

***Candidatura Elecciones a la
Junta Directiva
SEMES Madrid 2022***

Programa

Carta de Presentación

Entramos en una nueva etapa, en un mundo como el sanitario que evoluciona de manera vertiginosa. ¿Quién nos iba a decir hace ya más de dos años que íbamos a sufrir el mazazo de una **Pandemia** como la que hemos vivido, que aún no ha desaparecido; que ha costado la vida o ingresos graves a no pocos profesionales de nuestro colectivo, algo nunca lo suficientemente reconocido?

Madrid fue la región más afectada allá por marzo de 2022. No mermó nuestra voluntad y vocación de servicio público dar la batalla a las consecuencias de este virus ya que el grado de **motivación, entereza y valentía** con la que en los **Servicios de Urgencias y Emergencias** se ha afrontado esta tragedia, parte de una **profunda vocación y una forma de pensar**. Esto es algo que hay quienes no serán nunca capaces de entender. No nos costó cambiar de mentalidad y asumir lo que estaba ocurriendo, y esto fue fundamental para hacerle frente sin miedo y con decisión. El miedo paraliza, y no teníamos tiempo de estar paralizados. Además, no es tampoco ajeno a la realidad que hemos estado muy implicados, cuando se nos ha requerido, en diferentes grupos con la Administración aportando en tiempo y forma nuestro **conocimiento auto-adquirido por responsabilidad individual**.

Y esto ha tenido reflejo en **actuaciones** trascendentes, como la expansión de los Servicios, multitud de procedimientos, mensajes de tranquilidad, hospitales de campaña, o parametrizar decisiones difíciles, entre otras muchas. Además de ser requeridos por medios de comunicación nacionales y extranjeros para explicar qué estaba pasando según nuestra experiencia y qué se podía esperar. Y todo esto con lealtad y espíritu de equipo y de servicio a la sociedad española en general, y a la madrileña, en particular. El sufrimiento ha sido terrible, pero el conocimiento adquirido y transmitido a la comunidad médica también. La **vocación y el ejercicio de la Medicina de Urgencias y Emergencias** nos permitieron poder hacerlo.

Se ha comentado que los profesionales estamos cansados por el esfuerzo. No es cierto. **Estamos muy cansados, pero no más que muchos sectores de la sociedad** por múltiples motivos, de incertidumbre económica, de inseguridad vital, inherentes a una Emergencia como la actual, a la que ha añadido la **infame invasión de un país hermano en las fronteras europeas**, con las consecuencias presentes y futuras, además de la propia amenaza, socioeconómicas. Antes, y ahora, vivimos la realidad de la sociedad en nuestros servicios. Pero eso **nos da fuerzas y alimenta nuestro espíritu** y las ganas de seguir contribuyendo en positivo a sacar a nuestra comunidad y a nuestro país adelante.

Esta candidatura a ser la **nueva Junta Directiva, es la que quiere presentar la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias en Madrid** los próximos cuatro años. Nuestra única recompensa probablemente será nuestro esfuerzo. Pero ¿qué sería una vida sin retos? En eso nos parecemos a todos vosotros. Por eso somos vosotros. Nos une lo mismo, la locura por nuestro trabajo: la Urgencia y la Emergencia. Desde la humildad, venimos comprobando el mucho talento y la mayor ilusión que, más allá de nosotros, existe en el mundo de las Urgencias y Emergencias.

Este es el ánimo con el que nos presentamos a este ilusionante proyecto. Únicamente en eso, nada más y nada menos, es en lo que vamos a poner nuestro máximo empeño en la Sociedad. **Gracias a vosotros**. Con todos vosotros.

Introducción

Problemas Prevalentes en el Sistema Sanitario Madrileño

El enfoque de la sanidad debe trasladarse desde una organización que piensa en la curación a otra que reconozca que **la carga asistencial se encuentra en la gestión de las enfermedades crónicas, pacientes pluripatológicos, frágiles y terminales, elementos todos ellos que repercuten sobre todo en el primer nivel asistencial** (MSSSI, 2012). Ello obligaría, entre otras cosas, a reducir el papel del hospital en todo lo que pueda realizar otro agente menos complejo estructural y organizativamente y menos costoso. La lógica de esta simplificación de la intervención sanitaria reside en un principio: el nivel de especialización del profesional que atiende al paciente tiene que ser el menor necesario para prestarle una atención de calidad. Para ello, es condición indispensable que actualice sus conocimientos y mejore su capacidad resolutoria. El **domicilio** es un objetivo claro de actuación.

El **papel del hospital de agudos** es prestar atención efectiva, segura, eficiente y de complejidad acorde con su nivel, así como introducir y retirar tecnologías conforme a **criterios de seguridad, efectividad, calidad y coste-efectividad incremental**. No debería ser asumir la atención de la cronicidad.

Muchos **Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) de Emergencias (SEM)**, en España y muchos otros países desarrollados vienen presentando con no poca frecuencia **episodios cada vez más intensos de presión**. Más allá de factores coyunturales, asociados o no a determinadas épocas del año, la realidad es que esta presión ha estado creciendo constantemente durante bastantes años. En Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y Australia, por ejemplo, se observa un aumento anual del 3 al 6%. En los Estados Unidos, la atención de Urgencias por cada 100 pacientes aumentó casi 6 puntos porcentuales de 1996 a 2006, y esta cifra se ha duplicado en Reino Unido. Igual ocurre en este país con las llamadas a los números de Emergencias, con un aumento del 125%. En los EEUU esa cifra se duplicó del 2006 al 2009. **No son infrecuentes las imágenes de pacientes abarrotando estos servicios, recogidas con cada vez mayor frecuencia por los medios de comunicación.**

La **saturación** es un problema que ocurre en la mayoría de los países desarrollados desde hace más de 30 años. Está reconocido como un **problema mundial de Salud Pública**. De acuerdo con un informe del grupo de trabajo del *American College of Emergency Medicine* en 2008, el hacinamiento o la saturación en el Servicio de Urgencias tiene lugar generalmente "cuando no queda espacio para cumplir con las necesidades o expectativas del próximo paciente que necesita atención urgente". **La causa más importante por la que ocurre es la imposibilidad o el bloqueo del ingreso de aquellos pacientes que, una vez valorados en el Servicio de Urgencias, necesitan una cama de hospitalización, por lo que permanecen en este servicio durante periodos prolongados y de forma inadecuada.** Este hecho tiene importantes consecuencias tangibles.

