares comunes. Menos aún, a la vista de esta situación se justifica un cambio radical de criterio como el operado cuando se abandona la solución de la especialidad y se defiende la del ACE.

Los Defensores del Pueblo añaden a estas consideraciones la contemplación de una nueva perspectiva, con incidencia directa en los derechos constitucionales de los ciudadanos: la solución más favorable para lograr la mejor prestación sanitaria al paciente urgente y/o emergente es la creación de una especialidad troncal primaria (artículo 43 CE). Esta solución simplificaría los procedimientos (eficacia y eficiencia), es percibida como la más satisfactoria (demanda social) y reduciría significativamente el número de reclamaciones y quejas, aligerando también de trabajo y esfuerzos innecesarios a los órganos que deben tramitarlas y resolverlas (incluidos los tribunales). Por último, la creación de la especialidad se muestra también como la solución más satisfactoria para garantizar los derechos profesionales y laborales del personal de los servicios de urgencia y emergencia.

Todas estas circunstancias, que venían siendo adecuadamente contempladas y facilitaron el consenso político, administrativo y profesional previo, han sido ignoradas de facto en los trabajos conducentes a la redacción final del RD 639/2014, concretándose esta vulneración en la configuración indebida de urgencias y emergencias como ACE, y no como especialidad troncal primaria tal y como destaca el Estudio de los Defensores del Pueblo.

SEXTO.- EL ESTABLECIMIENTO DEL ACE DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN LUGAR DE LA ESPECIALIDAD PRIMARIA PROCEDENTE, ALARGA DE MANERA INNECESARIA E INJUSTIFICADA EL PERÍODO DE FORMACIÓN Y EN ESA MEDIDA VULNERA EL DERECHO CONSTITUCIONAL AL TRABAJO CONSAGRADO POR EL ARTÍCULO 35.1 CE (Y, EN SU CASO, EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD PÚBLICA LOS DERECHOS CONSAGRADOS POR EL ARTÍCULO 23 CE).

El artículo 35 de la Constitución reconoce y consagra el derecho al trabajo, incluyendo como parte esencial del mismo, el derecho a la libre elección de profesión y oficio y el derecho a la promoción a través del trabajo.

La configuración de medicina de urgencias y emergencias como ACE supone una vulneración de este derecho constitucional desde una doble perspectiva:

- a) Por un lado, ***retrasando innecesaria e injustificadamente el ejercicio profesional hasta una edad poco razonable***: la exigencia de la previa realización de una especialidad primaria del tronco médico -medicina interna, medicina intensiva, medicina familiar y comunitaria y anestesiología y reanimación- (art. 21 RD 639/2014), el requisito de contar con dos años de ejercicio profesional en el ámbito de una de estas especialidades (art. 25.2 LOPS), la superación de la prueba de acceso al ACE (art. 25 RD 639/14), el tiempo de desarrollo del ACE -cuatro años más- y la obtención de la evaluación positiva en los términos del artículo 26 RD 639/14 suponen diferir sustancialmente el momento de incorporación plena al mundo profesional en términos que cualquier observador objetivo e imparcial calificaría de poco o nada razonables.
- b) Evidentemente, esta situación tiene una serie de efectos colaterales de los cuales el principal será, sin duda, la desincentivación de los profesionales que optarán por otros *itinerarios* más accesibles o que respondan antes a sus expectativas laborales (y/o vitales) en detrimento de las urgencias y emergencias pudiendo incluso llegarse a situaciones de *colapso* y *falta de relevo profesional y generacional* en un ámbito que cada vez más será puerta de acceso al sistema sanitario.
- c) Obligar al profesional sanitario a optar por desarrollos formativos interminables contraviene el derecho al trabajo en su faceta de desarrollo y progresión profesional (art. 35 CE, lo que tiene su reflejo en el artículo 23 CE para el ámbito público). Esta vulneración resulta más clara aún si se pone en relación con el contexto del resto de países de la UE, en los que sí existe una especialidad en MUE que permite acceder en tiempos razonables al mercado de trabajo con expectativas ciertas de progresión y desarrollo. La contraposición del sistema mayoritario de especialidades europeo, con el sistema español de ACE -*superespecialidad*- acredita una postergación indebida y una subordinación discriminatoria de los derechos profesionales en España.
- d) Los derechos profesionales y laborales no sólo resultan vulnerados en cuanto al retraso en la incorporación al mercado de trabajo, sino también en la

