

Distribución de neumólogos y cirujanos torácicos en España

J.G. Soto Campos, F.J. Álvarez Gutiérrez, F. Abad Cabaco, F. Carboneros de la Fuente, J. Durán Cantolla, J. Freixenet Gilart, J. Lamela López, F.L. Márquez Pérez, T. Montemayor Rubio, V. Macián Gisbert y J.M. Pino García

Comité de Asuntos Profesionales de la SEPAR (CAP).

OBJETIVOS: Conocer la situación real de los especialistas en neumología y cirugía torácica en el marco de la red sanitaria pública española.

SUJETOS Y MÉTODO: Teniendo en cuenta la base de datos de la Secretaría de la SEPAR del año 1999, se recopiló información de 326 hospitales españoles. Se pudo obtener, así, la composición de las plantillas de las secciones o servicios de neumología y cirugía torácica de los mismos. Los resultados se expresaron como proporciones simples en lo referente a su distribución por edades, cargos y autonomías. Además, se calcularon las tasas por 100.000 habitantes en cada comunidad (datos de población según el Instituto Nacional de Estadística del año 1997).

RESULTADOS: Se evaluó un total de 1.786 médicos (1.245 neumólogos, 185 cirujanos y 356 pertenecientes a otras especialidades). La edad media fue de 41 ± 9 años para los neumólogos, 44 ± 10 años en el grupo de cirujanos y 51 ± 8 años en el resto. La distribución por comunidades autónomas fue desigual, encontrándose un máximo de 6,66 neumólogos y 0,9 cirujanos/100.000 habitantes en Asturias y Madrid, respectivamente, y un mínimo de neumólogos en Murcia y de cirujanos torácicos en Extremadura (1,4 y 0/100.000 habitantes, respectivamente).

CONCLUSIONES: La situación de las especialidades de neumología y cirugía torácica es deficitaria en muchas provincias y comunidades autónomas de nuestra geografía. En este sentido, el mercado profesional no está saturado, por lo que parece haber unas buenas perspectivas laborales para los futuros especialistas.

Palabras clave: Recursos humanos. Neumología. Cirugía torácica.

Distribution of pulmonologists and chest surgeons in Spain

OBJECTIVE: To study the real situation of respiratory medicine specialists and chest surgeons in the Spanish health service.

SUBJECTS AND METHOD: Using the database of the secretary of the Spanish Society of Respiratory Medicine and Chest Surgery (SEPAR) for 1999, we gathered data on 326 Spanish hospitals. We were thus able to ascertain the level of staffing of respiratory medicine and chest surgery departments. The results were expressed as simple percentages showing distribution by age, duties and geographic area. The number of specialists per 100,000 inhabitants in each community was also calculated based on population data provided by the National Statistics Institute for 1997.

RESULTS: We studied 1,786 physicians or surgeons (1,245 pneumologists, 185 surgeons and 356 from other specialties). The mean age was 41 ± 9 years for pneumologists, 44 ± 10 years for surgeons and 51 ± 8 years for the others. We observed unequal distribution by geographic area, with a high of 6.66 pneumologists and 0.9 surgeons per 100,000 inhabitants in Asturias and Madrid, respectively and a low of 1.4 pneumologists per 100,000 inhabitants in Murcia and 0 surgeons in Extremadura.

CONCLUSIONS: Specialist coverage by pneumologists and chest surgeons is inadequate in many provinces and communities in Spain. The professional market is not saturated, indicating that future specialists can look forward to market demand.

Key words: Health manpower. Pneumology. Chest surgery.

