

El futuro de los residentes de neumología

A. Rosell y J. Ruiz

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.

Los residentes de neumología forman tan sólo una minúscula fracción dentro del mundo sanitario español y su porvenir estará mayoritariamente sujeto a sus abatares. El presente de la sanidad y la nueva política que la rige, así como el de la propia neumología y la reciente historia de los noveles especialistas, constituyen parte del análisis necesario.

El presente

1. Desde principios de los años noventa la sanidad española empezó a aceptar y a asimilar conceptos economicistas hasta entonces reservados sólo para los responsables de la Administración. Los informes de alta transformados en semifacturas y la preocupación por las estancias medias forman parte actualmente de la práctica clínica diaria. Admitir que la salud no tiene precio pero sí un coste o que se puede ser eficaz pero no eficiente, son ya consignas aceptadas y los vocablos empleados no configuran ya un lenguaje extraño. El contagio de esta nueva cultura sanitaria desde los administradores públicos hasta el médico asistencial, contemplado como regulador del consumo de los bienes sanitarios, puede considerarse un proceso irreversible¹.

Medir el estado de salud de un país por el número de camas hospitalarias por cada 100.000 habitantes no se considera en la actualidad un parámetro lo suficientemente válido. Probablemente, la expansión de los grandes hospitales llegó a su culminación a finales de los ochenta, no ampliándose desde entonces las plantillas de forma significativa y habiendo pendiente un cierre de camas en muchos de ellos. Por el contrario, se extendió y recalificó la red de asistencia primaria y de los hospitales comarcales, mejorando el contacto entre la población y la estructura sanitaria, a la vez que evitando ingresos en centros con costes elevados en concepción de enfermo/día. Se le suma a dicha expansión física la idea errónea de que los especialistas polivalentes, en forma de internistas en los hospitales comarcales² o bien de

médicos de familia en los centros de asistencia primaria, son más rentables en el trato de enfermedades que los propios neumólogos en nuestro caso.

Sobreañadido al filtro economicista de cada acto sanitario individual se impone, desde la victoria electoral de los conservadores, una visión distinta de la sanidad pública, hasta la fecha baluarte de la neumología moderna. Los brazos del Estado que soportaban toda la estructura y el personal sanitario han iniciado una progresión focométrica. Se tiende a la separación de la financiación y de la provisión de servicios, así como a la laborización del personal en detrimento del estatus del funcionariado. La autogestión de los distintos niveles sanitarios públicos empezará a diluir los límites con los centros clásicamente privados.

2. Este cambio en la ejecución de la sanidad también afecta a la neumología que soporta su corta tradición histórica y sus raíces demasiado profundas en los reducidos que representan los grandes hospitales terciarios³. Los máximos dirigentes de la neumología y los organismos científicos que nos representan deben seguir proyectando nuestra especialidad con más ahínco si cabe a la sociedad, mayoritariamente ignorante y parcialmente confusa respecto a lo que es la neumología, ya que de su conocimiento y posterior necesidad se generará un crecimiento. Los neumólogos tienen que impregnar toda la escala sanitaria empezando por la extrahospitalaria y los hospitales de segundo nivel. A la vez que se invierte en el exterior hay que asegurar las fronteras internas, ya que son muchos los frentes abiertos con los que la neumología tiene que batirse: el asma con los alergólogos, las neumonías con los infectólogos, el cáncer con los oncólogos, el síndrome de las apneas obstructivas del sueño con los neurofisiólogos y algún otorrinolaringólogo y la EPOC leve-moderada con los médicos de familia. No puede imaginarse un futuro seguro sin un presente sólido.

3. Finalmente, el tercer eslabón del análisis lo configuran los neumólogos formados a principios de esta década, cuyo presente puede ser la antesala de los residentes en curso. En un estudio multicéntrico realizado en Cataluña⁴ se constata cómo, de forma progresiva, los recién especializados (1989-93) se han ido acumulando en los distintos servicios madre en forma de "becarios", con la amplitud que el término pueda abarcar, al dismi-

Correspondencia: Dr. A. Rosell Gratacós.
Servicio de Neumología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol.
Ctra. de Canyet, s/n. Badalona. 08916 Barcelona.

Recibido: 16-9-96; aceptado para su publicación: 27-9-96.

Arch Bronconeumol 1997; 33: 59-60

nuir de forma paulatina la contratación laboral. En dicho estudio se valoró la calidad de los residentes de forma indirecta por el cálculo entre edades de licenciatura y especialidad, así como por el porcentaje de tesis leídas (el 29% a los 25 meses), con cuyo resultado se obtuvo un buen nivel. Sin embargo, no se valoró el número de examen MIR obtenido a lo largo de las distintas generaciones, planteándose ahora sin respuesta la posibilidad de que en la actualidad pudiese estimarse una "devaluación" de la neumología entre los opositores aprobados en busca de una especialidad. ¿Cómo afecta en el momento de la elección de una plaza de MIR la situación laboral de los recién especializados?

