

Recurso núm. 001/0000822/2014

Sección 101

Secretaría: Ilma. Sra. Fernández-Trigales Pérez

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 27 de mayo de 2015 me ha sido notificada Diligencia de Ordenación de la Sala, del anterior día 26 de mayo de 2015, por la que se me concede plazo de diez días para presentar escrito de conclusiones sucintas.

Que, dentro del término del emplazamiento, por medio del presente escrito cumplo con el trámite para el que he sido requerido y formulo las siguientes

CONCLUSIONES

CONSIDERACIÓN GENERAL: EFICACIA DE LA JUSTIFICACIÓN CONCRETA Y ESPECÍFICA ARTICULADA EN LA DEMANDA E INSUFICIENCIA DE LAS INVOCACIONES MERAMENTE PACIALES Y GENÉRICAS –VACÍAS DE CONTENIDO– DE LA CONTESTACIÓN SIGUIENDO EL CRITERIO ADOPTADO EN SEDE ADMINISTRATIVA.

La resolución del presente recurso pasa, necesariamente, por analizar las razones esgrimidas por esta parte como fundamento de su pretensión anulatoria, con fundamento directo, tanto en la extensa y prolija documentación obrante en el expediente administrativo, como en un conjunto de anexos documentales-informativos que contextualizan adecuadamente aspectos esenciales del proceso de debate previo a la aprobación de la norma reglamentaria.

Frente a ello, la representación del Estado sólo se ha opuesto de manera superficial y con razones contradictorias a una parte de los argumentos de la demanda, dejando aspectos esenciales sin considerar: guardando un silencio clamoroso sobre las

consecuencias de las carencias procedimentales que destacó el Consejo de Estado en los dos dictámenes emitidos –de manera muy particular respecto de la memoria económica–; sobre las consecuencias para los derechos de los pacientes y los profesionales –y, en definitiva, en apoyo de la creación de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias– los Defensores del Pueblo han puesto de manifiesto en su Informe de enero de 2015. Se ignora, como si no existiera o no fuera relevante y decisivo, el contenido de las diferentes proposiciones parlamentarias apoyadas unánimemente por los diferentes grupos –incluido el que sustenta al actual Gobierno– instando la creación de la especialidad primaria MUE y se omite cualquier referencia a las circunstancias que acreditan la falta de razonabilidad y el carácter contradictorio de la propuesta finalmente aprobada como norma, respecto de los actos previos y las propias justificaciones de soluciones diferentes.

La representación de la Administración demandada tan sólo ha realizado vagas menciones al expediente –elemento determinante de la justificación de la norma–, permaneciendo en todo momento en el mismo plano genérico y superficial en el que se manifiesta la Administración desde noviembre de 2011, con invocaciones inconcretas y vacías al *consenso*, a la *especialización*, al *desarrollo científico*, a la *prestación sanitaria de calidad*... Se trata, en todos los casos, de conceptos necesitados de un contenido concreto y determinado.

Las pocas menciones específicas que se contienen en la contestación de la demanda incurren en **simplificaciones intencionadas** y **flagrantes errores**: así ocurre respecto de la *existencia de consenso profesional* en la creación del ACE de Urgencias y Emergencias; sobre la *progresiva y creciente implantación de la especialidad* primaria en los países de la UE –actualmente existente en 19 de los 28 países–.

Mi representada desde su constitución como Sociedad Científica en 1987 ha favorecido la configuración de la especialidad al considerarla 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** en la futura configuración troncal de la formación médica especializada en España, descartándose claramente su configuración como *superespecialidad* o ACE.

El fondo de este contencioso debe decidir procede configurar los **Servicios de Urgencias Hospitalarios** y de sus **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 (señaladamente, en la UE). O, por el contrario, si es razonable, está justificado y puede admitirse jurídicamente a la vista de las exigencias normativas de aplicación (nacionales y europeas) dejar la prestación médica urgente y emergente sujeta a interpretaciones de todo tipo como consecuencia de su *conformación personal y profesional heterogénea y dispar* (que la realidad ha revelado como fuente de frecuentes inequidades de la atención que se dispensa en este importante escenario de la atención médica en nuestro País tal y como se describe en diversos apartados de nuestra demanda).