Introducción

Pocos especialistas han visto crecer su potencial asistencial y científico al ritmo que ha ocurrido en el ámbito de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). La incorporación de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas ha permitido ampliar el horizonte de estas dos especialidades más allá de lo que

podía imaginarse hace tan sólo unos años¹. Sin embargo, al analizar la situación en que se encuentra la mayoría de los hospitales, las carencias en infraestructura y personal en neumología y en cirugía torácica parecen la tónica. Como bien expresa Díaz Lobato¹ en su editorial, y es opinión generalizada de los responsables de distintos servicios hospitalarios, la lucha personal de cada uno en su lugar de trabajo, con el gerente de turno, desgasta y es infructuosa. Por tanto, la SEPAR debe velar por los intereses sanitarios de la comunidad y es nuestra sociedad la que debe entablar relaciones con las administraciones públicas, demostrar las carencias existentes y exigir la solución a nuestros problemas^{1,2}.

Correspondencia: Dr. F.J. Álvarez Gutiérrez.
Servicio de Neumología. Hospital Virgen del Rocío.
Avda. Manuel Siurot, s/n. 41013 Sevilla.

Recibido: 11-10-2001; aceptado para su publicación: 14-1-2002.

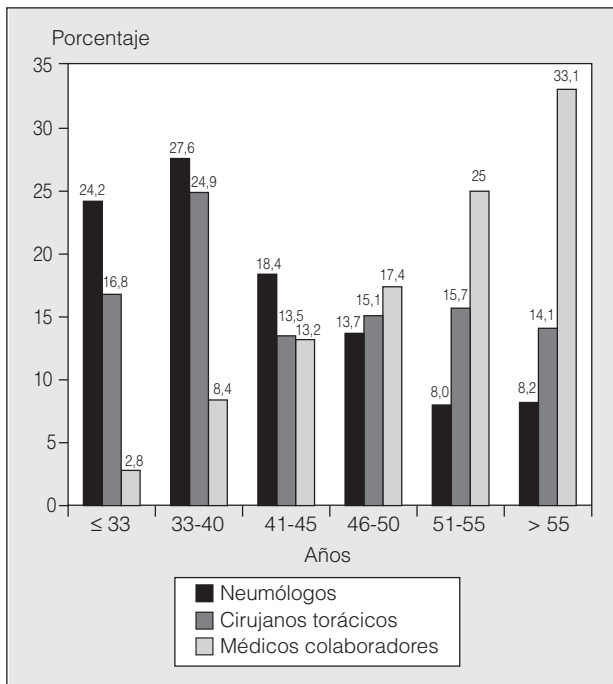


Fig. 1. Distribución por edades.

Como medida inicial, y para conocer la situación real, se ideó una campaña por parte del Comité de Asuntos Profesionales de la SEPAR (CAP) con el fin de estimar, con la máxima exactitud, la situación de nuestras especialidades en el marco de la red sanitaria públi-

ca española. De esta campaña se derivarían las actuaciones futuras encaminadas a solucionar las posibles deficiencias. Se sabe que la situación descrita en este artículo puede diferir de la actual. No obstante, se ha creído oportuno aportar los datos obtenidos para conocimiento de todos los miembros de la SEPAR e intentar su actualización en años sucesivos.

Metodología

Siguiendo las líneas de trabajo del CAP, se realizó este trabajo durante los años 1999 y 2000. Se tuvo como elemento inicial la base de datos de la SEPAR del año 1999. Además, se contactó telefónicamente, cuando fue necesario, con los servicios y secciones de neumología y cirugía torácica de algunos hospitales, a cuyos responsables se les realizó una encuesta para conocer de cerca la situación y la composición actualizada de cada una de las plantillas que trabajaban en los mismos. La recopilación de los datos fue realizada por una secretaria contratada expresamente para esta labor y que, en todo momento, estuvo en contacto con la secretaria de la SEPAR.

Con posterioridad, una empresa independiente se encargó de la evaluación de los resultados, cuyos datos preliminares se presentaron gráficamente por el anterior presidente del CAP en el congreso de la SEPAR del año 2000, celebrado en Bilbao.