El aumento de la estancia de estos pacientes en estos servicios origina un **aumento de la estancia en el hospital**, con el consecuente **aumento de costes**, produciéndose situaciones que **atentan contra la dignidad de las personas**, que lo padecen, a sus familiares o personas próximas, y **también los diferentes perfiles profesionales que los atienden** produciéndose frecuentemente insatisfacción con el periodo global de hospitalización. Así mismo se asocia a un deterioro de la calidad de la atención, con **retrasos** importantes en todos los subprocesos potenciales asociados a la misma, como tiempo de valoración por el médico, tiempo para

resultados de pruebas complementarias, como resultados de laboratorio, o pruebas de imagen, así como un retraso en el inicio de tratamientos necesariamente de inicio precoz, en condiciones óptimas, como pautas de analgésicos o primeras dosis de antibióticos. También se ha demostrado un **aumento de la mortalidad evitable** intrahospitalaria por esta causa. Es importante tener en cuenta la posibilidad de que en este tipo de circunstancias se produzcan altas precoces precipitadas que pueden asociarse también a un aumento de la mortalidad temprana, también evitable.

Hay muchos trabajos en la literatura científica que sugieren que **mucha de esta demanda se debe a personas con problemas médicos que podrían ser atendidos en otros niveles de atención de menor complejidad**, como los servicios de urgencias de atención primaria, puntos de atención continuadas, o equivalentes, o en los propios Centros de Salud. En los pacientes potencialmente más leves **una de las razones principales de uso de estos servicios es la frecuente barrera de acceso al sistema de consultas tanto en el primer nivel asistencial como en especializada**. También por propia conveniencia, o por seguir directrices de familiares o allegados. Otra razón es la autopercepción de necesidad de atención en estos servicios, junto al posible desconocimiento de otras alternativas asistenciales en su propio entorno. Este perfil de pacientes fue objeto de estudio por la **Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias**. En este trabajo del año 2007, la investigación consistió en la elaboración de un cuestionario sobre las percepciones y motivaciones de los usuarios de los Servicios de Urgencias de hospitales públicos de la red de salud en Andalucía, seguido de una encuesta con una muestra aleatoria que se realizó a 1025 pacientes durante un periodo de 4 meses entre 2008 y 2009, analizándose posteriormente sus resultados. Estos cuestionarios se entregaron a pacientes clasificados en los niveles 3 y 4 de Triage (de entonces, equivalente a lo que serían verdes y azules en los actuales sistemas de clasificación), es decir, potencialmente leves. Según esta encuesta el 75% de la población a partir de esta muestra y ese perfil hace un uso razonable de estos servicios. El 25% restante, lo consideran de alta frecuentación, dándose la circunstancia de que tienen un alto uso y nivel de conocimiento también de los servicios de urgencias de atención primaria.

Es relativamente frecuente “responsabilizar” el inadecuado uso de estos servicios por parte de estos perfiles de pacientes potencialmente leves. No deja de ser una excusa o una pequeña parte del problema. El porcentaje global de inadecuación es menor. El *Royal College of Emergency Medicine* calcula que el 15% de las asistencias podrían tratarse en otro lugar, pero este grupo de pacientes requiere mucho menos del 15% de la carga de trabajo de los servicios y, por lo general, pueden ser fácilmente dados de alta sin mayores requerimientos diagnósticos o terapéuticos. **Las iniciativas de organización del sistema sanitario en este aspecto parecen centrarse casi exclusivamente en estos perfiles, y están fracasando**, sin obviar la **inducción al uso** que se viene produciendo por motivos ajenos al interés del adecuado y racional funcionamiento del sistema sanitario en su conjunto.

Sin embargo, esta no es la única razón y los factores que contribuyen a una mayor demanda de la atención urgente a menudo es **compleja y multifactorial**. Cada vez existe mayor evidencia de que el aumento de la actividad en el sistema de Urgencias y Emergencias se debe a una combinación explosiva con una demanda en constante aumento, hospitales a pleno rendimiento y determinados y **cada vez más frecuentes perfiles de pacientes, especialmente ancianos con enfermedades crónicas con diferente grado de fragilidad asociada y una respuesta probablemente insuficiente de la atención sociosanitaria, estable o coyuntural**, en sus respectivos entornos, que generan muy a menudo episodios de especial saturación. A esto se

une en los meses de frío la especial susceptibilidad de estos pacientes muy vulnerables y la suma de varias enfermedades de base que se ven agravadas o exacerbadas de forma variable en función de la mayor o menos incidencia y/o virulencia de las enfermedades estacionales como gripe y otras relacionadas con diversos virus respiratorios. **El Sistema Nacional de Salud (SNS) y la Asistencia Social tienen una rutina de funcionamiento, ajustada a costumbres y políticas de conciliación determinadas.** Esta situación era completamente predecible y en parte prevenible. Las dificultades actuales se deben casi por completo a la capacidad inadecuada de cama aguda y la coordinación en los hospitales, que a su vez es causada por una capacidad de atención social inadecuada

La **atención integral de la salud y la mejora del bienestar es la base del Sistema Nacional de Salud y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SNS y SAAD).** Nuestra sociedad envejece, a menudo, acompañada de una mayor presencia de enfermedades crónicas y de la necesidad de cuidados personales de quienes las padecen. La población española sufre un progresivo y sostenido envejecimiento.