dimensión de la vida profesional activa que resulta significativa y *confiscatoriamente* -si se nos permite la expresión- reducida, lo que a su vez limita las posibilidades de desarrollo y/o las cotas de plenitud profesional: y es que es evidente que, **cuanto más tarde se empieza, más tarde se llega y menos tiempo se disfruta de los logros conseguidos**. He aquí la triple vulneración de la dimensión constitucional del derecho al trabajo, la libre elección de profesión y el desarrollo profesional contemplados en el artículo 35 CE y que la configuración del ACE en urgencias y emergencias vulnera.

Estas consideraciones -que aquí vinculamos a la configuración de una ACE con *efectos perversos* sobre la formación y la práctica profesional en el ámbito de las Urgencias y Emergencias- han merecido el comentario algunas Comunidades Autónomas en el procedimiento de elaboración de la norma reglamentaria impugnada. Así, por ejemplo, la **Comunidad de Madrid** emitió su "**Posición en relación al Proyecto de Real Decreto, de fecha 15 de junio de 2011**" en la que se señalan las siguientes consideraciones oportunas³¹:

*"Otra de las cuestiones que valoran tanto los profesionales como las entidades consultadas y que el Sistema Madrileño de Salud asume es la **posibilidad del deterioro de la formación especializada** (...) Este elemento que es necesario valorar y que redundando directamente en la calidad de la formación de los futuros profesionales y, consecuentemente, de la calidad asistencial que debemos prestar a los ciudadanos, tiene como contrapartida el que el período de formación se vea excesivamente prolongado, con los costes, déficit de profesionales y la demora en el acceso a un puesto de trabajo relativamente estable para el personal médico.*

*Si se analiza desde la toma de decisión del médico por realizar los estudios de grado, con una duración de 6 años, un período de preparación del MIR, como mínimo de un año, y cinco o seis años de preparación específica vía residencia, **nos encontramos con un profesional que accede a su primer puesto de trabajo después de más de 13 años de formación.***

Sin lugar a dudas, este período que se considera imprescindible, tiene su repercusión directa en el funcionamiento posterior de la estructura sanitaria; si ello lo unimos a determinadas normas como son la posibilidad de exención de guardias a los 55 años, nos convierte la vida activa del profesional a pleno rendimiento en un entorno próximo a los 20 años.

*Con la experiencia que esta comunidad autónoma tiene en los procesos selectivos (...) la edad media de acceso a la condición de personal estatutario fijo se ubica en el entorno de más de 42 años. **No existen, aún con el estado del mercado de trabajo actual, unos profesionales que tarden tanto tiempo en acceder a una condición de trabajo estable**"*

³¹ Aunque los cálculos que se señalan han sido modificados, el razonamiento continúa siendo válido porque exagerado e injustificado sigue siendo el retraso que la ACE implica respecto de la especialidad primaria en cuanto al acceso al ámbito profesional específico.

Evidentemente, podemos pensar que hay ámbitos en los que resulta necesario el alargamiento de los periodos formativos y nada hay que reprochar. Cuestión distinta es que se deba configurar de esta forma *una de las puertas de acceso al sistema sanitario*, uno de los ámbitos profesionales sanitarios más numerosos que existen en España y, sobre todo, que se pueda justificar en un momento y entorno en el que la normativa de la UE limita las exigencias a la especialidad primaria para la efectividad del principio de reconocimiento automático. No es ni necesario, ni conveniente, ni está justificado, y -en consecuencia- no puede admitirse jurídicamente.

SÉPTIMO.- LA CONFIGURACIÓN DE LA MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS COMO AREA DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA DISTORSIONA Y DESNATURALIZA LA PROPIA FIGURA, VULNERANDO EN CONSECUENCIA LOS ARTÍCULOS 24 Y 25 DE LA LEY 44/2003, DE 21 DE NOVIEMBRE, DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS, ASÍ COMO LOS ARTÍCULOS 130.1 CE Y 39 BIS 1 LRJPAC.