Análisis estadístico

Los resultados se expresaron como proporciones simples en lo referente a la distribución por edades, cargos y autonomías. Se indicaron de forma independiente los datos para neumólogos y cirujanos torácicos. Además, se calcularon las tasas por 100.000 habitantes en cada comunidad autónoma (datos de población según el Instituto Nacional de Estadística del año 1997).

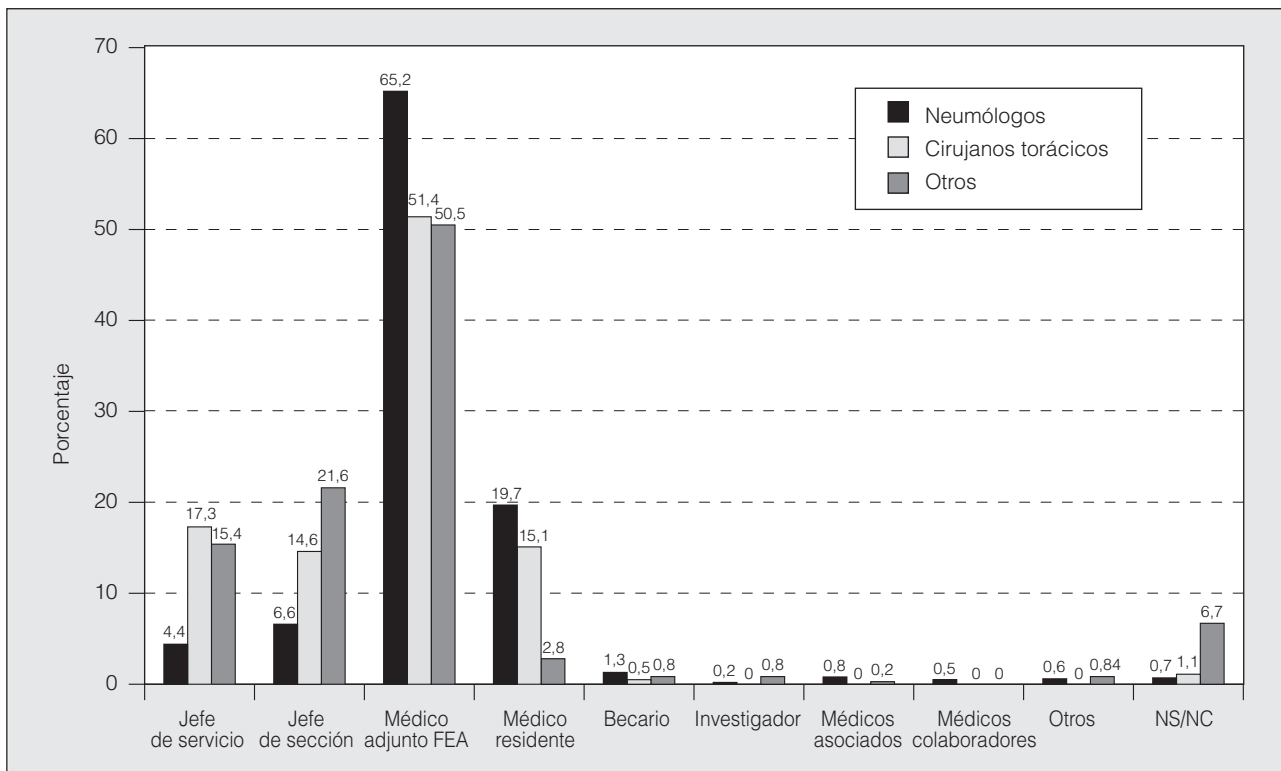


Fig. 2. Distribución por cargos.