Tal vez, el presente escrito de conclusiones sirva de *revulsivo* para que la Administración *profundice o concrete suficientemente sus argumentos* o, incluso, que advierta que ha dejado de abordar *razones importantes que abogan por la declaración de nulidad del RD impugnado*. Sin embargo, incluso si así ocurriera, seguiría resultando indiscutible que la postura mantenida por la Administración –tanto antes, como durante este proceso– verdaderamente no está justificada en ninguna de las razones que se han invocado: consenso profesional, contexto internacional y europeo, propuestas parlamentarias conjuntas y propias, demanda social, calidad de la prestación sanitaria a los pacientes con necesidades urgentes y emergentes. Del mismo modo seguirán siendo patentes las vulneraciones de los derechos de profesionales y pacientes denunciados por los Defensores del Pueblo y las insuficiencias y carencias procedimentales puestas de manifiesto por el Consejo de Estado.

Por todo ello, sin perjuicio de una remisión íntegra al contenido argumental y documental de la demanda, queremos extraer aquí las principales conclusiones que pueden extraerse del debate procesal y que abogan por la declaración de nulidad del RD 639/2014, de 25 de julio o, subsidiariamente, de la configuración reglamentaria de la Medicina de Urgencias y Emergencias como ACE y no como especialidad primaria del tronco médico.

PRIMERA.- SOBRE LA DESNATURALIZACIÓN DE LAS AREA DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA: VULNERACIÓN DEL ARTÍCULO 16 RD 639/2014, ASÍ COMO EL ARTÍCULO

103.1 CE, EL ARTÍCULO 39.BIS.1 LRJPAC Y EL ARTÍCULO 23 LOPS Y LOS ARTÍCULOS 12, 13 Y 14 RD 639/2014 EN MATERIA DE REESPECIALIZACIÓN.

Tal y como está configurado legalmente, las ACEs implantan un modelo formativo que va de lo general a lo particular –a lo específico, según la propia denominación–. Efectivamente, se trata de una formación especializada –en realidad, *superespecializada*– pero eso no significa que sea el tipo de formación necesario en el ámbito profesional de la Medicina de Urgencias y Emergencias (MUE). Cualquier observador objetivo e imparcial llega a esta conclusión con la simple observación del modelo mayoritariamente implantado en nuestro entorno –19 países de la UE, EEUU, Australia, etc– y, sobre todo, constatando la existencia de una tendencia progresiva a la implantación de la especialidad primaria de MUE. En todo caso, la naturaleza de ***progresiva concreción formativa del ACE*** se quiebra cuando se aplica al ámbito de la medicina de urgencias de **forma sustitutiva de la especialidad primaria** pues, en lugar de concretarse y cerrarse *hacia su vértice*, la formación se abre nuevamente a aspectos más generales impropios de un nivel de formación superespecializada¹.

A esta conclusión –destacada por la Comisión Técnica de Formación Especializada en Ciencias de la Salud y el Grupo de Trabajo sobre Medicina de Urgencias y Emergencias (cfr. Informe de 9 de marzo de 2006 obrante en el expediente y análisis en págs. 36, 81-82 de la demanda: *no se compagina con la configuración de las ACE como superespecializaciones (característica que no reúne la atención de urgencias)*– hace una somera referencia el representante de la Administración indicando que *no será necesario que todos los urgenciólogos sean superespecialistas, bastando con que sólo algunos de ellos desarrollen la formación del ACE*.

El razonamiento, dicho sea con todos los respetos y en estrictos términos de defensa, no puede ser más simplista y se traduce en la conclusión absurda y contradictoria de que **en el ámbito de la medicina de urgencias se reforma el sistema formativo para que todo siga igual, sin formación especializada de base**, manteniendo unos Servicios esenciales en el SNS integrados por profesionales con una formación heterogénea y dispar, todo ello justificado formalmente en el logro de *prestaciones sanitarias de calidad*, en la *apuesta decidida por la especialización...*

Se trata, como se ve, de un planteamiento contradictorio y completamente rechazable.

¹ Dentro de la Medicina de Urgencias y Emergencias –correctamente configurada como especialidad primaria del tronco médico– hay ámbitos en los que claramente podría resultar operativa y eficaz de manera lógica y natural la figura del Área de Capacitación Específica.

SEGUNDA.- FALTA DE JUSTIFICACIÓN OBJETIVA, RAZONABLE Y SUFICIENTE DEL RECHAZO DE LA ESPECIALIDAD PRIMARIA DE MUE Y LA OPCIÓN POR EL ACE: VULNERACIÓN DE LOS ARTÍCULOS 97, 103.1 Y 106.1 DE LA CONSTITUCIÓN.

Afirmábamos en la demanda –sin que al representante del Estado le haya parecido que merezca alguna consideración por su parte– que siendo *teóricamente ilimitadas las posibles decisiones normativas de gobierno*, no todas ellas resultan igualmente lícitas o admisibles en un Estado de Derecho en el que el ejercicio del poder se encauza mediante procedimientos y actuaciones institucionales, orientados a garantizar la obtención de la mejor solución (objetividad y acierto). Que el Gobierno pueda en muchos casos *imponer una decisión política*, que dicha decisión se presuma legal y sea ejecutiva, no significa que jurídicamente dicha decisión no pueda o debe revocarse, si se acreditan sus deficiencias, su falta de justificación, la carencia de elementos previos y esenciales, etc.

