

Madrid, a 1 de diciembre de 2019

Estimados señores,

En respuesta a las publicaciones que en los últimos meses han venido circulando por distintos medios de comunicación, redes sociales y foros científicos en relación con la denominación de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y la capacitación profesional de facultativos pertenecientes a otras especialidades médicas distintas a la que esta Sociedad representa, se hace necesario matizar lo siguiente:

- I. La denominación de las Unidades asistenciales de los Centros sanitarios, tanto públicos como privados, viene expresamente regulada por una norma de ámbito estatal como es el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, al referir concretamente en su artículo 1.b) lo siguiente: *“1. Este real decreto tiene por objeto: b) Establecer una clasificación, denominación y definición común para todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios, públicos y privados, imprescindible para la creación de un Registro general”*.

Por tanto, cualquier denominación de una Unidad asistencial contraria o distinta a los términos recogidos en el citado Real Decreto debería resultar irregular, toda vez que el art. 1. 2 de dicha norma también recoge que: *“Las disposiciones de este real decreto se aplicarán a todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios, públicos y privados, de cualquier clase y naturaleza”*.

A pesar de ello, esta Sociedad es testigo de que profesionales de otras especialidades médicas están haciendo uso del término UCI de forma inadecuada, con el único afán, entendemos, de generar confusión en el seno de la actividad asistencial o, en su caso, de irrogarse unas responsabilidades que desde el punto de vista de esta Sociedad, no le son atribuibles.

En su virtud, desde la SEMICYUC se insiste en que:

- i. El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, citado anteriormente, define en su Anexo II, por un lado, a la Unidad asistencial de Anestesia y Reanimación, la cual se halla bajo la responsabilidad de un especialista en anestesiología y reanimación (U. 35); y, a su vez, por otro lado, a la Unidad asistencial de Medicina Intensiva (UMI, UVI o UCI), la cual estará bajo la responsabilidad de un especialista en medicina intensiva (U.37);
- ii. El Programa formativo de la especialidad de Medicina Intensiva establece expresamente: *“Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), de Medicina Intensiva (UMI) o de Vigilancia Intensiva (UVI)), son los lugares fundamentales en donde se realiza la laboral asistencial de la especialidad”*;
- iii. El Programa formativo de la especialidad de Anestesiología y Reanimación en ningún momento afirma que la unidad asistencial en la que sus especialistas desarrollan su labor asistencial sea la UCI, sino que desempeñan su labor en la “Unidad de recuperación postanestésica y/o de reanimación”;
- iv. El Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada, citado como norma rectora por alguna de las publicaciones que motiva el presente comunicado, tiene por objeto, realmente, *“regular el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada”* (artículo 1), lo cual, dista mucho de poder ser considerada como una norma rectora de nuestra profesión, a los efectos poder establecer en base a la misma la denominación de las unidades asistenciales

de los Centros sanitarios, públicos o privados; más aún, encontrándose vigente el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, aprobado a tal efecto (“ad hoc”), y que hacíamos referencia al mismo al comienzo del presente escrito.

Aún a pesar de ello, el antedicho Real Decreto 69/2015, al que de forma errónea se acude por alguna de las publicaciones que motiva el presente comunicado, en el apartado 21 de su Anexo I recoge que, las Unidades de reanimación posquirúrgica que dispongan de camas y permitan el ingreso administrativo de pacientes podrán considerarse UCIs, si bien, esta clasificación (como UCI) se fija o establece a los solos y únicos efectos de agrupar la terminología (variables), con el **objeto de facilitar el registro de los datos de la actividad de atención sanitaria especializada**, y no, como se recoge en alguna de estas publicaciones a las que se hacía mención al comienzo del presente escrito, con la finalidad de pretender equiparar la Unidad de Reanimación postquirúrgica a la Unidad asistencial de UCI. En primer lugar, porque resultaría contrario a lo estipulado por el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, de centros, servicios y establecimientos sanitarios citado anteriormente, y en segundo lugar, porque determinaría que cualquier profesional que trabaje en alguna de las Unidades asistenciales citadas en ese apartado 21 del Anexo I del Real Decreto 69/2015, podría referir que su labor profesional la realiza en la UCI del Centro sanitario en cuestión, lo cual, como resulta patente, no es cierto.

- v. El documento “*Unidades de Cuidados Intensivos, estándares y recomendaciones*”, publicado por el Ministerio de Sanidad y Política Social en el año 2010, en el que intervinieron algunos miembros de esta Sociedad y de Sociedades rectoras de otras especialidades médicas afines al tratamiento del paciente crítico, hace mención a esta unidad asistencial, exclusivamente, bajo el término de UCI; dicho documento en modo alguno asemeja la unidad asistencial de reanimación posquirúrgica a la UCI, o la nombra, define o apoda bajo distintos términos/calificativos como “UCI de Anestesia”.