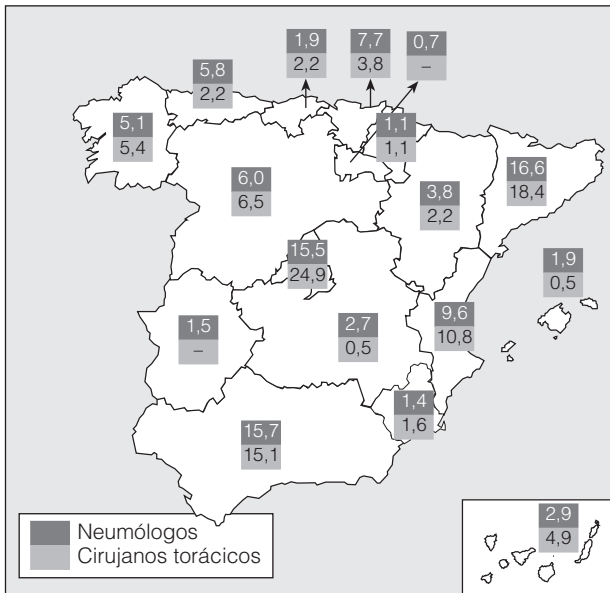


Fig. 3. Porcentaje de neumólogos y cirujanos torácicos por autonomías.

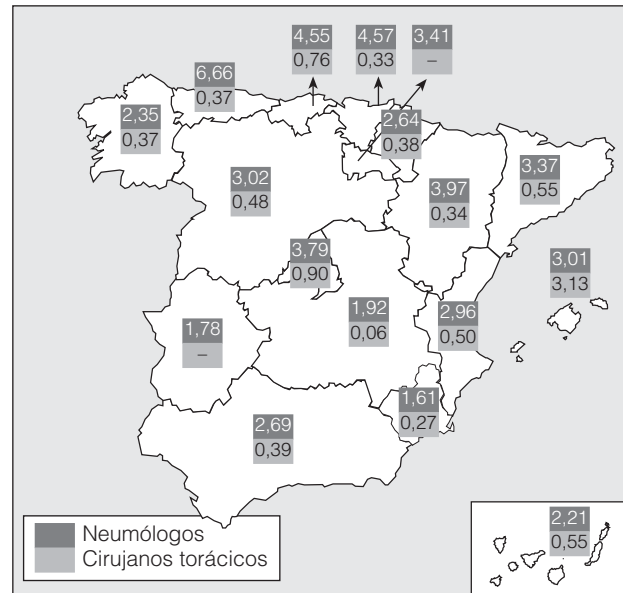


Fig. 4. Tasa de neumólogos y cirujanos torácicos por 100.000 habitantes.

Resultados

Se han obtenido datos de 326 hospitales distribuidos en 51 provincias españolas, evaluándose un total de 1.804 médicos, entre los que había 1.245 neumólogos, 185 cirujanos torácicos y 356 profesionales pertenecientes a otras especialidades (18 profesionales no se pudieron encuadrar en ninguna especialidad). La edad media fue de 43 ± 10 años (41 ± 9 años para los neumólogos, 44 ± 10 años para los cirujanos torácicos y 51 ± 8 años para el resto). En la figura 1 se recoge la distribución por edades. Se puede objetivar un porcentaje mayor del 50% de profesionales neumólogos con menos de 40 años, mientras que para los cirujanos el porcentaje de especialistas por debajo de esta edad fue del 41,7%. En el otro grupo analizado (otras especialidades adscritas a estos servicios), la distribución etárea fue diametralmente opuesta, situándose el 58,1% de los mismos por encima de los 50 años. Se evidenciaron diferencias en la distribución por edades de cirujanos torácicos y neumólogos, con una mayor proporción de edades superiores (> 50 años) en el primer grupo. En cuanto a la distribución según el cargo (fig. 2), se pudo apreciar un mayor porcentaje de jefes de servicio y sección en el grupo de cirujanos torácicos, mientras que en el caso de los neumólogos hubo un amplio porcentaje de médicos adjuntos (FEA), un mayor porcentaje de residentes, becarios y otros cargos (médicos investigadores, asociados, colaboradores, etc.) inexistentes en el caso de los cirujanos. La proporción de titulados académicos fue la siguiente: un 56% de licenciados, un 22% de doctores, un 8% de profesores asociados, un 2% de profesores titulares, un 0,5% de catedráticos y, por último, un 11% con otras titulaciones o NS/NC.

