

Futuro inmediato de la Neumología y el papel del Jefe de Servicio

ALBERTO CAPELASTEGUI

Jefe de Servicio de Neumología.
Hospital de Galdakao. Galdacano - Vizcaya.

alberto.capelasteguisaiz@osakidetza.net

RESUMEN

El futuro a medio plazo de la neumología seguirá fundamentalmente vinculado a un sistema nacional de salud que experimentará pocos cambios estructurales aunque será más exigente en garantizar de forma objetivable la calidad de la atención asistencial prestada por sus profesionales. Esto irá unido a una planificación sanitaria en la que primará la atención centrada en el paciente desde un punto de vista integral e integrado, con un especial énfasis en la asistencia y cuidado del paciente crónico y pluripatológico. El neumólogo, además de seguir profundizando en las competencias específicas de su especialidad, deberá asumir un papel protagonista y de liderazgo en estos cambios, que implicarán salir del hospital aliándose con la atención primaria y trabajar de forma multidisciplinar, especialmente incorporando a la enfermería en sus nuevos roles para poder desarrollar nuevas estructuras organizativas, como las redes asistenciales. Este entorno va a necesitar jefes de servicio formados en disciplinas transversales, que sepan liderar grupos de trabajo y sepan visualizar las exigencias de este futuro inmediato que se nos presenta.

Palabras clave: Actividad asistencial coordinada, calidad asistencial, trabajo en equipo.

Introducción

Resulta complicado abordar un tema como el que se me ha propuesto porque se corre el riesgo de no acertar con el escenario del futuro y de equivocarse con el papel que en ese entorno debería desempeñar un jefe de servicio. Asumo el compromiso con humildad y cierta sensación de zozobra, dejando muy claro desde esta introducción que el presente documento no deja de ser una visión muy personal, más o

menos razonada, de mi interpretación sobre cómo podría ser el futuro de la neumología. Cuando hablo de futuro me estoy refiriendo a partir de mañana y durante los próximos 10-15 años. No soy capaz en este momento de imaginar el escenario de la neumología más allá del 2030.

A lo largo de estas líneas abordaré primero una visión más macro del sistema sanitario desde el punto de vista de su impacto en la neumología, tanto en aquellos aspectos que considero que van a cambiar como en aquellos que difícil-

mente lo hagan, para después ir centrándome en la neumología desde diferentes ángulos, siempre reflexionando sobre los posibles cambios o retos que nos esperan y sobre la forma de responder o adaptarnos a ese futuro a medio plazo. Abordaré a continuación la necesidad que tiene nuestra especialidad de jefes de servicio formados en disciplinas transversales, que ejerzan como líderes de un grupo de personas que deben trabajar en equipo y que sepan visualizar y adaptarse a los cambios que se avecinan. Por último trataré de presentar una matriz DAFO (Debilidades-Amenazas-Fortalezas-Oportunidades. Proviene de las siglas en inglés SWOT: *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*) sobre los servicios de neumología y su posición actual de cara a ese futuro más o menos inmediato.

Nuestro sistema sanitario en los próximos 15 años

Considero como altamente probable que la mayor parte de la atención sanitaria en nuestro país durante los próximos 10 ó 15 años, y seguramente muchos más, siga funcionando como un modelo de servicio nacional de salud de carácter público. Preveo pocos cambios en la actual dependencia que tiene el sistema nacional de salud con los frecuentes vaivenes políticos y algunas de sus consecuencias, p.ej. en el nombramiento de buena parte de los mandos de nuestras organizaciones sanitarias. Tampoco creo que cambie el horario laboral (jornadas de 8-15h, con sistemas de guardia), ni los tipos de contrato (empleados públicos per vita, una vez conseguida la plaza en propiedad), ni en la dicotomía entre la enfermería con sus equipos directivos y los médicos con los suyos. Tampoco estimo que dispongamos de herramientas incentivadoras relevantes, ni sancionadoras. Añadiría que en los próximos años vamos a seguir sufriendo la situación de "entorno con recursos limitados" que probablemente se mantenga "crónica"¹. Parece evidente que con estos condicionantes va a seguir siendo difícil gestionar nuestro trabajo, que no es otra cosa que buscar la eficiencia. Esto es lo que hay, o lo que habrá en un futuro inmediato, y con este escenario tendremos que abordar los nuevos retos²⁻⁴.