Esta situación es, precisamente, la que aquí acontece en el particular relativo a la configuración reglamentaria de la medicina de urgencias y emergencias (MUE) como Área de Capacitación Específica (ACE) y no como especialidad primaria del tronco médico. ¿Quiere esto decir que, en las condiciones existentes, el Gobierno sólo podía configurar MUE como especialidad primaria? La respuesta –rotunda– sólo puede ser afirmativa, máxime si se consideran las circunstancias de índole social, profesional, institucional e internacional concurrentes en este caso².

En la demanda señalamos y documentamos todas las iniciativas políticas tendentes a la creación de la especialidad de MUE **desde el año 2004 y hasta diciembre de 2012** (cfr. Páginas 52 a 59): en este período la propuesta de creación de la especialidad era **asumidas por todos los grupos parlamentarias** y estaba fundamentada –como hemos dicho– en razones sociales, profesionales, sanitarias, etc. El Abogado del Estado omite cualquier referencia a este planteamiento pues resulta imposible negar lo que consta fehacientemente acreditado: que los **mismos responsables** que desde la Administración han impulsado la **solución ACE** en 2012, defendieron con rotundidad y vehemencia **la solución de la especialidad primaria**,

² Por esta razón el planteamiento de base del representante de la Administración es erróneo o falso: no estamos ante una cuestión de mera oportunidad, no susceptible de control jurídico y jurisdiccional. La decisión reglamentaria del Gobierno podrá estar, todo lo más –recuérdense las exigencias que derivan del *principio de reconocimiento automático* de especialidades existentes en más de 2/5 de Estados miembros de la UE– dotada de **cierto margen de discrecionalidad**, pero eso no la convierte en una decisión de pura oportunidad, no limitada en su alcance y contenido, necesitada de una justificación concreta y específica, racional y razonable, no contradictoria... La configuración de la medicina de urgencias y emergencias como ACE o especialidad primaria es una decisión plenamente revisable con criterios jurídicos, de forma y de fondo; motivo por el cual la Sala goza de plena jurisdicción para pronunciarse sobre las cuestiones que en este proceso se le someten, sin caer en *trampas* más o menos sibilinas que puedan deslizarse de contrario.

generando en torno a ella un consenso político, profesional y social inmensamente mayor que el existente actualmente. Sin embargo, desde el punto de vista jurídico, la cuestión esencial no es sólo la constatación del mayor consenso de la solución abandonada, sino también la **inexistencia de razones de la misma o superior entidad** a las que se adujeron para defender la solución consensuada precedente. O lo que es igual: la inexistencia de razones concretas justificadoras del **cambio de paradigma por parte del Gobierno**, vacío argumental que se traslada a la insuficiencia de la MAIN y la ausencia de memoria económica.

El expediente da cuenta detalla de esta situación. El **punto álgido** lo encontramos el folio 268 (complemento 1) donde figura el Proyecto de RD de 23 de noviembre de 2011, es decir, justo antes del cambio de criterio inesperado e injustificado operado por la Administración. Hasta ese momento se contempló una realidad objetivamente, extrayendo de ella consideraciones jurídicas y operativas claras y precisas. Después de este proyecto, se omite la consideración de las mismas circunstancias y se realizan invocaciones genéricas e indeterminadas, sin soporte ni sustento real y concreto. Por estas razones, resulta trascendental analizar el contenido de la Exposición de Motivos del Proyecto y la MAIN.

Dice así la EM: *"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**"; [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".*

A su vez, la MAIN de este Proyecto de 23 de noviembre de 2011 (folio 296 C1) destaca que:

"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 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 Pueblo 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 proyecto, 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 especialista ya sea medicina interna, en medicina intensiva con medicina familiar y comunitaria.**

(...) 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**".*

He aquí el relato de las razones que sustentaban la creación de la especialidad y el análisis que de las mismas, con los apoyos recibidos, le dio la Administración. Detrás de cada una de las menciones concretas existe un contenido documental amplio que figura en el expediente y/o que ha sido acreditado por esta parte con los cuatro Anexos documentales aportados con la demanda y no desvirtuados eficazmente de contrario. A la vista de la claridad de todas estas menciones y documentos, resulta sorprendente afirmar –nada se demuestra– que la solución radicalmente diferente (ACE en vez de especialidad primaria para la medicina de urgencias) es una *solución de consenso profesional*. Analicémoslo:

- a) En primer lugar, se resta entidad a la postura mantenida por mi representada, la sociedad científica que agrupa a los profesionales de la medicina de urgencias y emergencias. Podemos cuestionarnos si la *ACE en urgencias* puede calificarse de *solución de consenso* cuando ha sido impuesta en contra del criterio científico y profesional de SEMES, entidad que específicamente tutela, representa y apoya la especialización profesional en este ámbito de la profesión médica.
- b) En segundo lugar, cuando en la contestación a la demanda se sale del ámbito general ya no se habla de “*consenso*”, sino de “*carácter equilibrado de la posición mantenida por el RD impugnado*” (cfr. Página 10). Dicho “*equilibrio*” se hace derivar de la postura del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (la Organización Médica Colegial, OMC) en las que –según se dice– la propuesta de creación de la especialidad recibió 6 votos menos: “*en la votación final –dice el Abogado del Estado– de los 54 votos emitidos sólo 24 se manifestaron a favor de crear la especialidad*”. La afirmación y conclusión resultan radicalmente falsas, pues consta acreditado en el propio expediente que la OMC siempre se ha defendido la necesidad de la especialidad primaria de Medicina de Urgencias y Emergencia. Así, en el **folio 398** del expediente consta la realidad que la Administración trata de negar:

“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**. En dicha reunión y tras las deliberaciones oportunas, se **aprobó apoyar la creación de la Especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias con un resultado de 54 votos emitidos, 24 votos a favor, 19 votos en contra y 11 votos en blanco**”.*

Como se demuestra, no sólo es **falsa** la afirmación del Abogado del Estado³ sino que muy al contrario la creación de la especialidad se aprobó en el seno de la OMC como **solución de mayor consenso profesional e institucional y científico**. A mayor abundamiento, en el documento aportado al amparo del artículo 56.4 LJ –artículo publicado con ocasión de las Jornadas de la *European Union of Medical Specialists* celebradas en Madrid en la revista MEDICOS Y PACIENTES, editada por la OMC– se recogen las afirmaciones del Vicesecretario de la OMC reafirmando esta conclusión:

*“En relación al tema central de la Jornada, la **reivindicación histórica** por parte del **colectivo de urgenciólogos de crear la especialidad de urgencias y emergencias** matizó que el debate y la situación previa a la aprobación del decreto de troncalidad tuvo un reflejo lógico en el seno de la profesión y recordó que **esta solicitud se llevó a la Asamblea General del Consejo General de Colegios de Médicos que, a través de una votación, respaldó la creación de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias en España**”.*

- c) Por el contrario, la Administración y su representante procesal tratan de hacer una *justificación negativa o inversa*, manifiestamente incompatible con un postulado de calidad, progreso y bienestar social: así, se afirma que el ACE en urgencia *no degrada ni disminuye la calidad de la prestación sanitaria*; las observaciones del Consejo de Estado *no son esenciales* (pág.11), las exigencias de desarrollo e implantación del ACE *no tiene por qué implicar incremento significativo del gasto, salvo que así lo decidan* [las

³ En el mismo ámbito profesional que desde la Administración se distorsiona, minimiza y silencia, podemos referirnos también a la postura de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos que consta en el folio 379 del expediente: *“la Administración no ha reconocido como una nueva especialidad a Urgencias y Emergencias, tal como CESM ha manifestado en varias ocasiones, habiendo optado por reconocerla como Área de Capacitación Específica (...) Entendemos que Urgencias y Emergencias debería ser una especialidad nueva en igualdad de condiciones que aquellas otras creadas por este texto normativo, ya que la formación de profesionales en esta especialidad es imprescindible, y es además un elemento clave en todos los sistemas sanitarios modernos”.*

CCAA] según sus disponibilidades presupuestarias y criterios de gestión (pág. 16)...

TERCERA.- EL RD 639/2014, DE 25 DE JULIO, CARECE DE MEMORIA ECONÓMICA SUFICIENTE.

La insuficiencia del análisis económico del impacto del RS 639/2014 resulta completamente insuficiente para cumplir la finalidad por la que viene exigida y en esa medida, esta circunstancia habrá de traducirse –antes o después– en distorsiones gravísimas en la aplicación de la norma y dificultades diversas –sino la imposibilidad– de su materialización real y efectiva, con enorme incidencia las esferas organizativa y de personal del SNS.