En nuestro país, las enfermedades crónicas son la primera causa de demanda asistencial en los centros sanitarios (80% de consultas de atención primaria y 60% de ingresos hospitalarios). Un 40% de las consultas las realiza la población mayor de edad, que además es la que necesita mayores cuidados continuados y más recursos sociales. El 50% de las camas de nuestra red hospitalaria están ocupadas por mayores de 65 años, y el consumo farmacéutico supone casi el 50% del gasto total. De ellas, la prevalencia de insuficiencia cardíaca y EPOC suponen una causa frecuente de consulta al 112, necesidad de recurso Emergente, y un alto porcentaje de ingreso o, al menos de observación en los Servicios de Urgencias.

Cualquiera de las **estrategias de atención a los pacientes crónicos** tiene como base común la **estratificación de la población y clasificación según su nivel de riesgo es la expresión de la base poblacional.** A partir de esta premisa se establecen o pueden establecerse diferentes procesos asistenciales integrados. Existe un grupo de pacientes cuyas condiciones de complejidad de manejo asistencial, independientemente de la o las patologías que la hayan desencadenado, determinan la necesidad de un nivel de intervención alto. La nomenclatura que se le viene aplicando es la de **Paciente Crónico Complejo**, muy descriptiva de sus características. En general, son pacientes no oncológicos con al menos una enfermedad crónica en estadios avanzados de evolución, irreversible, progresiva y que podrían condicionar un pronóstico de vida limitado. En estos pacientes el enfoque proactivo, la detección precoz de la descompensación y su control y la gestión integrada del caso son el objetivo fundamental del proceso asistencial sin olvidar la valoración de necesidades paliativas. La **detección de la situación de complejidad**, es decir, la identificación del paciente puede hacerse en cualquier nivel asistencial o en el ámbito sociosanitario.

El **Sistema de Urgencias y Emergencias**, como lugares frecuentes de atención de estos perfiles, **puede y debe colaborar en estos programas de atención a la cronicidad** para obtener mejores **resultados de salud.** En primer lugar, hacer interoperable el flujo de información de los diferentes sistemas informáticos existentes (la información sigue al paciente, independientemente del lugar de consulta). En segundo lugar, establecer medidas de priorización de la atención y acompañamiento a este grupo de pacientes, desde su entrada en los Sistema de Urgencias, profundizando en el estudio de su reconocimiento precoz mediante los actuales sistemas de clasificación (triaje). Tercero, medidas de conciliación terapéutica. Y por último, potenciar las unidades de observación de urgencias, como elementos esenciales de

reconocimiento, estratificación y regulación del posible destino de este tipo de pacientes, tanto a domicilio (con comunicación simultánea de este hecho al primer nivel asistencial), a unidades de hospitalización a domicilio, a hospitales de media o larga estancia, a consultas rápidas (por ejemplo de medicina interna o geriatría), a unidades de cuidados paliativos o a la propia hospitalización convencional. La respuesta no va venir de la invención de **salas de aparcamiento en los servicios, sometidos a esperas en ocasiones desde servicios de destino.**

Impacto de la Pandemia

La **Pandemia por la enfermedad por Covid-19**, ha exacerbado la importancia de las especialidades médicas generalistas, como la Especialidad de Medicina de Urgencias y emergencias, como **red de seguridad** del Sistema Sanitario. Pero las redes también se rompen, especialmente si existen disfunciones que las tensan demasiado. De manera subordinada a la propia Pandemia, **el Sistema Sanitario se está reorientando**, espontáneamente, para un periodo de convivencia con el virus, de momento con el manto protector de la excelente campaña de vacunación en nuestro país. Hay aspectos regulatorios que, en origen, deberían haberse tenido presentes, que afectan a la **gobernanza de la sanidad o a la información requerida y debida a los pacientes y familiares**, en el contexto de nuevas estrategias de humanización adaptadas. La **consulta telemática** presenta innumerables ventajas, pero tiene sus límites, y debería incorporarse alguna regulación en este sentido en ambos niveles asistenciales, así como una intensa **campaña de pedagogía** entre la población. La sociedad española se ha comportado de una forma muy responsable durante estos meses. No sería bueno no dar respuesta por parte del sistema en tiempo, lugar y forma. Eso tensaría, mucho más de lo que viene ocurriendo en estos últimos 30 años, nuestra red.

Uno de los aspectos recogidos por la Organización Mundial de la salud, (OMS) sobre esta pandemia, alude al hecho de tener en el mismo nivel de importancia las **consecuencias indirectas derivadas** de la infección del virus sobre múltiples **grupos de pacientes, llamados No COVID, y su necesidad de atención sanitaria**. Sería importante actuar de forma consensuada por parte de todas las Administraciones en lo referente a los **Programas de Listas de Espera**, por ejemplo, tanto diagnóstica como quirúrgica. Es otra iniciativa que protegerá la red. Debemos tener en cuenta la **elevada potencial morbilidad oculta** que han ocasionado estos meses, con mayor espera o miedo a acudir al sistema, que va a seguir tensando el sistema sanitario en los siguientes meses y años.