La distribución porcentual del número de profesionales por autonomías osciló, como se aprecia en la figura 3, desde un 16,6% de neumólogos en Cataluña y un

24,9% de cirujanos torácicos en Madrid, en el rango superior, a un 0,7% de neumólogos en La Rioja y la no existencia de cirujanos torácicos en Extremadura, en el rango inferior.

Sin embargo, cuando se estudió esta distribución en tasas por 100.000 habitantes por autonomías, se encontró una mayor tasa de neumólogos (6,66) en Asturias, mientras que se mantuvo una mayor tasa de cirujanos torácicos en Madrid (0,9). En el otro extremo se encontró una menor tasa de neumólogos en Murcia, mientras que para el caso de los cirujanos torácicos, además de la inexistencia de esta especialidad en la región de Extremadura, la siguiente comunidad con menor tasa fue la de Castilla-La Mancha (0,06). La tasa global en nuestro país fue de 3,12 neumólogos y 0,46 cirujanos torácicos por 100.000 habitantes.

Discusión

El análisis de la situación actual de nuestras especialidades en el marco sanitario nacional confirma que no se ha saturado la demanda de neumólogos o cirujanos torácicos en determinadas áreas sanitarias del país si se consideran las recomendaciones de la OMS de 3,5-4 neumólogos/100.000 habitantes³, sobre todo al observar que un gran número de provincias españolas no disponen de cirugía torácica.

Por otro lado, se sabe que un número cada vez mayor de enfermos es subsidiario de ser atendido por neumólogos, incrementándose progresivamente el listado de enfermedades que son competencia de nuestra especialidad. Sauret⁴ ya había demostrado la eficacia de los hospitales de día neumológicos. También se demostró que la creación de consultas de atención rápida neumológica (CARE) es útil en la evitación de ingresos innecesarios y en la reducción de costes asistenciales⁵. El desarrollo de técnicas de ventilación mecánica no inva-

siva ha supuesto un gran avance en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria de origen toracógeno o neuromuscular⁶, y ha hecho posible que el neumólogo desempeñe un papel preponderante en el manejo de los enfermos con insuficiencia ventilatoria. Nadie puede discutir, en la actualidad, que las unidades de sueño se han convertido en una estructura imprescindible dentro de los servicios de neumología⁷. En otro orden de cosas, el asma sigue siendo un problema de primera magnitud en los países industrializados⁸. Además, el tabaquismo se extiende a un número creciente de ciudadanos, cada vez más jóvenes⁹. Respecto a la cirugía, se observa un incremento de su actividad con nuevas indicaciones terapéuticas quirúrgicas en enfermedades prevalentes, como la EPOC con la cirugía de reducción de volumen¹⁰, la consolidación del trasplante pulmonar como opción y el desarrollo de la toracoscopia y la cirugía endoscópica, cada vez con mayor número de indicaciones¹¹.