No sólo somos nosotros –además de otras muchas entidades y diferentes Comunidades Autónomas consultadas– quienes de manera subjetiva o interesada hacemos estas afirmaciones, sino el **Consejo de Estado en los dos dictámenes** emitidos con ocasión del proyecto final del RD. En efecto, si primero declaró como **observaciones esenciales** que "*este Consejo de Estado quiere ante todo llamar la atención sobre el hecho de que la proyectada reforma (...) generará un esperado y considerable impacto económico, organizativo y asistencial, NO EVALUADO NI TRASLADADO A LA MEMORIA ECONÓMICA Y PRESUPUESTARIA*" (cfr. Dictamen de 23 de enero de 2014 que consta en el expediente), añadió en el segundo Dictamen que "*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*" (cfr. Dictamen de 17 de julio de 2014 obrante en el expediente). Frente a esto, el defensor de la Administración –ésta no ha dicho nada sobre el particular– manifiesta⁴ que "*no se trata, por tanto, de avanzar cifras rígidas e incluso disparatadas para cubrir sólo una formalidad, que salve las apariencias*". No nos parece –y a la vista está la doctrina de ese TS– que la exigencia de una memoria económica seria y solvente, realizada con la alcance pormenorizado que exige la normativa de aplicación y requiere la situación económica general, pueda o deba calificarse de *mera formalidad aparente*. Sin embargo así ha sido tratada por los responsables de la Administración, ha pesar de las observaciones señaladas de manera expresa por el Consejo de Estado.

No es éste momento para discutir con el representante de la Administración el alcance concreto de los gastos y costes no evaluados por el Ministerio, a pesar de

⁴ Cfr. Página 19 de la contestación a la demanda.

resultar un trámite esencial y obligado. Por ello, sin perjuicio de remitirnos a las circunstancias señaladas en las **páginas 65 y 66 de la demanda**, lo que **importa destacar no es el hecho del CUÁNTO, sino la ausencia del QUÉ**: la Administración ha omitido una evaluación y análisis del impacto económico, por precipitación, por temor al rechazo por parte de las CCAA, por incompetencia... las razones que puedan darse – una, otras o todas ellas– son irrelevantes. Y con la omisión de un trámite esencial se incurre en vicio de nulidad ex artículo 62.1 LRPAC.

Lo importante, lo que destacó el Consejo de Estado y la DGOP del Ministerio quiso salvar sin llegar a hacerlo –*“no son suficientes las consideraciones ... de la DGOP”*– es que el RD 639/2014 **carece de memoria económica** y que dicha circunstancia –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) determina la **nulidad de pleno derecho** de la norma reglamentaria, como ha declarado la jurisprudencia de ese Alto Tribunal; por todas, cfr. STS de 18 de junio de 2012 (Ar. 8429) en la que se declara la doctrina consolidada sobre este particular y en la que, tras señalar aspectos que no tienen desperdicio, concluye: *“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”*.

Esta conclusión –**nulidad radical** del RD 639/2014 aquí impugnado– resulta obligada si se consideran las vulneraciones de la legalidad que implica. Concretamente, en la contestación de la demanda nada se dice acerca de las siguientes:

- 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).

CUARTA.- VULNERACIÓN DEL PRINCIPIO DE RECONOCIMIENTO AUTOMÁTICO DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS EN LA UE Y DISCRIMINACIÓN DE LOS PROFESIONALES MÉDICOS SANITARIOS. LAS PREVISIONES DEL REAL DECRETO 639/2014 EN LO RELATIVO A LA MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS NO RESPETA LAS EXIGENCIAS DE LA DIRECTIVA 2005/36/CE Y DEL RD 1837/2008.

En este aspecto, la contestación a la demanda se mueve en el estrecho margen y con los mismos criterios señalados por la Administración en el informe que obra al folio 862 del expediente (que lleva por título "*Análisis de las observaciones contenidas en el dictamen del Consejo de Estado de 24 de enero de 2014*") elaborado por la DGOP del Ministerio de Sanidad. En este sentido, toda la defensa de la legalidad se fundamenta en la *excepción sanitaria* y la posibilidad de adoptar medidas formativas complementarias por parte de los Estados miembros. No hay más análisis, salvo que se trae a colación la Sentencia TJUE de 6 de diciembre de 1994 –hace ¡21 años!, antes aún de aprobarse la actual Directiva 2005/36/CE, modificada en 2013–. Resulta curioso e ilustrativo el afán por encontrar apoyos en **situaciones muy distintas y distantes de la actual**, en la que en la UE se ha ido implantando la especialidad primaria de Medicina de Urgencias de manera progresiva y claramente mayoritaria. Resulta curioso que, al igual que hace la DGOP, la mención a los países con la especialidad es incompleta y errónea.