Porque nos vamos a encontrar con nuevos retos. Como ya he mencionado, la estructura de nuestras organizaciones sanitarias va a cambiar poco pero, no va a ser así en las

exigencias a sus servicios asistenciales. Aquí es donde van a estar los cambios, muchos paradigmáticos, y que deberíamos afrontarlos como retos. Los nuevos conceptos que impulsan la planificación sanitaria, y que han sido asumidos por todas las autonomías, van a incidir en la posición de la neumología. Me estoy refiriendo en primer lugar al nuevo planteamiento del enfermo crónico y "pluripatológico"⁵⁻⁸ como eje del sistema sanitario y sus posibles y previsibles consecuencias: desplazamiento progresivo de la atención asistencial y de los recursos, actualmente centrada en los hospitales de enfermedades agudas, hacia la atención primaria; utilización de las especialidades de médico de familia y de medicina interna como candidatas ideales para la atención a este tipo de pacientes, a modo de comodines. Se comete el error de considerar la clasificación de "pluripatológico" como si fuese un diagnóstico, con la idea de uniformizar la atención a este grupo variopinto de enfermos. Ciertamente que hay que avanzar en el cuidado en general de estos pacientes, pero sin olvidarnos que lo fundamental en un grupo de pacientes muy graves, y por tanto de mucho riesgo, es optimizar su tratamiento. Nadie como un experto en la patología dominante de ese enfermo "pluripatológico" para tratar este tipo de casos. Conviene recordar que los especialistas en neumología "de siempre" venimos tratando enfermos "pluripatológicos" con un primer diagnóstico, p.ej., de EPOC.

Otra de las ideas dominantes en la planificación sanitaria es colocar al paciente en el centro del sistema sanitario. Esto conlleva un cambio sustancial en el modelo actual. Primará el trabajo coordinado, multidisciplinar y la atención integral, integrada y continuada. Resultará imprescindible, por tanto, la coordinación con la atención primaria y la distribución del trabajo por niveles asistenciales, siempre de forma protocolizada y según escalas de gravedad. El necesario componente multidisciplinar para las tareas asistenciales dará paso sobre todo a la presencia cada vez más patente de la enfermería en sus nuevos roles^{9,10}. La atención integral, integrada y continuada nos obligará a potenciar aspectos relativos al cuidado del paciente, a la atención domiciliaria, al desarrollo de la telemedicina y a coordinar el paso desde el hospital al domicilio sin solución de continuidad¹¹. De nuevo aquí tendrá un papel protagonista la enfermería en sus nuevos roles. Por último y no menos importante, empezará tímidamente a desarrollarse todo el capítulo de la atención socio-sanitaria en línea con

lo alcanzado en otros países europeos. Es muy probable que todo el capítulo socio-sanitario acabe en manos de los ayuntamientos o servicios sociales con algún tipo de acuerdo con los sistemas sanitarios, con poca repercusión en los servicios de neumología. En todo caso no deberíamos sacarlo de nuestro radar y a modo de ejemplo conviene señalar la implicación que empieza a tener SEPAR en este entorno a través de "SEPAR solidaria".

La neumología en los próximos 10-15 años¹²

Desde mi punto de vista, la neumología debería seguir haciendo lo que hace, aunque debería tener la suficiente flexibilidad para no solo adaptarse a los nuevos cambios en el modelo sanitario sino para convertirse en protagonista del mismo. El volumen de nuestra actividad asistencial y las características de los pacientes que asistimos indican que no es ilusorio aspirar a un papel protagonista en el cambio de modelo sanitario en el que estamos ya inmersos.

Por 'seguir haciendo lo mismo' me refiero a seguir avanzando en I+D+I de nuestra especialidad, a seguir profundizando en las disciplinas propias de nuestra especialidad, a seguir garantizando una formación continuada óptima para los neumólogos y a seguir desarrollando competencias transversales, como calidad, gestión, liderazgo, comunicación, valores..., que son las que van a aportar valor añadido a la especialidad, garantizando el éxito de nuestra actividad asistencial. Evidentemente, todo es mejorable y matizable; en todo caso, creo que la labor investigadora e innovadora en nuestra especialidad avanza con fuerza, está muy interiorizada, y de hecho se ha asumido un compromiso inquebrantable en esa dirección. También se observan fortalezas en todo lo que es avanzar en las competencias específicas de nuestra especialidad tanto desde el punto conceptual como técnico. De la mano de SEPAR, la formación continuada ha adquirido una solidez y una riqueza dignas de elogio. Nuestra sociedad científica ha mostrado una excelente visión de las necesidades de los neumólogos en los próximos años y se ha volcado en facilitar el conocimiento en una serie de disciplinas llamadas transversales. En ello creo que avanzamos más rápido que otras especialidades pero todavía de forma insuficiente. El primer paso, el de sensibilizar a nuestros colegas neumólogos de la im-