A otro nivel cabría especular si la oposición para MIR va a servir a la Administración para regular el número de especialistas que vierta cada año en el mercado. Por consiguiente, si parece que se ha saturado la demanda de neumólogos, ¿habría que reducir el número de plazas de MIR ofertadas? En absoluto. Las recomendaciones de la OMS de disponer de una cifra de 3,5-4 neumólogos por 100.000 habitantes no se ha alcanzado todavía⁵. A la vez, el aumento real de la prevalencia de las enfermedades respiratorias exige no tan sólo una cobertura numérica, sino también el reconocimiento de nuestra mayor eficacia.

El futuro

¿Existe futuro? Por supuesto que sí, pero no el que habíamos imaginado. Incorporarse con plaza estatutaria en un hospital universitario de tercer nivel es en la actualidad y a corto plazo un error de cálculo y, sobre todo, un sueño casi imposible. Podrán aparecer de forma esporádica por movimientos internos o *de novo* por vías muy alternativas como la jerarquización de los centros de asistencia primaria, o todo lo que representen maniobras ahorrativas de ingresos hospitalarios⁶, como pueden ser los hospitales de día neumológicos y las UFISS (unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria) respiratorias. Cualquiera de las tres ofertas tiene su punto de mira y parte de su base fuera del hospital, con lo que se plantea la pregunta: ¿los nuevos especialistas se podrán integrar formal y plenamente a los servicios hospitalarios? La creación de realmente 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 intensivos respiratorias⁷.

A otro nivel, la expansión de los hospitales comarcales inicialmente basada en el cuerpo de internistas podría en la actualidad virar hacia la aceptación de las especialidades, no tan sólo como consultoras y ejecutoras de pruebas complementarias, sino incluso como responsables de sala de hospitalización. Esta tímida abertura en esa área absorbería parte de la oferta. Otra vez habrá que demostrar la eficiencia del neumólogo frente al internista.

También puede contemplarse la situación desde el ángulo de los tiempos que se avecinan tras la crisis del estado del bienestar. El proceso de convergencia euro-

pea obliga a los estados europeos a limitar su déficit público y, por consiguiente, a implantar políticas de ajuste presupuestario. La reforma sanitaria pasará por la separación entre financiación del sistema y la compra y provisión de servicios asistenciales. España es de los pocos países de la Unión Europea que no permite la libre elección de la cobertura sanitaria. En la actualidad hay contabilizados unos 3,5 millones de mutualistas que pagan por una doble protección de salud. De aplicarse los esquemas más liberales, y tras previsibles fusiones de mutuas, el sector de la sanidad privada podría recibir una fuerte demanda al entrar en el sistema de prestación de servicios sanitarios.

Pero mientras suceden estos acontecimientos debería depurarse la figura del becario, convertida muchas veces en una falsa prolongación de la residencia. Una forma de avanzar las líneas de investigación de los distintos servicios es con la incorporación cíclica de becarios⁸ compuestos por los recién titulados que, con sueldo digno y tareas no asistenciales, deberían conseguir su doctorado e intentar, con becas y premios, unos nuevos fondos para los becarios venideros. Después de 4 años de peso asistencial puede ser el momento de un ejercicio posgraduado real, a la vez que se enriquece el expediente académico y curricular. El beneficio es, pues, tanto para el servicio madre como para el propio becario.

En resumen, ante el aumento de la prevalencia de las enfermedades respiratorias, si la neumología sabe posicionarse bien dentro del mercado sanitario interviniendo con reconocimiento y eficacia no cabe duda alguna que la demanda laboral no se hará esperar. Mientras, el futuro de los residentes de neumología es conseguir en el presente la máxima preparación⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Segovia de Arana JM. Evolución de la sanidad española. Med Clin (Barc) 1993 (Supl 1) 100: 1-2.
2. Jefes de servicio de medicina interna de los hospitales comarcales de Cataluña. El futuro de los servicios de medicina interna en los hospitales comarcales de Cataluña: líneas estratégicas en el contexto de cambio en la sanidad. Med Clin (Barc) 1993; 100: 587-590.
3. Cornudella R. Nuestra especialidad a lo largo de 25 años. Arch Bronconeumol 1992; 28 (Supl 2): 25-29.
4. Rosell A, Miralles M, Roger N, Jolis R, Lluell A, Morell F. Los residentes de neumología formados en Cataluña (1989-1993). Med Clin (Barc) 1996; 106: 653-655.
5. Aliaga JL, Escarrabill J, Joanmiquel LI, Luengo M, Lloberes P, Morell F. Grup de Treball de Planificació de la Pneumologia a Catalunya (Llibre Blanc). Barcelona: Societat Catalana de Pneumologia, 1991.
6. Peiró S, Portella E. Identificación del uso inapropiado de la hospitalización: la búsqueda de la eficiencia. Med Clin (Barc) 1994; 103: 65-71.
7. Torres A, Rodríguez-Roisin R. Cuidados intensivos en los pacientes respiratorios. ¿Especializados o generales? Arch Bronconeumol 1996; 32: 263-264.
8. Comité de Investigación del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Evaluación de la contribución de los médicos becarios a la producción científica del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona (1980-1990). Med Clin (Barc) 1994; 103: 465-469.
9. Sobradillo V. ¿Cómo es un buen residente de neumología? Arch Bronconeumol 1990; 26: 93-95.