Todos los años en sanidad hablamos de “Planes de Contingencia”. **El calor en los meses de verano, y el frío y los virus respiratorios y especialmente el de la gripe en otoño e invierno** no son contingencias. Son hechos regulares y tangibles. Pero en este caso, este año cobran especial valor y rogamos tomen en consideración, en lo referente al **virus de la gripe**, actuaciones de **vacunación universal**. Por último, a pesar de lo ampliamente comunicado regularmente, en realidad los usuarios recurrentes del sistema de Urgencias y Emergencias pertenecen a **grupos vulnerables o en riesgo**: pacientes crónicos complejos, oncológicos, niños, paliativos, demencias, maltratos y ancianos. Pero llamamos su especial atención en dos colectivos: los **pacientes ancianos de residencias y los pacientes con trastornos mentales**. En el caso del segundo grupo, desde el principio, la pandemia está teniendo consecuencias que notamos de forma importante en nuestros servicios que afectan a pacientes de todas las edades. Las actuaciones incardinadas en el Plan de salud mental y adicciones de la comunidad deberían hacer énfasis en la **disponibilidad de camas de ingreso de forma inmediata** para estos perfiles.

Recursos Humanos

Puede afirmarse, sin caer en tópicos, que los **profesionales sanitarios del SNS, y en particular los profesionales de los Servicios de Urgencias y Emergencias**, poseen un alto nivel de formación, motivación interna, relevancia social, elevado nivel intelectual y, sin embargo, algo está fallando cuando no son partícipes sino sufridores de las políticas sanitarias cortoplacistas y se extiende el convencimiento de que el sistema funciona merced al compromiso individual. La calidad del capital humano, su identificación con los objetivos y fines del sistema y su grado de motivación son fundamentales para que este funcione.

Es necesario **implicar activamente a los profesionales sanitarios en la sostenibilidad del sistema, en la elaboración de políticas de salud, en la gestión y en la toma de decisiones, potenciando o creando estructuras efectivas de participación y asesoramiento profesional**, así como buscando la revitalización de las organizaciones profesionales para que respondan a las necesidades y retos de la medicina del siglo XXI. Ello debería estar presente desde el inicio de su etapa formativa y potenciarse en su ejercicio profesional para que puedan asumir papeles de liderazgo y gestión en el sistema.

En las organizaciones sanitarias el **sistema de asesoramiento y participación profesional es crítico**, porque el input profesional tiene aquí un impacto directo en los servicios y contribuye a implicar y motivar a los profesionales con su organización, al ver que su opinión cuenta en las decisiones del día a día.

Para conseguir su implicación, apelar al profesionalismo no es suficiente. **Habrà que estar dispuestos a invertir en capital motivacional, que la retribución recibida y el reconocimiento profesional discriminen por desempeño**. Asimismo, hay que buscar canales para que los profesionales se impliquen en una mayor participación en las decisiones, compatible con una **mayor autonomía, tiempo para la formación e investigación, y desarrollo de la carrera profesional basada en elementos claros y explícitos de mérito y desempeño profesional**. A cambio de ello, también debe ser exigible la aplicación de los mismos criterios generales propuestos: transparencia y rendición de cuentas en el desempeño.

La situación de las profesiones sanitarias en España difiere en algunos aspectos sustantivos (sistemas de vinculación del personal con los sistemas públicos sanitarios que existen en cada país; situación y relación entre sí y con los servicios sanitarios de las profesiones sanitarias, y de algunas no definidas como tales pero que en proporción cada vez más importante trabajan en aquéllos; papel de las organizaciones profesionales en la regulación y el ejercicio profesional en cada país) **de la situación en otros países desarrollados**. Las diferencias que se pueden observar en los aspectos señalados son el **resultado de una evolución política en el tiempo distinta entre España y los restantes países desarrollados**, que ha tenido repercusiones importantes, tanto en el momento y las condiciones de creación de los servicios públicos de salud en los países respectivos, como en el desarrollo, evolución y situación actual de las profesiones sanitarias en España y en otros países. Estas diferencias provocan también **diferencias**, que en la mayoría de los casos no son a favor de nuestro país, **en las oportunidades y formas de resolver los problemas** que afectan en todos ellos a los servicios de salud, de los que las políticas de personal son una parte esencial.

La diferencia más destacada de la vinculación del personal del SNS (definido con los límites señalados en la norma citada) **con el propio Sistema, con la del personal de los servicios**

nacionales de salud de otros países con sus propios sistemas sanitarios, es el carácter "funcionarial especial" que se atribuye a esa relación en el artículo 1 del propio Estatuto.

Por otro lado, la aplicación del **régimen disciplinario** previsto en los estatutos de personal vigentes en las instituciones sanitarias con dependencia patrimonial de la Seguridad Social **no ha servido** hasta ahora como instrumento de corrección de las diferencias manifiestas que se producen en el rendimiento del personal que, si carecen de efectos fácilmente perceptibles, constituyen, a la inversa, un incentivo negativo para los profesionales que mantienen con su trabajo el funcionamiento del sistema, y un mecanismo de **pérdida de identificación** de los profesionales con el mismo.

En cualquier caso, cualquier espectador neutral puede constatar que **el arraigo que tiene esta vinculación jurídica entre los profesionales es elevado**. Y por su grado, también elevado, de implantación en todos los Servicios Autonómicos de Salud de España, puede ser un **nexo de unión** importante entre todos ellos, si se aplican sus preceptos, especialmente en lo que se refiere a la movilidad. Del análisis de los preceptos que marca la propia norma, se pueden señalar algunos aspectos:

- **Dignificar las condiciones laborales y las condiciones de trabajo de los profesionales constituye una de las dos patas imprescindibles para poder hablar de una asistencia sanitaria humana** en estos entornos, algo que debería ir unido a la misma profesión sanitaria. En la Comunidad de Madrid a eso hay que sumarle la **ausencia durante años de forma irregular de convocatorias periódicas regladas de plazas**, cuestión esta que afecta de forma especial a los profesionales médicos de los Servicios de Urgencias Hospitalarios.
- Aunque deja perfectamente establecido el **carácter de los contratos temporales**, lo ocurrido en numerosos servicios de salud durante todos estos años habla de su escasa eficacia, tal que a día de hoy se calcula en **40% el porcentaje de temporalidad en nuestro país** (85% en el caso de los médicos de los SUH públicos de Madrid), a costa de no reconocer plazas que son realmente estructurales. El motivo es que **adolece de mecanismo de "penalización"** a las administraciones por demora en la convocatoria de concursos públicos. En el Plan del gobierno se recoge este aspecto también, pero **pretende excluir del mismo al colectivo sanitario y educativo**.
- La iniciativa inicial del actual gobierno en el informe del Plan de Transformación, Reactivación y Resiliencia, pasaba por la **necesidad de desaparición de exámenes y que el sistema de selección pase por la valoración del curriculum vitae**, con valoración de méritos.
- En tanto esto se realiza con la modificación de aspectos que afectan al propio Estatuto Marco, se debe proceder a un **proceso de estabilización del personal temporal** del sistema, al amparo de lo recogido en la **Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público** y la **Resolución de la secretaría de estado de función pública sobre las orientaciones para la puesta en marcha de los procesos de estabilización derivados de la ley 20/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público**.

- En los últimos años estamos asistiendo a la **“emigración”, más por necesidad que por interés en muchas ocasiones, de numerosos profesionales sanitarios, especialmente personal médico y de enfermería, a otros países.** Es decir, los españoles pagan de sus impuestos más del 60% de esta formación universitaria, que en el caso de los médicos son 6 años, y en el de enfermería, ya cuatro, para ver como un porcentaje significativo de ellos no tienen más remedio que emigrar fuera, **en busca de oportunidades laborales o mejorar las condiciones laborales.** Y son otros Países, especialmente europeos, los **“beneficiarios”** de este perverso sistema. En el caso de los médicos, en muchas ocasiones tras un periodo de residencia añadido a través del Sistema MIR, de no menos de 4 o 5 años de duración, y pagado también de los presupuestos generales. Es decir, **somos expertos en presupuestar, pagar y formar talento, para luego exportarlo, y que se beneficien otros.**
- La **Unión Europea y el Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE)** han afeado las actuaciones de **las autoridades administrativas y judiciales españolas, que con el pretexto de que la Ley permite el nombramiento de funcionarios interinos, los destinan a atender necesidades que no son provisionales, ni excepcionales, sino que son ordinarias, estables y permanentes.** Aunque os procesos de estabilización y de acceso libre no son una medida sancionadora que cumpla con la Directiva 1999/70/CE, estos procesos no liberan a las Administraciones públicas de sancionar los abusos producidos en la temporalidad. Esta temporalidad es excesivamente elevada en lo referente al personal sanitario. Es cierto que la Directiva no impone la transformación de la relación temporal en una relación fija, si en el Estado miembro existen otros mecanismos sancionadores a imponer a las Administraciones empleadoras responsables del abuso para evitar la precariedad en el empleo. Pero también **la transformación en fijos permitiría sancionar el abuso y eliminar definitivamente sus consecuencias. Las autoridades administrativas y judiciales no pueden ampararse en la naturaleza temporal de los nombramientos, esto es, en que son nombramientos acordados hasta que se provee la plaza por un funcionario de carrera o fijo o se amortice, para no aplicar la correspondiente sanción que impone la Directiva Comunitaria, cuando estos empleados públicos están siendo destinados a atender necesidades que no son provisionales ni excepcionales, sino ordinarias y estructurales. Así mismo los procesos de estabilización y de acceso libre no son una medida sancionadora que cumpla con la Directiva.**
- La **convergencia y la movilidad en la Comunidad Europea** es, sin duda, algo deseable y con una tendencia a aumentar en los próximos años, pero en este caso no estamos hablando de periodos de rotación o de complementos necesarios o vocacionales a la formación, sino de **imperiosa necesidad por falta de oportunidades o por oferta de mejores condiciones de trabajo.** Siendo esto lamentable, lo es aún más que **ese talento de esos compatriotas nuestros vea prácticamente imposible poder retornar,** si así es su deseo, por interpretaciones endogámicas en la forma de plantear los diferentes procesos de selección de personal en todo el país, si nos atenemos a la letra y al espíritu de la Ley.
- Un aspecto de vital importancia es volver a decir que la legislación española no pone trabas, siguiendo el espíritu de esta norma, al retorno del talento que ha emigrado, que en España ya empieza a ser mucho. Probablemente **habría que igualar, cuando menos,**

las posibilidades jurídicas de facilitar ese retorno. Eso también es un problema de voluntad política, además con el apoyo decidido de los diferentes estamentos profesionales. Y nos haría un país más enriquecido por la experiencia de nuestros compatriotas que han tenido que trabajar durante años fuera de España.

Especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias

La SEMES es una organización de carácter científico fundada en 1987, registrada formalmente, al amparo de la Ley General de Asociaciones (Ley 191/1964, de 24 de diciembre), que en la actualidad **agrupa de forma voluntaria a 12.000 profesionales** de estos Servicios, de los cuales **9.000 son profesionales médicos** asociados en las 17 Comunidades Autónomas, y cuya finalidad es **promover la calidad de la atención a los pacientes**, desde el punto de vista técnico, científico, formativo y de gestión, en los **sistemas de asistencia a las urgencias y emergencias sanitarias** que dan cobertura a toda la población. El colectivo de médicos de urgencias y emergencias es el **segundo más numeroso** de los que conforman la clase médica en nuestro País. Por número de socios, **SEMES es la tercera sociedad médica en España. Es una entidad federada con amplia implantación en todas las comunidades, junto a las ciudades autónomas.** Hemos tenido la oportunidad de **colaborar** desde hace casi 30 años en numerosas ocasiones con todas las Administraciones desde el punto de vista técnico y científico. Y es nuestra voluntad seguir ese camino. Asimismo, esta Sociedad Científica pone y dedica una parte de su tiempo y de su empeño en promocionar y divulgar hábitos saludables y otros aspectos importantes que promuevan el adecuado desarrollo de la **Salud Pública** en España.