portancia de las disciplinas transversales, sobre todo gestión y calidad, creo que va por buen camino. Se han facilitado los medios para adquirir conocimientos; tal vez habría que empujar un poco más en el paso de conocimientos a competencias, para luego ir implementando todo ello en nuestra actividad asistencial.

Decía que la neumología en este futuro inmediato que estoy analizando necesita capacidad de adaptación a los nuevos paradigmas que he señalado en el apartado anterior, es decir, a las consecuencias que se van a derivar de poner en marcha una atención integral, integrada, multidisciplinar, coordinada y centrada en el paciente. Este escenario se va a desarrollar fundamentalmente fuera del medio hospitalario, lo que nos va suponer un gran esfuerzo de adaptación. Para poder abordar la tarea deberíamos empezar por considerar a la atención primaria como un aliado estratégico y actuar en consecuencia. Parece evidente que convendría establecer alianzas para poder atender conjuntamente a un grupo de pacientes con enfermedades propias de nuestra especialidad, que reúnen las características de ser crónicas y muy prevalentes además de requerir una atención integrada, integral... Me refiero al asma, a la EPOC y a la patología del sueño. La respuesta a este reto pasa, desde mi punto de vista, por ir creando redes asistenciales para cada una de las tres patologías antes señaladas. Una red asistencial es una estructura organizativa creada en una determinada zona geográfica, que permita responder a las necesidades de los pacientes de forma integral y uniforme, según las recomendaciones de las guías clínicas y dando una respuesta adaptada a la gravedad o nivel de complejidad del caso, todo ello disponible en cualquier punto en el que un determinado paciente con las patologías antes señaladas pueda acceder al sistema sanitario. La red asistencial debe de estar organizada para dar una respuesta estructurada a cualquier paciente con esa determinada patología incluyendo todas las escalas de gravedad, independientemente de que se le atienda en la atención primaria, en la especializada o en los servicios de urgencias. Poner en marcha una red asistencial va a resultar complejo y laborioso, habrá que vencer muchas resistencias y adquirir una experiencia que todavía no tenemos. Para conseguirlo hará falta trabajar en un equipo multidisciplinar que cuente con el apoyo de los responsables del sistema sanitario. Creo que al neumólogo le corresponde liderar estos equipos multidisciplinarios. Debería hacerlo porque el riesgo que conlleva realizar otro rol

o mantenerse al margen podría significar perder influencia en enfermedades consustanciales con nuestra especialidad. Para liderar este proceso no es suficiente con ser el experto en el asunto, hace falta tener voluntad de hacerlo, visión de futuro, coherencia, respeto al equipo, transmitir ilusión, cierto talento y tener siempre presente la innovación. Hay otro aspecto básico que debe caracterizar a una red asistencial y que debe ser asumido por el equipo responsable: el control sistematizado y estructurado de indicadores de calidad. El valor añadido de esta estructura organizativa que he llamado red asistencial depende de ello. Evidentemente, el reto que supone montar todo esto es grande porque las dificultades son muchas y difíciles de abordar. Yo primaría el abordaje de los siguientes aspectos: crear equipos y liderarlos, lo que implica trabajar de la mano con atención primaria y enfermería; conseguir el apoyo de los responsables sanitarios, venciendo su resistencia a considerar como algo uniforme a todo lo que sea crónico y pluripatológico; controlar sistemáticamente y de forma objetiva (con datos) la calidad de nuestro trabajo; competir con especialidades como medicina interna, superándolas con la demostración objetiva de la calidad y eficiencia de nuestras actuaciones y aportando ideas innovadoras. La medicina interna va a resultar, lo es de hecho, un gran competidor por su presencia poderosa en muchos hospitales y porque reivindica el papel de comodín en la atención al paciente pluripatológico.