A pesar de esta expansión, la situación de muchos hospitales españoles denota una falta de infraestructura y personal importantes, como se observa en la distribución de especialistas por cada 100.000 habitantes en diferentes provincias y comunidades autónomas. Las consecuencias de estas carencias pueden explicar, en el caso de la neumología, los datos de diferentes trabajos publicados. Baste citar que la incorporación de hospitales al tratamiento de los pacientes con síndrome de apneas-hipoapneas del sueño (SAHS) se realiza desde esta especialidad mayoritariamente, siendo las unidades de sueño las que han asumido el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad. Sin embargo, de 365 hospitales encuestados recientemente, 123 (42%) no realizan ningún tipo de estudio diagnóstico y, en el resto, el 35,6% empleaba la pulsioximetría para el diagnóstico y la titulación de la CPAP en estos pacientes¹². En el caso de la ventilación mecánica no invasiva en otras alteraciones respiratorias, aunque esta forma de terapia se ha incorporado de forma progresiva a los hospitales, la ausencia de programas de ventilación en el territorio nacional es la norma. Aunque muchos centros mantienen en sus domicilios a pacientes con respiradores, ello es a costa de un gran esfuerzo personal, no reconocido la mayor parte de las veces¹. En una encuesta reciente sólo respondieron 43, de los 200 hospitales encuestados dentro de la red sanitaria pública española, con una cifra de 1.821 pacientes ventilados hasta enero de 1999 (4,59/100.000 habitantes), lejos de los 8.500 hechos públicos por ANTADIR (asociación francesa para la asistencia de la insuficiencia respiratoria) en esa misma fecha¹³.

Esta situación contrasta con el trabajo publicado por Rosell et al¹⁴, en el que se describe cómo, a pesar de la importancia de las enfermedades respiratorias, existe un aumento del número de neumólogos con dificultades para ejercer como tales. Después de su período de formación, más de la mitad de los neumólogos encuestados seguía vinculado a su servicio en calidad de becarios realizando tareas de investigación, pero en una situación de subempleo, viéndose en la necesidad de buscar una actividad profesional secundaria. La mitad de los neumólogos de la muestra desempeñaba otra ac-

tividad laboral de forma complementaria para alcanzar un nivel de ingresos aceptable (la más frecuente es las guardias de medicina). Según este estudio, en 1992-1993 sólo 2 de 23 neumólogos consiguieron un contrato laboral de forma directa al acabar la carrera, frente a 13 de 22 durante el período 1989-1990.

La evidente carencia de cirujanos torácicos detectada en la red sanitaria española podría justificar los datos de una encuesta publicada por el Grupo Cooperativo de Carcinoma Broncogénico de la SEPAR¹⁵. Se ha establecido que la demora máxima para los pacientes que precisan cirugía por un carcinoma broncogénico no debe superar las 6-8 semanas, entre la primera consulta médica y la toracotomía. Sin embargo, los tiempos de demora entre el diagnóstico y la toracotomía son excesivamente prolongados. En la experiencia de casos recogidos entre 1995 y 1996 (n = 598), la demora diagnóstico-terapéutica fue de 45,15 días, con una amplia desviación estándar (34,7 días), prácticamente el tiempo total recomendado entre la primera consulta a su médico de cabecera y la toracotomía.

Un aspecto importante derivado del presente trabajo es la escasa proporción de personal becario o investigador en los distintos hospitales (un 1,3% entre neumólogos, un 0,5% entre cirujanos becarios y un 0,2% otros médicos investigadores). En muchos centros no existe una estructura específica adecuada de promoción, organización y gestión de la investigación. Por tanto, se debería potenciar la adquisición de fondos para que los especialistas recién titulados se incorporasen cíclicamente en calidad de becarios (con un sueldo digno), como forma de enriquecer su expediente curricular y académico en espera de su definitiva incorporación laboral y como medio para avanzar en las líneas de investigación de los diferentes servicios de neumología y cirugía torácica (estos últimos con investigación francamente deficitaria y una producción científica claramente inferior a la de los países más desarrollados de la Unión Europea¹⁶). Posiblemente el déficit de especialistas detectado puede ser otra justificación de esta escasa actividad investigadora en algunas zonas sometidas, además, a una excesiva presión asistencial.