El planteamiento de la Administración invierte los términos en los que debe plantearse la cuestión de la libre circulación de profesionales sanitarios y, para salvar la

solución adoptada por el Real Decreto 639/2014, convierte la regla en excepción y olvida que el objetivo comunitario es la plenitud de libertad de circulación, establecimiento y prestación de servicios que se logra con el reconocimiento automático de formaciones homogéneas. El hecho de que excepcionalmente puedan existir situaciones preexistentes –de partida– o debidamente justificadas en las que un Estado miembro no regule profesionalmente la formación sanitaria especializada en *una cosa*, y *otra muy distinta* considerar que el Estado miembro es absolutamente libre para decidir en esta materia al margen de los criterios de armonización de legislaciones, poniendo en riesgo las libertades comunitarias en un ámbito tan sensible como el de las prestaciones sanitarias.

La Administración española ha olvidado 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). Regular hoy en esta materia exige tener presente la progresiva implantación y desarrollo en el contexto europeo, mayoritario en cuanto al reconocimiento de la especialidad de urgencias y emergencias.

Hacerlo de otro modo, es decir, regular de espaldas a lo que de manera mayoritaria se ha establecido en los países de la UE es poner trabas innecesarias –cuando no definitivas– a las libertades de circulación, establecimiento y prestación de servicios. Y esto es lo que ocurrirá en el ámbito de la medicina de urgencias como consecuencia de que en 19 países⁵ existe ya una especialidad primaria –a punto está Francia de establecerla⁶– y en España se establece un ACE o superespecialidad.

- a) En España para poder ejercer en este ámbito médico especializado se exige una formación **innecesaria y artificialmente larga**, pues a los años de la especialidad primaria se añaden dos de experiencia profesional, la superación de una segunda prueba nacional y el ACE propiamente dicho (en definitiva –*cfr.* Anexo 1.d) de la demanda– **4 años más**).

⁵ No en 11 países como se dice erróneamente en la página 7 de la contestación (*cfr.* El listado completo en las páginas 6 y 7 de la demanda).

⁶ Se olvida de estas circunstancias la contestación de la demanda, cuando señala a Francia como ejemplo de país de la UE que cuenta con ACE en urgencias.

- b) En 19 países de la UE, el título de especialista en medicina de urgencias –y por lo tanto, la habilitación profesional– se obtiene con la especialidad primaria. Es decir, la misma capacitación y solvencia profesional se obtiene antes fuera que en España.

Las cuestiones que plantea esta ***divergencia innecesaria de regulaciones*** son claras y de muy difícil resolución. La equiparación de las situaciones profesionales no se da entre el urgenciólogo europeo con especialidad primaria y el *superespecialista* español con ACE en urgencias y emergencias. Y menos aún se da, sin el ACE en *urgencias*: el internista, el intensivista, el anestesiólogo español... –especialidades primarias del tronco médico según el RD 639/2014 que permiten el acceso al ACE en urgencias– no podrán desarrollarse profesionalmente fuera de España en otros ámbitos ajenos a sus especialidades de origen. O lo que es igual: en cualquiera de los 19 estados miembros de la UE que han incorporado la especialidad primaria en MUE, los internistas, los intensivistas, los anestesiólogos españoles están en la misma situación profesional que los cardiólogos, los neumólogos, los geriatras, los nefrólogos, etc, es decir, con una especialidad distinta de la que en la mayor parte de países de la UE se exige para el ejercicio profesional en urgencias y emergencias.

Como declara la reciente de **STS de 21 de abril de 2015**⁷ resolviendo un caso similar de falta de adecuación entre titulaciones médicas especializadas,

*“Si el Real Decreto 1837/2008 y antes aún la directiva 2005/36/CE hubieran tenido la intención de que el reconocimiento de títulos dentro de la Unión Europea pudiera acordarse dejando de lado las equivalencias establecidas, así lo habrían ordenado. Pero no lo han hecho. En estas condiciones, la interpretación correctora de la norma aplicable que busca la recurrente [en este caso la Administración] resultaría sencillamente contra legem; por no señalar que abriría una espita a la mera **apreciación subjetiva** y, desde luego, a una **aplicación no uniforme de criterios normativos** que lejos de ser propiamente españoles vienen **ordenados por la Unión Europea**”.*

Por su parte, los urgenciólogos europeos que quieran ejercer su profesión en España podrán optar a los puestos públicos o privados en condiciones sustancialmente mejores que los profesionales españoles, pudiendo iniciar su carrera profesional antes y desarrollarla más ampliamente y en mejores condiciones que los profesionales españoles⁸.

⁷ Id CENDOJ 28079130042015100124, ponente Díez-Picazo Giménez, recurso de casación 2076/2013.