La necesidad de conocer de forma objetiva la calidad de nuestro trabajo¹³ me lleva a desarrollar el otro aspecto que considero relevante para el tema que estoy presentando y que implica para la neumología (y no solo para la neumología) un cambio de calado. Como no puede ser de otra manera, nuestra sociedad es cada vez más exigente con los servicios que requiere y entre ellos ocupa un lugar destacado la atención sanitaria. Dado que se trata de un servicio público corresponderá a los políticos exigir al sistema sanitario lo que la sociedad demanda: unos servicios sanitarios de alta calidad. Para responder a esta demanda los responsables de la sanidad van a tener que demostrar de forma objetiva que el servicio que están prestando es de calidad. Esto tiene un efecto en cascada, de tal manera que progresivamente a lo largo de los próximos años las autoridades sanitarias van a ir primero recomendando y más adelante exigiendo a los profesionales sanitarios que demostremos de forma objetiva nuestras competencias. Ya hemos empezado con todo esto y, de hecho, SEPAR al vi-

sualizarlo como estratégico ha puesto en marcha una serie de proyectos, algunos ya operativos: el desarrollo profesional continuado, una herramienta que permite demostrar objetivamente las competencias de cada uno de los neumólogos; la acreditación de unidades funcionales o la certificación de determinadas patologías que permite también de forma cuantificable garantizar la calidad de nuestra actividad profesional. En fase de reflexión está la posibilidad de plantear la acreditación de los servicios de neumología en su conjunto. Disponer de certificaciones oficiales de nuestro buen hacer profesional va a convertirse en algo necesario. Desde mi punto de vista, la exigencia social para que demostremos la calidad de nuestra actividad asistencial va a ir todavía un poco más allá. Una de las asignaturas pendientes en nuestra profesión es la falta de control sistemático y estructurado de indicadores tanto de proceso como de resultado. Tenemos indicadores, nos lo dicen las guías clínicas, pero no los controlamos; incluso reconocemos que las guías clínicas no se implementan. Parece evidente que una de las consecuencias de esta falta de cumplimiento de las guías clínicas es la variabilidad en la práctica clínica que no se justifica por diferencias en las características de los pacientes, en las geográficas o en las ligadas a los distintos modelos sanitarios. Que existe variabilidad está fuera de toda duda y buena parte de ella se debe a diferencias en nuestra actuación profesional, que con frecuencia condiciona diferencias en resultados difíciles de asumir. Al margen de la exigencia social de demostrar objetivamente nuestro buen hacer, considero que entrar en la disciplina de controlar el proceso y los resultados nos permitiría identificar áreas de mejora y compararnos con los mejores. Identificar áreas de mejora y ver la posición que ocupa cada uno en relación a los mejores podría ser un revulsivo que nos empujase a implementar las guías clínicas y de esta manera empezar a reducir la variabilidad.

El papel del jefe de servicio^{14,15}

Al jefe de servicio le corresponde la tarea de identificar los nuevos escenarios de este futuro inmediato que estoy analizando e introducir rápidamente los cambios necesarios para abordarlos con éxito. Hay una primera, necesaria y difícil tarea de concienciar al propio equipo sobre ese futuro inmediato y sus posibles consecuencias, porque casi siem-

pre la adaptación a un nuevo escenario significa cambios. Cambios en el modelo organizativo, en la forma de trabajar, incluso cambios de rol. Esto no es fácil de asumir; por eso el contar con un grupo de profesionales que trabajen en equipo, flexibles, proactivos y abiertos a ideas innovadoras, resulta básico. Crear un grupo de personas que trabajen en equipo de forma coordinada, con objetivos compartidos y valorando el respeto mutuo, la armonía y las buenas relaciones en un marco profesional, es un trabajo árduo que requiere tiempo y dedicación. No sé si de esto tenemos mucho o poco en España, pero no soy muy optimista al respecto. Creo que para lograrlo deberíamos poner un especial énfasis en todo lo que tiene que ver con la actitud y las competencias transversales, de ahí la importancia que se les está dando en los nuevos proyectos que pretenden modificar la educación sanitaria.

Parece evidente que para afrontar este futuro inmediato sobran los jefes de servicio tradicionales y se necesitan líderes que tengan la categoría profesional de jefes de servicio. Una de las debilidades del actual sistema sanitario es que los jefes de servicio, y los mandos sanitarios en general, tenemos un perfil que podría calificarse como de baja intensidad. No es fácil liderar un equipo con profesionales altamente cualificados, colegas, si no se empieza por

asumir que el valor añadido que un jefe de servicio debe aportar al grupo va vinculado al término de jefe; que no se trata tanto de ser un excelente neumólogo sino de liderar un grupo de trabajo y que ese es su cometido fundamental. Hablar de liderazgo da para mucho, en todo caso y simplificando, un jefe de servicio debe tener clara cuál es su misión –gestionar, es decir, buscar la eficiencia– tiene que tener lo que llaman visión –visualizar un escenario de excelencia por lograr, además de una aproximación al futuro inmediato– debe actuar de acuerdo a unos valores –respeto, coherencia, optimismo, equilibrio...– y tener un decidido compromiso con I+D+I.