Ni siquiera admitiendo que el Gobierno tuviera libertad plena para decidir cuál deba ser la configuración de la MUE -es decir, cerrando los ojos a las razones de toda índole puestas de manifiesto a lo largo de la tramitación de la norma por diferentes organismos y entidades legitimadas y considerando que nada de esto exista o vincule o exija una contra-argumentación de la misma o mayor entidad-, ni siquiera así puede afirmarse que la MUE deba configurarse como un ACE, al menos si se quiere respetar las líneas que conforman y hacen reconocible a esta figura.

Esta conclusión exige profundizar en la naturaleza de las ACEs y la función que pueden llegar a cumplir en beneficio del sistema sanitario y los pacientes, bienes jurídicos que sin ser los únicos, son los primeros y principales a cuya consecución se orienta -según afirma su exposición de motivos- el RD 639/2014, de 25 de julio aquí impugnado.

Indica el artículo 16 RD 639/2014 que las Áreas de Capacitación Específica *abarcan el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes, añadidos en profundidad o en extensión, a los exigidos por el programa oficial de una o varias especialidades en Ciencias de la Salud, siempre y cuando ese conjunto de competencias sea objeto de un interés asistencial, científico, social y organizativo relevante*. De esta forma el ACE se configura normativamente como una *prolongación de la propia especialidad*, capacitando al profesional para tareas y cometidos mucho más concretos y específicos; lo que sólo se adquiere profundizando en la propia formación especializada que ya se posee. De ahí que pueda hablarse, con toda propiedad, de las ACEs como *superespecialidades*.

Esta configuración responde claramente a un **modelo progresivo de estructura piramidal** que va **de lo general a lo particular**: desde la formación básica de grado, al período de formación troncal; de aquí a la formación específica (artículo 2.3 RD 639/2014) y desde ésta -y, lógicamente, ya sólo para una parte minoritaria de los profesionales especialistas con la experiencia profesional mínima necesaria- a la capacitación específica que proporcionaría el ACE, situada -por decirlo gráficamente- en el vértice de la pirámide formativa.

Ahora bien, el carácter generalista que se puede predicar de la Medicina de Urgencias y Emergencias, no sólo no puede fundamentar su configuración como Área de Capacitación Específica, sino que dicha pretensión desnaturaliza y distorsiona el propio modelo, desdibujando sus caracteres esenciales y convirtiéndolo en un impedimento para la consecución de los propios logros que justifican genéricamente la figura. Y es que, **configurada como ACE, la medicina de Urgencias y Emergencia rompe el modelo progresivo o piramidal** que, en lugar de concretarse y cerrarse *hacia su vértice*, **se abre nuevamente a aspectos más generales impropios de un nivel de formación superespecializada.**

Por eso, afirmó con rotundidad el Informe de 9 de marzo de 2006, del Grupo de Trabajo sobre Medicina de Urgencias y Emergencias que este ámbito profesional sanitario *no se compagina con la configuración de las ACE como superespecializaciones (característica que no reúne la atención de urgencias)*. Así lo indicó también, con toda claridad, la *Comisión Técnica de Formación Especializada en Ciencias de la Salud* cuando formuló sus "**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 mas 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".*

Sin dejar de lado las referencias a la mejora, la calidad y la especialización de los profesionales, desde otro punto de vista parece claro también que el objetivo *aparentemente* buscado con la configuración de la MUE como ACE se lograría mejor - sin las **distorsiones** indicadas, ni las **disfunciones** a las que conduce- aplicando adecuadamente las previsiones sobre **reespecialización troncal**. En efecto, la finalidad de lograr "unos pocos profesionales superespecializados" se consigue antes y mejor por la vía contemplada por el artículo 23 LOPS (y desarrollada por los artículos 11 y ss. del RD 639/2014):

Art. 23.- Formación para una nueva especialización.

*Los Especialistas en Ciencias de la Salud con, al menos, cinco años de ejercicio profesional como tales, podrán obtener un **nuevo título de especialista**, en **especialidad del mismo tronco que la que posean**, por el procedimiento que se determine reglamentariamente, que en todo caso contendrá una prueba para la evaluación de la competencia del aspirante en el campo de la nueva especialidad.*

El período de formación en la nueva especialidad y el programa a desarrollar durante el mismo se definirá mediante la adaptación del programa formativo general al currículum formativo y profesional del interesado.