⁸ Decíamos en la demanda –cfr. Página 75– que nos alegrábamos de que desde la DGOP del Ministerio se reconociera a los *urgenciólogos frustrados que no culminen su formación vocacional el premio de consolación* que supone poder desarrollarse profesionalmente en los ámbitos de las especialidades de

Las alegaciones realizadas por el representante de la Administración no desvirtúan la conclusión a la que el análisis de estas cuestiones conduce: la configuración de urgencias y emergencias como ACE (artículo 16 y ss y Anexo II RD 639/2014) y no como especialidad primaria del tronco médico (Anexo I y régimen derivado del artículo 3 y concordantes del RD impugnado) contraviene y vulnera la libertad de circulación, establecimiento y prestación de servicios que consagra la normativa europea, y el principio de reconocimiento automático de especialidades contempladas en el Anexo V (5.1.3) de la Directiva 2005/36/CE: igualmente vulnera las normas que 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.

QUINTA.- VULNERACIÓN DEL ARTÍCULO 43 CE: LA CONFIGURACIÓN DE LA ESPECIALIDAD PRIMARIA EN MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS ES LA SOLUCIÓN QUE OFRECE MAYORES Y MEJORES GARANTÍAS PARA DE PLENITUD DE EFICACIA DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, PARTICULARMENTE DE LOS PACIENTES MÁS FRÁGILES.

Mi representada tiene estatutariamente atribuida la finalidad de velar y promover la calidad de la asistencia sanitaria urgente y emergente, a través de la formación y la especialización, siendo los pacientes los beneficiarios últimos de este objetivo institucional.

Desde esta perspectiva, la contemplación de los diversos factores concurrentes pone de manifiesto que, más allá de consideraciones genéricas –invocaciones instrumentales puramente retóricas– entre las diversas posibilidades, la especialidad primaria en MUE es la solución que garantiza de manera más completa y satisfactoria la protección de la salud consagrada constitucionalmente como un derecho de los ciudadanos y una obligación de los poderes públicos. Los diferentes estudios realizados –en la demanda se referencian y se da cuenta somera de algunos de ellos– demuestran que los SUH son la puerta de acceso al SNS de la mayor parte de la población, que estamos ante el único servicio sanitario que funciona de manera continuada las 24 horas, todos los días del año. Es esta una razón añadida a favor de la especialidad en este ámbito sanitario, en el que prestan servicios el segundo grupo profesional más numeroso y en el que son atendidos pacientes en situación de

origen que el RD 639/2014 les “obliga” a cursar (medicina interna, intensiva, anestesiología y reanimación).

gravedad extrema y de fragilidad máxima. La prestación sanitaria de calidad *exige* la existencia de especialistas adecuadamente formados y cualificados en las necesidades específicas que concurren en estos servicios y pacientes; que sean atendidos no por profesionales con una formación dispar, esporádica u ocasional –**situación actual previa al RD impugnado**– ni por profesionales con una formación heterogénea y superespecializada que poco aporta a las necesidades reales de los servicios y los pacientes –**situación futura derivada del RD impugnado**–. Se trata de *dar a los pacientes aquello que necesitan*, formando a los profesionales en *de manera eficiente y eficaz: ni dar a los pacientes menos de lo exigible, ni exigir a los profesionales más de lo necesario*. Esa solución equilibrada, armónica, accesible y eficiente sólo la ofrece la configuración de la MUE como especialidad primaria del tronco médico, no el ACE que postula una *generalización innecesaria y costosísima de la superespecialización*.

Que estamos en un ámbito profesional en el que existe una afección directa, inmediata e intensísima de los derechos fundamentales y constitucionales de los pacientes, no ofrece duda alguna, aunque el defensor de la Administración guarde en este punto otro clamoroso silencio. Por este motivo, en el Informe "*Las Urgencias hospitalarias en el SNS: derechos y garantías de los pacientes*", de enero de 2015⁹ elaborados por los Defensores del pueblo, (i) se lamentan de la no configuración de MUE como especialidad primaria, (ii) manifiestan sorpresa por el cambio unilateral del Gobierno respecto del criterio con mayor consenso profesional, social y político y (iii) destacan la múltiples dimensiones –sanitaria, profesional, social...– implicadas en este ámbito sanitario (que lo singulariza frente a otros).

La conclusión principal del Informe no puede ser más clara y rotunda:

*"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".*

SEXTA.- NULIDAD DEL RD 639/2014, DE 25 DE JULIO, POR INFRACCIÓN DEL ARTÍCULO 35.1 CE Y LOS DERECHOS CONSAGRADOS POR EL ARTÍCULO 23.2 CE EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD PÚBLICA.