En resumen, el aumento de la prevalencia de las enfermedades respiratorias y la situación de un mercado laboral no saturado (con amplias carencias en determinadas zonas de España) ofrece buenas perspectivas dentro del mercado sanitario a nuestros futuros especialistas. Según Rosell y Ruiz¹⁷, la creación de nuevas plazas en un servicio pasaría por considerar nuevas necesidades no asumibles por el personal ya en nómina, como por ejemplo la patología del sueño, los trasplantes, la broncoscopia terapéutica o las unidades de cuidados intensivos respiratorios. Esto sería muy difícil de realizar en los hospitales terciarios, pero mucho más factible en los hospitales comarcales, en los que la expansión basada en el cuerpo de internistas podría virar hacia la aceptación de las especialidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz Lobato S. En defensa de la neumología. Arch Bronconeumol 1999;35:467-9.

2. Fernández Fau L. Ciencia y sociedad. Determinantes de un compromiso. Arch Bronconeumol 1997;33:261-2.
3. Aliaga JL, Escarrabil J, Joanmiquel L, Luengo M, Lloberes P, Morell F. Grup de Treball de Planificació de la Pneumologia a Catalunya (Llibre Blanc) [editorial]. Barcelona: Societat Catalana de Pneumologia, 1991.
4. Sauret Valet J. Hospitales de día: ¿generales o especializados? Arch Bronconeumol 1994;30:477-8.
5. Soto Campos JG, Rodríguez Becerra E, Álvarez Gutiérrez F, Valenzuela Mateo F, Peñafiel Colás M, Castillo Gómez J. Atención urgente en neumología. Un método para aliviar la presión asistencial de servicio de urgencias hospitalarios. Arch Bronconeumol 1997;33:268-71.
6. Sangeeta M, Nicholas SH. Noninvasive ventilation. Am J Respir Crit Care Med 2001;163:540-77.
7. Barbé F, Amilibia J, Capote F, Durán J, González Mangado N, Jiménez A, et al. Diagnóstico del síndrome de apneas obstructivas durante el sueño. Informe de consenso del área de insuficiencia respiratoria y trastornos del sueño. Arch Bronconeumol 1995;31: 460-2.
8. Anderson HR, Butland BK, Strachan DP. Trends in the prevalence and severity of childhood asthma. BMJ 1994;308:1600-4.
9. Viejo JL. Tabaco en los jóvenes. Arch Bronconeumol 1995;32: 242-50.
10. Pauwels R A, Buist AS, Calverley PMA, Jenkins CR, Hurd SS. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 2001;163:1256-76.
11. Galán Gil G, Tarrazona Hervás V, Morcillo Aixelá A, Calvo Medina V, Martínez Casan P, París Romeu F. Indicaciones y resultados de la cirugía videotoracoscópica. Consideraciones sobre 152 procedimientos. Arch Bronconeumol 1999;35:477-82.
12. Terán Santos J, Fernández García C, Cordero Guevara J. Situación en España de los recursos diagnósticos y de los tratamientos con presión positiva continua sobre la vía aérea, en el síndrome de apneas-hipopneas del sueño. Arch Bronconeumol 2000;36:494-9.
13. De Lucas Ramos P, González-Moro JM, Paz González L, Santa-Cruz Siminiani A, Cubilo Marcos JM. Estado actual de la ventilación mecánica domiciliar en España: resultados de una encuesta de ámbito nacional. Arch Bronconeumol 2000;36:545-50.
14. Rosell A, Miravittles M, Roger N, Jolis R, Llunell A, Morell F. Los residentes de neumología formados en Cataluña (1989-1993). Med Clin (Barc)1996;106:653-5.
15. López Encuentra A, Martín de Nicolás JL, Casado López M, De Miguel Poch E, Marrón Fernández C, y Grupo Cooperativo de Carcinoma Broncogénico de la SEPAR (GCCB-S). Demoras en el diagnóstico y en el tratamiento quirúrgico del carcinoma broncogénico. Arch Bronconeumol 1998;34:123-6.
16. Varela de Ugarte A. La investigación en un servicio de cirugía torácica. Arch Bronconeumol 1999; 35(Supl 1):14-7.
17. Rosell A, Ruiz J. El futuro de los residentes de neumología. Arch Bronconeumol 1997;33:59-96.