No se podrá acceder al tercer y sucesivos títulos de especialista por este procedimiento hasta transcurridos, al menos, ocho años desde la obtención del anterior.

La asunción de estas previsiones como las más idóneas y aptas para la consecución del objetivo que, de forma inadecuada, se pretende configurando como ACE la MUE, se hace más evidente aún si se considera que:

- a) El Estado controla el proceso de formación, asegurando la satisfacción de las necesidades del SNS, con especial atención en las especialidades deficitarias (cfr. artículo 12.2 RD 639/2014).
- b) Con este mecanismo de especialización añadida y/o complementaria se realiza sólo el programa formativo para el período de formación específica -no el período común del tronco- de la especialidad de que se trate (artículo 14.1 RD 639/2014).

A la vista de estas previsiones se comprende mejor que ningún sentido tiene la pretensión de convertir al segundo grupo más numeroso de profesionales sanitarios (entre 8.000 y 10.000 según los datos más recientes y fiables) en *superespecialistas* - que es a lo que conduciría en unos años el sistema de la ACE en urgencias y emergencias, sobredimensionando las necesidades sanitarias con una formación y un gasto añadido innecesario e injustificado.

El carácter generalista de las Urgencias y Emergencias se adecua más y mejor a la figura de la especialidad primaria, que al Área de Capacitación Específica lo que supone desnaturalizar la figura y generar disfunciones organizativas evidente. El mismo objetivo que genéricamente se invoca para justificar el ACE en MUE se consigue más plenamente y de forma más organizada y dimensionada por la vía de la reespecialización.

De esta forma, podemos concluir que la inclusión de urgencias y emergencia como ACE en el Anexo II del RD 639/2014 vulnera el **artículo 39.bis.1 Ley 30/1992** que establece que "*las Administraciones Públicas que en el ejercicio de sus respectivas competencias establezcan medidas que (...) exijan el cumplimiento de requisitos para el desarrollo de una actividad, deberán elegir la medida menos restrictiva, motivar su necesidad para la protección del interés público así como justificar su adecuación para lograr los fines que se persiguen, sin que en ningún caso se produzcan diferencias de trato discriminatorias*". Se trata de una manifestación concreta del **principio de proporcionalidad** que -como indica la **Sentencia de esa Sala de 5 mayo 2014**, Ar. 2699- "*pone en relación la necesidad de una **adecuación entre el fin** perseguido por razones de interés público y los **medios que se emplean** para su consecución*".

Si los medios -la configuración de urgencias y emergencias como ACE- no son los adecuados para la consecución del fin perseguido por la Administración -mejora de calidad, optimización de recursos, eficacia y eficiencia...- tales medios quiebran las exigencias derivadas del principio de proporcionalidad que derivan del **artículo 39.bis.1 LRJPAC** y, en última instancia del **artículo 103.1 CE**. Sobre estas ideas ha vuelto en muchas ocasiones ese TS por ejemplo en la reciente **STS 29 septiembre 2014** (Ar. 4502) en la que se declara -con referencia al ámbito tributario pero estableciendo doctrina general plenamente trasladable a este proceso- que:

"Según hemos dicho en la repetida Sentencia de 26 de marzo de 2012 -Ar. 5101- en esas situaciones (...) [la conclusión] deriva del principio de buena fe al que están sujetas las administraciones públicas en su actuación [artículo 3.1 LRJPAC] y es consecuencia de la fuerza inherente al principio de proporcionalidad (...) entendido como la adecuación entre medios y fines. Es, además, corolario de la proscripción del abuso de derecho, que a su vez dimana del pleno sometimiento de las Administraciones públicas a la Ley y al Derecho ex artículo 103.1 CE. Jurídicamente resulta intolerable la actitud contumaz de la Administración (...), la obstinación en el error, la repetición de idéntico yerro, por atentar contra su deber de eficacia, impuesto en el mencionado precepto constitucional, desconociendo el principio de seguridad jurídica, proclamado en el artículo 9.3 de la propia Norma Fundamental [véanse tres sentencias de 3 de mayo de 2011, Ar. 3911, 3909 y 4228]".