SEMES, desde su constitución, como recogen sus estatutos, ha favorecido la configuración de la **Especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE)** en España, al considerarla oportuna, necesaria y conveniente. Y lo ha hecho desde la **coherencia** de la implicación, el **esfuerzo**, el **conocimiento** y el **respeto que la atención de los pacientes** que acuden a estos servicios o son atendidos en la propia vía pública merecen. Para ello **ha actuado tenazmente con todos los instrumentos que ofrece el Estado de Derecho:** sociales, institucionales, políticos, profesionales, y siempre dispuesta a prestar la mayor de las **colaboraciones** que el sentido común y la sensatez dictan, dentro del **marco jurídico** que ha ido evolucionando a lo largo de estos años en lo que a la formación médica se refiere. Y este marco jurídico está sustentado en la **Directiva 2005/36/CE**, fruto de muchos años de consenso profesional a nivel de la Unión Europea, que incluye a la **MUE como especialidad primaria sometida a reconocimiento automático.** Este fue el motivo del impulso de los grupos de trabajo desde el Grupo de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial, que culminó con la **decisión de incluir la MUE como una especialidad primaria más** de la formación médica especializada en España. **Esto se ha visto recientemente ratificado con la Trasposición a la legislación española de la directiva 55/2013, sobre la actualización de la directiva de cualificaciones, mediante el RD 581/2017.** En todos ellos el **Anexo 5.1.3.** recoge que esta especialidad consta de un mínimo de 5 años de formación **específica.** Lo que viene ocurriendo en este sentido contraviene el espíritu de la propia legislación que vulnera principios básicos recogidos en ella como **homologación, movilidad profesional** y, especialmente **garantizar la adecuada formación y los procesos de recertificación profesional** asegurando así una **atención con la calidad y seguridad** debida a los pacientes. Esta afirmación tiene su refrendo ya en la jurisprudencia española, con la doctrina marcada por la propia **Audiencia Nacional** y por el **Tribunal Supremo.**

Las razones últimas de esta reclamación, no son sino asegurar una **atención dentro de los parámetros de calidad y seguridad**, junto a la configuración de los **Servicios de Urgencias Hospitalarios** y los **Servicios de Emergencias**, en el **mismo plano administrativo, social, docente y de perspectivas profesionales**, que el resto de servicios; configuración que consideramos realmente profesional y **en línea con lo que ocurre en una aplastante mayoría de países desarrollados**.

1. Desarrollo institucional

- Colaboración con el grupo de Trabajo **Trabajo proespecialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias, MUE**, dentro de la Junta Directiva Nacional, actuando de interlocutores directos con los responsables sanitarios de la comunidad e insistir y tener interlocución continua con temas relacionados con los Servicios de Urgencias y Emergencias y con la especialidad.
- **Reivindicación activa de la especialidad de MUE** a nivel central y autonómico. Contactos continuos con las diferentes Administraciones. Concienciación de dicha reivindicación entre todos los profesionales, que **implica la consecución y la reclamación de derechos profesionales fundamentales**.
- **Colaborar con las acciones** de potenciación de la Sociedad y su imagen pública e institucional.
- Diversificar y Promocionar a **diferentes líderes de opinión** dentro de la propia sociedad autonómica.
- Reivindicar activamente la creación de **la especialidad de enfermería la especialidad de enfermería** de urgencias y emergencias **y distinto grado de cualificaciones en su carrera tanto en los SUH como en los SEM**.
- Colaborar en el asentamiento y la expansión definitiva de la **formación de los Técnicos de Emergencias Sanitarias**.
- Profundizar en la estrategia de **colaboración con Asociaciones de pacientes**. Participación en actividades compartidas.
- Colaborar en la elaboración de un **Registro de profesionales** en los diferentes dispositivos de SUH y SEM de la Comunidad.
- **Colaborar con la administración** en la constitución de **grupos de trabajo** en todo aquello que se considere a iniciativa propia o solicitada.
- **Colaborar de forma activa con todos los colectivos profesionales y sus representantes legítimos en la consecución de la dignificación, la estabilización y el reconocimiento profesionales**.

2. Comunicación interna y externa. Divulgación y promoción de la Salud.

- Desarrollar y/o potenciar **herramientas de información al público y a los usuarios** del sistema sanitario e incentivar la **educación sanitaria** y la mejora en las competencias de los ciudadanos para adquirir información, valorarla, comprenderla y utilizarla de manera responsable y documentada en el cuidado y promoción de su salud y su autonomía personal.
- Promover los **hábitos saludables** mediante nuestros órganos de difusión externa (Web, redes...).
- Favorecer y difundir una **cultura de respeto** entre ciudadanos-profesionales sanitarios que avance en la idea de toma de decisiones compartidas.
- **Colaborar en las actividades de SEMES Divulgación** como Página Web de la Sociedad dedicada al ciudadano: "*Portal del ciudadano*", con el apoyo de todas las secciones de la Sociedad.
- Plantear estrategias de trabajo y **colaboración con asociaciones de pacientes**, especialmente de grupos vulnerables y grupos de riesgo.
- Continuar la línea de **presencia** activa, continua, y a requerimiento en medios de prensa, generales, locales, sectoriales, radios, TVs...
- Continuar y aglutinar en sinergias comunes las numerosas cuentas en **redes sociales**.
- Potenciar los **canales de comunicación propios** con nuestros asociados y no asociados (news, redes, Web...)