- II. Las competencias profesionales de cada especialidad vienen recogidas en sus respectivos Programas formativos, si bien ciertas labores asistenciales puedan ser prestadas de forma simultánea por varias especialidades sobre la base de que sus Programas formativos les han permitido adquirir tales competencias. Ello permite que, hoy en día, exista una interrelación constante entre profesionales sanitarios de distintas especialidades, facilitando un trabajo interdisciplinar y en equipo (art.9 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias).

No obstante lo anterior, esta realidad no puede ser entendida como un argumento para que algunas especialidades se irroguen responsabilidades profesionales que no han adquirido conforme a sus respectivos Programas formativos, ello, con el único afán de responsabilizarse de un determinado tipo o perfil de paciente. Ello es debido a que, tal escenario, supondría un ataque al criterio de competencia objetiva que rige la actividad profesional de las especialidades médicas e igualmente, en último término, llegar a verse afectada la asistencia sanitaria que se le presta a determinado perfil de paciente.

El consejo de la FEPIMCTI, Federación que integra a 25 países de América (incluyendo Canadá y EEUU) y la Península Ibérica (España y Portugal) en un manifiesto publicado en Noviembre del 2019 mantiene posición contraria a que cualquier especialista sin formación específica y acreditada en su país, según las normativas y legislación vigente, pueda considerarse intensivista. En todos los países existe un proceso que, aunque heterogéneo, asegura la formación específica de las competencias que debe tener un especialista en Medicina Intensiva requiriendo un periodo específico de formación para poder aplicarlas en la práctica clínica de forma eficiente y segura. Según los programas que regulan la formación en España solo la especialidad de Medicina Intensiva incluye todas las competencias que

aparecen en el “Training Requirements for the Core Curriculum of Multidisciplinary Intensive Care Medicine” de la UEMS.

De la misma manera, en una carta dirigida al Presidente de SEMICYUC en Noviembre del 2019, la European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) establece una competencias para ejercer de intensivista, en este caso basándose en el programa Competence-Based Training in Intensive Care in Europe (CoBaTriCE). Para adquirir estas competencias se requiere de un entrenamiento estructurado que incluya el curriculum del CoBaTriCE, de la forma que los realizan los centros acreditados para formar especialistas en Medicina intensiva.

Los pacientes críticos han venido siendo asistidos desde hace décadas por profesionales de Medicina Intensiva en las UCI, unidades asistenciales que, i) por definición del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre (Anexo II, U.35), y ii) por referencia del documento “*Unidades de Cuidados Intensivos, estándares y recomendaciones*” (publicado por el Ministerio de Sanidad y Política Social en el año 2010), en su apartado 7.3., página 85, se hallan a cargo de un médico especialista en medicina intensiva.

En opinión de la SEMICYUC, hacer ahora patente que los pacientes críticos deberían ser responsabilidad de una especialidad como Anestesiología y Reanimación, supone ir en contra del origen de nuestra especialidad médica en España que es, como puede cotejarse a lo largo de nuestro Programa formativo, asistir y responsabilizarse del paciente crítico¹.

Por todo ello, la SEMICYUC se muestra dispuesta a abrir un diálogo constructivo en relación con esta y otras problemáticas que puedan llegar a surgir, pero siempre con el foco puesto en la calidad y especialidad en la atención a los pacientes, verdaderos destinatarios de nuestro saber profesional y principales protagonistas a tener en cuenta a la hora de abordar cualquier debate en torno a las responsabilidades profesionales que ostentan las distintas especialidades médicas.

Sin otro particular,

Les saluda atentamente,

Dr. Ricard Ferrer Roca

Presidente SEMICYUC

¹ “Aunque existen algunos antecedentes históricos, el más notable de los cuales está representado por Florence Nighthindale en la Guerra de Crimea, la idea de concentrar a los enfermos críticos en un área común aparece hace algo más de 30 años, como consecuencia de los avances de la Medicina, que comienzan a hacer posible la recuperación de buen número de situaciones críticas, hasta entonces irreversibles (...) En los años siguientes, la evidencia de que los pacientes críticos procedentes de diversos orígenes tenían características fisiopatológicas y clínicas homogéneas, y la necesidad de asimilar nuevas estrategias terapéuticas y desarrollos tecnológicos, fueron justificando paulatinamente la configuración de la Medicina Intensiva como una nueva especialidad (...) Y atienden tanto a pacientes médicos como quirúrgicos, con el denominador común de su carácter crítico y potencialmente recuperable.”