Aunque antes he considerado que los jefes de servicio en general tenemos un perfil al que he llamado de baja intensidad, la situación está mejorando sensiblemente y va a seguir en esta línea. Creo que esto va a ser así por varias razones: la presión de los propios miembros de los servicios de neumología que van a exigir líderes no jefes tradicionales; la presión del sistema sanitario a través de unos equipos directivos cada vez más comprometidos y exigentes en alcanzar la eficiencia; nuestra propia sociedad científica valorando el concepto de liderazgo en lugar de la jefatura tradicional. Soy optimista.

<p>Puntos fuertes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nuestra sociedad científica: SEPAR. - Formación continuada estructurada y sólida. - I+D+I interiorizada y consistente. - Capacidad para adaptarse al cambio. - Competencias transversales puestas en valor. 	<p>Puntos débiles:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poca presencia y relevancia social. - Limitada cartera de servicios. - Falta atractivo de la especialidad.
<p>Oportunidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nuevas estrategias en la planificación sanitaria: enfermo crónico y pluripatológico. - Control objetivo de la calidad asistencial. - Perfil de jefe de servicio como líder. - Nuevos roles de la enfermería. - Alianzas con la atención primaria. - Creación de redes asistenciales. - Empezar a competir. 	<p>Amenazas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Algunas especialidades médicas competidoras. - Equipos directivos de perfil bajo. - Cambios políticos. - Movimientos internos de carácter secesionista. - Financiación de la industria farmacéutica. - Entorno con recursos limitados de forma permanente.

Figura 1. Matriz DAFO sobre la neumología y su posición frente al futuro a medio plazo.

Matriz DAFO

La herramienta que llaman matriz DAFO que trata de identificar los puntos fuertes, los puntos débiles, las oportunidades y las amenazas, permite reflexionar sobre la posición que se tiene de cara a afrontar un cambio, un reto o lo que aquí estamos comentado: un futuro inmediato con sus posibles retos o cambios. El desarrollo de esta herramienta se puede abordar desde distintos puntos de vista (individual, como servicio o como sistema sanitario...). En este caso lo voy a hacer desde el punto de vista de nuestra especialidad (figura 1).

BIBLIOGRAFIA

1. Ahn N, Meseguer J, Herce J. Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España. Fundación BBV: Madrid. 2003.
2. Reflexiones sobre la sanidad pública en España en el horizonte de 2020; JM. Cabasés, UPNA. 2013.
3. García Arnesto S, Abadía Taira B, Durán A, Bernal Delgado E. España: análisis del sistema sanitario. Sistemas sanitarios en transición. 2010;12:1-240.
4. Moreno Fuentes FJ. Retos, reformas y futuro del sistema nacional de salud. REAF 2013;18:238-266.
5. Katz MH. Structural interventions for addressing chronic health problems. JAMA. 2009; 302(6): 683-5. DOI:10.1001/jama.2009.1147.
6. Spijker J & MacInnes J. Population ageing: the time bomb that isn't?, *BMJ* 2013;347:f6598.
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el sistema nacional de salud. 2012.
8. Bengoa R. Innovaciones en la gestión de las enfermedades crónica. JANO 2008;1.718:49-52.
9. Batres Sicilia JP, Álvarez Tello M, Gallardo Santos P. De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la enfermera comunitaria de enlace. *Rev Adm Sanit* 2009;7:313-322.
10. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002;324:819-823.
11. Kodner D. All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly* 2009;13(Sp):6-15.
12. Respira-fundación española del pulmón-SEPAR. Libro blanco: la neumología. 2015.
13. Sociedad española de calidad asistencial. La calidad de la atención sanitaria. Indicadores de efectividad clínica. 2013.
14. Pérez JJ, García J, Tejedor M. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17:305-311.
15. Ortún-Rubio V. Claves de la gestión clínica. En: Barcelona Masson, editor. Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta; 2003; p. 2-35.