3. Defensa de la dignidad en el trabajo, el desarrollo profesional y la promoción de los Servicios de Urgencias y Emergencias.

- **Promoción** a nivel de todas las Administraciones de **Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) y de Servicios de Emergencias (SEM) independientes (jerarquizados) con plantillas adecuadas** con una **contratación normalizada** y que dispongan dentro de su horario laboral de tiempo para la realización de otras **actividades no asistenciales**.
- Asesoría, en colaboración con el Grupo de Acreditación Nacional, en temas de **calidad y acreditación** de los diferentes Servicios de Urgencias Hospitalarias y Servicios de Emergencias.
- **Asesoramiento** de los profesionales acerca de medidas para minimizar los **riesgos** asociados con su trabajo.
- **Asesoramiento** de los profesionales desde el punto de vista **legal**.
- Alojamiento y difusión de **ofertas de empleo o de solicitudes de empleo** en todas las secciones, pudiendo realizar linkajes con las entidades colegiales y sindicales.
- **Promover y difundir el conocimiento entre los profesionales de la población** diana más frecuentadora. Colaborar en la reorientación que afecta a todo el sistema, con información y gestión proactiva según las necesidades de pacientes.
- Promover la **evaluación de resultados en salud**, compararlos y trasladarlos a la toma de decisiones y observar los principios de transparencia y rendición de cuentas.
- Búsqueda y elaboración, desarrollo y difusión de **nuevos indicadores** relacionados con la gestión de los Servicios de Urgencias y Emergencias y su posible relación con resultados en salud.
- Mejorar la **cultura de seguridad** en los SUH y SEM. Promoción de un **Plan de formación en seguridad clínica en cada Comunidad Autónoma**, con el apoyo decidido de las Sociedades Autonómicas.
- Dado la alarmante cifra de temporalidad en la Comunidad de Madrid, especialmente en lo referente a la categoría de **Médicos de Urgencias Hospitalarios y, en el contexto de colaboración interinstitucional** que viene realizando esta sociedad científica en los últimos 15 años, exigiremos a la administración una pronta resolución de este grave problema al amparo de la **Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público** y la **Resolución de la secretaría de estado de función pública sobre las orientaciones para la puesta en marcha de los procesos de estabilización derivados de la ley 20/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público:**
 - **La OPE 2019 de Urgencia Hospitalaria ha agotado los plazos legales para su ejecución.** Esas plazas estaban convocadas en el momento de entrar en vigor la **ley 20/2021** y habiendo caducado la convocatoria por agotamiento de plazos han quedado sin cubrir. **Esas 325 plazas están por tanto disponibles para siguientes procesos de estabilización** en tanto en cuanto cumplen los requisitos de ser estructurales, dotadas presupuestariamente y estar vacantes en el momento que se convoque un nuevo proceso de estabilización, proceso 2022,

que deberá sujetarse a la ley vigente en el momento de convocarse, que no es otra que la Ley 20/2021.

- Procede previa a la convocatoria de nuevos procesos un **análisis de las necesidades actuales del sistema sanitario**. Además, esto precisa de un proceso de “interinización”/estabilización que convierta en estructurales todas aquellas vinculaciones temporales que por duración en el tiempo y tareas desempeñadas son ya de hecho estructurales. Este proceso es imprescindible para cumplir con el objetivo real de un 8% de temporalidad ajustado a la situación actual. Con la nueva legislación estas interinidades van a devenir obligatoriamente en nuevos procesos de oferta pública de empleo cuando se cumplan los límites temporales establecidos y garantizarán así el mantenimiento del objetivo de la tasa de temporalidad y disuadiendo de nuevos abusos en la duración de la contratación temporal.
- **Con el total de plazas del sistema de Urgencias de Madrid procede el análisis e identificación en un primer paso de todas aquellas que tienen una antigüedad anterior al 1/1/2016** y de todas aquellas que, sin tener esa antigüedad, estén ocupadas por personal temporal con una antigüedad anterior a esa fecha. El resultante debe salir a un **concurso de méritos** que tiene que ocurrir antes de cualquier otro tipo de oferta de empleo público.
- Como particularidad y con independencia del tipo de proceso de adquisición de la condición de empleado fijo en la categoría profesional de Médico de Urgencia Hospitalaria, la ausencia de Especialidad de Urgencias que acredite no solo la capacidad sino la competencia para el desempeño de la tarea requerida, es preciso que la adjudicación de esas plazas se realice **ajustándose a un determinado perfil (por negociar) que necesariamente contemple un tiempo mínimo de experiencia en un puesto de Urgencia Hospitalaria y estar en posesión de un nombramiento en la categoría profesional de Médico de Urgencia Hospitalaria en el momento de la convocatoria**.
- La ausencia de procesos selectivos desde la transferencia de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas en la categoría profesional de Médico de Urgencia Hospitalaria impone que el proceso de **reducción de la tasa de temporalidad afecte a un porcentaje muy alto de las plazas estructurales del sistema**. En esta situación los procesos de estabilización que se recogen en esta propuesta implican, por un lado una mas que posible excesiva movilidad (con el riesgo real de fractura de los equipos de trabajo, altamente cohesionados tras 20 años de desempeño profesional) y una dificultad real en el proceso de baremación. A fin de evitar consecuencias indeseables para la calidad de la asistencia sanitaria en primer término pero también para facilitar la viabilidad del proceso de estabilización y evitar consecuencias negativas también para los profesionales, se propone que tanto el concurso de méritos como el proceso 2022 de tasa adicional de estabilización se realicen por gerencias/centros de gasto, tal y como se realizó el proceso de “interinización” de 2014 (Resolución de 30 de julio de 2014, de la Dirección General de Recursos Humanos).