En conclusión:

- a) De manera coherente a las reiteradas justificaciones desde ámbitos parlamentarios, administrativos, profesionales y sociales dadas durante la elaboración de la norma reglamentaria que impugnamos, **la Medicina de**

Urgencias y Emergencias NO se adecua al *modelo progresivo de estructura piramidal* al que responde los caracteres propios de las Áreas de Capacitación Específica; ajustándose, por el contrario, a los caracteres propios de una **especialidad primaria del tronco médico y permitiendo la **operativa del mecanismo de reespecialización**.**

- b) Por ello, su configuración como superespecialidad médica y su inclusión en el ámbito de las ACEs -al margen de otras consideraciones- **desnaturaliza y distorsiona** el propio modelo que se aplica, lo que implica vulnerar el **principio de proporcionalidad y adecuación de medios a fines** que consagra el artículo 39.bis.1 Ley 30/1992 como concreción singular de las exigencias constitucionales de eficacia y eficiencia (art. 130.1) a las que está sujeta la Administración.

Por lo expuesto, a la Sala respetuosamente

SUPLICO que tenga por presentado este escrito, con los documentos que se acompañan, por devuelto el expediente administrativo y por formalizada la demanda en el recurso contencioso administrativo interpuesto contra el *Real Decreto 639/2014, de 25 de julio* y, previos los trámites que procedan dicte Sentencia que estime el recurso y:

- a) Declare la nulidad del Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por vulnerar los artículos 14, 23 y 103 CE y generar una *discriminación profesional* como consecuencia de la *no creación de una especialidad primaria del tronco médico en Medicina de Urgencias y Emergencias*, de manera acorde a las exigencias que derivan del principio de reconocimiento automático consagrado por la normativa europea.
- b) Declare la nulidad del Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por vulnerar el derecho reconocido por los artículos 35 y 23 de la Constitución, en la medida en que configura una ACE de urgencias y emergencias que alarga innecesariamente los períodos formativos y acorta injustificada y sustancialmente la vida profesional.

Subsidiariamente,

- c) Declare la nulidad del Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por vulnerar el artículo 24 de la Ley 50/1997 y el artículo 2.1.d) del RD 1089/2009, de 3 de julio, que regula la memoria de análisis de impacto normativo, prescindiendo de elementos esenciales en el procedimiento de elaboración de la norma (MAIN, justificación de la oportunidad y acierto y memoria económica y presupuestaria).
- d) Declare la nulidad del RD 639/2014, de 25 de julio, por cualquier otra infracción de las señaladas en los Fundamentos Jurídicos de esta demanda.

OTROSI DIGO que a los efectos previstos en el artículo 60 LJ, interesa al derecho de esta parte el recibimiento del proceso a prueba que habrá de versar sobre todos y cada uno de los hechos señalados en este escrito que sean contradichos de contrario, así como

sobre los que se puedan contener en el escrito de contestación a esta demanda por la Administración particularmente los que tengan por objeto:

- a) La situación de los profesionales de urgencias y emergencias en España.
- b) La existencia de especialidades en medicina de Urgencias y Emergencias en la UE y resto de países desarrollados de nuestro entorno.
- c) La composición de los órganos asesores de la Administración.
- e) La actuación en defensa de los profesionales y los pacientes en el ámbito de las Urgencias Hospitalarias y las Emergencias Médicas por parte de las diversas sociedades científicas y profesionales.

Por lo expuesto, a la Sala respetuosamente

SUPLICO que tenga por hechas las manifestaciones precedentes y, en su virtud, acuerde el recibimiento del pleito a prueba.

SEGUNDO OTROSI DIGO que al amparo de lo dispuesto por el artículo 62.2 LJ, interesa al derecho de esta parte que, en su momento se acuerde y conceda trámite de conclusiones, por lo que

SUPLICO que tenga por hecha la anterior manifestación, concediendo en su momento, trámite de conclusiones.

TERCER OTROSI DIGO que, atendiendo a la naturaleza de las cuestiones debatidas, la cuantía de este recurso debe estimarse **indeterminada**, por lo que a la Sala

SUPLICO que tenga por hecha la anterior manifestación a los efectos oportunos.

Es justicia que pido en Madrid, a 11 de marzo de 2015

Fdo.:



José Ignacio Juárez Chicote
Col. ICAM Núm. 55632
c/ Alcalá, núm. 117, 5º (28009 Madrid)
Tfno. 91 435 08 81 - Fax. 91.435.09.54