Centrados en el ámbito estricto de la carrera y promoción profesional, la configuración de MUE como ACE y no como una especialidad primaria del tronco

⁹ Cfr. Página 76 de la demanda, con las referencias y enlaces directos a la versión electrónica oficial – íntegra y resumida– publicada.

médico, tiene indudables repercusiones que afectan a la legalidad misma de las previsiones reglamentarias. Y es que:

- a) Desincentiva profesionalmente la elección de la especialización vocacional, fomentando la opción por itinerarios formativos más accesibles y rápidos. Esta circunstancia podría conducir a situaciones de colapso o falta de relevo profesional y generacional en una de las *puertas de acceso* al sistema sanitario.
- b) Retrasa de manera innecesaria e injustificada –entre 6 y 8 años– el ejercicio profesional, llevando su inicio a una edad poco razonable, inexistente en otros ámbitos.
- c) Acorta de manera significativa la vida profesional del urgenciólogo, reduciendo y privándole de cotas de plenitud profesional.
- d) Vulnera el derecho al trabajo en su faceta de desarrollo y progreso profesional, vinculados a los derechos reconocidos en los artículos 35 y 23 CE; se trata de una vulneración que en su reverso implica la discriminación entre nacionales europeos formados en otros países de la UE que sí cuentan con la especialidad primaria en urgencias.

SÉPTIMA.- A MODO DE CONCLUSIÓN FINAL.

SEMES es la sociedad científica que agrupa, promueve y defiende los derechos e intereses vinculados al ámbito profesional de la MUE, tanto de los profesionales de los servicios de urgencias y emergencias, como de miles de pacientes que diariamente acuden a los SUH necesitados de una atención profesional rápida y eficaz. En esta tarea, la **configuración de una especialidad primaria resulta esencial** como único medio eficaz y eficiente de configurar unos **servicios homogéneos**, que permitan un **desarrollo profesional armónico en lo personal y asumible institucionalmente**, evitando situaciones de **discriminación o perjuicio** profesional, dentro o fuera de nuestra fronteras.

La creación de la especialidad primaria del tronco médico era la solución que mayor consenso ha propiciado, tanto en el estricto ámbito profesional, como en los ámbitos social, político o institucional¹⁰. Los Defensores del Pueblo en su Informe de

¹⁰ Siquiera a efectos ilustrativos, debemos indicar que en el día en el que se presenta este escrito de conclusiones se inaugura, bajo la Presidencia del Comité de Honor por S.M. la Reina Sofía, el **27 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (Zaragoza, 10-12 de junio de 2015)**, cuyo **Programa Científico** resulta aconsejable cotejar ya que permite verificar desde

enero de 2015 replantean la solución del RD 639/2014, dadas las evidentes implicaciones personales y jurídicas y la OMC ha vuelto a señalar su compromiso por alcanzar esa solución. El *giro inesperado y sorprendente* que los responsables del Ministerio de Sanidad dieron a partir del Proyecto de noviembre de 2011 carece de la más mínima justificación: es indiscutible que se han manejado las mismas categorías que hasta entonces, pero vaciándolas de contenido, de manera que la norma aprobada no cumple los mínimos de una justificación seria y rigurosa. Esta carencia de elementos esenciales tiene singular trascendencia en lo que a la ausencia de memoria económica se refiere, y así ha sido destacado por el Consejo de Estado. Aplicando la doctrina de esa Sala del TS, lo procedente sería declarar la nulidad del RD 639/2014 por este motivo.

No estamos, por lo tanto, ante una mera y simple discrepancia subjetiva e inmotivada sobre una decisión normativa de la Administración, en la medida en que no satisface los intereses particulares de un colectivo profesional¹¹. Lo que aquí se articula es la impugnación de una decisión administrativa en la medida en que no se han respetado los límites del ejercicio de la potestad reglamentaria: procedimiento, justificación, objetividad, respeto del ordenamiento vigente, generación de situaciones de inferioridad y discriminación, desproporción, falta de adecuación de medios a fines, privación de derechos profesionales, adulteración de la propia figura del ACE, etc.

Por lo expuesto, a la Sala respetuosamente

SUPLICO que tenga por presentado este escrito en tiempo y forma y por evacuado el trámite de conclusiones sucintas para el que he sido emplazado y, en su virtud, se sirva dictar Sentencia de conformidad con el suplico de la demanda.

Es justicia que pido en Madrid, a 9 de junio de 2015



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

una dimensión profesional, institucional y social el alcance de las pretensión ejercitada en este recurso. El link al Programa es el siguiente: <http://www.semes2015.org/index2.php?idpagina=55&idioma=cas>

¹¹ Cfr. nota 2 *ut supra*.