- Proceso de estabilización 2022 al amparo de la ley 20/2021 que debe incluir todas las plazas que cumplan los requisitos para la tasa adicional de estabilización:
 - ✓ Plazas de naturaleza estructural
 - ✓ Dotadas presupuestariamente
 - ✓ Ocupadas de forma temporal e ininterrumpidamente al menos en los 3 años anteriores a 31/12/2020 (es decir anteriores a 31/12/2017) Este proceso recogerá también a aquellos profesionales que teniendo una antigüedad mayor a 1/1/2016 no hayan podido consolidar en el concurso de méritos mencionado previamente. Esta opción al tratarse de un proceso de libre concurrencia puede producirse. Por este motivo es imprescindible, para garantizar la estabilidad laboral, que este proceso 2022 de tasa de estabilización adicional, presente una fase de oposición no eliminatoria.
- Convocatoria posterior a los procesos de estabilización de la LEY 20/2021, de **concurso de traslados**, para permitir el derecho a la movilidad voluntaria previo a la convocatoria de nuevos procesos de oferta pública de empleo.
- Convocatoria del resto de plazas no incluidas en los procesos anteriores (concurso de méritos y proceso 2022 de tasa adicional de estabilización) dentro de los plazos improrrogables que marca la legislación actual.

4. Desarrollo formativo

- Colaboración en las **Plataformas de formación On line** con contenidos de producción propia.
- **Convenios de colaboración** con Empresas, Industria, Colegios Profesionales, otras Sociedades Científicas, Universidades o las propias Administraciones **para el desarrollo, producción y difusión de formación Presencial y On line.**
- **Convenios de colaboración para la difusión** de referentes bibliográficos relacionados con cualquier aspecto/tema relacionado con la práctica de la Medicina de Urgencias, Enfermería de Urgencias o TES.
- Promoción, apoyo e impulso a los **Programas de Formación** de SEMES: SEMES-RCP, SEMES-SIMULACIÓN, SEMES-ITLS, Y ECOSEMES.
- **Impulso a la formación de instructores** en todos los Programas y su extensión a todas las comunidades.
- Colaboración en la definición de los **criterios de homologación de las competencias** de todos los médicos que trabajan en los Servicios de Urgencias/Emergencias frente a la expectativa de aprobación de la especialidad.
- **Memoria anual** de la actividad formativa de la Sociedad en la agrupación de Madrid.

5. Estrategia de desarrollo científico

- Procedimentar un **Plan de Difusión** ex - ante, durante y ex - post de cada actividad que se desarrolle en este campo, a través de todos y cada uno de nuestros canales de difusión (*“ninguna actividad sin difundir”*).
- Análisis de la posibilidad de facilitar la **difusión en streaming** de cada actividad o de grabación y difusión posterior, con preferencia para nuestros asociados.
- Procedimentar un **Plan de acreditación** de todas y cada una de las actividades de la Sociedad (*“ninguna actividad sin acreditar”*).
- Potenciar los **blogs** asociados a los grupos de trabajo. Plantear **sesiones específicas** concretas con el experto.
- Potenciar los **Cursos presenciales u On line en metodología de la investigación**.
- Potenciar los **trabajos e investigación en red**, favoreciendo la recogida de registros de enfermedades prevalentes.
- Apoyo a las **iniciativas “No hacer”** en lo referente a la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias, promovidas desde el Ministerio de Sanidad.
- Constituir Grupos de trabajo para la elaboración de **Softwares de Diagnóstico y Tratamiento** relacionados con patologías de Urgencias y Emergencias.
- Promocionar el estudio de la **situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios y de los Servicios de Emergencias** en la Comunidad de Madrid.

6. Desarrollo de la propia sociedad científica

- Preparación y planificación del **Congreso Nacional** que se celebrará en Madrid en junio de 2023.
- Promoción de las actividades de todos los **grupos de interés** y de trabajo de SEMES y apertura de canales de participación y condiciones a todos los socios. Promover la **participación de los diferentes perfiles de colectivos** en todos los grupos de interés. Promover la **mejora de la visibilidad y autonomía** de los enfermeros de urgencias y emergencias y TES en los diferentes ámbitos laborales también **a través de grupos de trabajo propios**.
- Elaborar un **Plan Estratégico** orientado para potenciar la **participación e integración de todos los profesionales** de Urgencias y Emergencias en SEMES.
- **Promoción del conocimiento de todos los responsables autonómicos de los Programas** de la Sociedad del funcionamiento de la misma, con un **contacto al menos anual**, preferentemente en el **Congreso Nacional**.
- Promoción de la **autogestión y apoyo logístico en la comunicación a los socios de todas las secciones de la sociedad**.
- **Identificación e incorporación de liderazgos** en los distintos estamentos profesionales e incorporarlos a la actividad de la Sociedad.
- **Colaboración en la Informatización** de toda la actividad administrativa de la Sociedad.
- **Promoción de los acuerdos y convenios** de colaboración con grandes Corporaciones, Universidades, Empresas, Fundaciones, Colegios Profesionales...
- Potenciar el **Observatorio de los Procesos tiempo dependientes en la Comunidad de Madrid**, con la colaboración de todas las secciones de la Sociedad.
- Apoyo a las iniciativas en relación de **encuestas a los diferentes perfiles** de colectivos profesionales de los SUH y SEM en toda España, a través de plataformas.
- **Apoyo de la Sociedad a la actividad de todos los colectivos de la sociedad en Madrid, especialmente a Médicos de Emergencias, Enfermería y TES.**