



CONTENIDO ESPECIAL

El libro blanco de la nefrología española (I)

Sociedad Española de Nefrología

Dirección técnica

- Junta Directiva de la *Sociedad Española de Nefrología*.
- *Cuanter*, Investigación Social y de Mercado.

Grupo de expertos

Pedro Aljama García
 María Teresa Aranda Jaquotot
 Manuel Arias Rodríguez
 Emilio Armada Rodríguez
 José Miguel Cruz Rodríguez
 Miguel de la Fuente Sánchez
 Ana María Fernández Rodríguez
 Javier Gómez Mora
 José Luis Górriz Teruel
 Julio Hernández Jaras
 Emma Huarte Loza
 Dolores Jarillo Ibáñez
 Ildefonso Lampreabe Gaztelu
 Ricardo Lauzurica Valdemoros
 Santiago Luengo Gómez
 Benito Maceira Cruz
 Serafín Málaga Guerrero
 Alejandro Martín Malo
 Fuensanta Moreno Barrio
 Aniana Oliet Pala
 José Pérez Vilariño
 Lluís Piera Robert
 Manuel Praga Terente
 Carlos Quereda Rodríguez-Navarro
 Nicolás Roberto Robles Pérez
 José Luis Rodicio Díaz
 José Carlos Rodríguez Pérez
 Dámaso Sanz Guajardo
 Rafael Selgas Gutiérrez
 José Matías Taberner Romo
 Fernando Valderrábano Quintana
 Francisco Valdés Cañedo

Con la colaboración de

Janssen-Cilag

LA NEFROLOGÍA ESPAÑOLA ANTE EL SIGLO XXI. SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

Proyecto promovido y coordinado por la Junta Directiva de la Sociedad Española de Nefrología

Presidente: Dr. Dámaso Sanz Guajardo.

Vicepresidente: Dr. Francisco Valdés Cañedo.

Secretario: Dr. Luis María Orte Martínez.

Tesorero: Dr. José López Pedret.

Vocales: Dr. Miguel Ángel de Frutos Sanz.
 Dr. José María Morales Cerdán.
 Dra. Fuensanta Moreno Barrio.
 Dr. Jesús Olivares Martín.

Coordinador del Registro de Diálisis y Trasplante

Dr. Juan José Amenábar Iríbar.

Coordinador de Docencia e Investigación

Dr. José Carlos Rodríguez Pérez.

Director Revista «Nefrología»

Dr. Rafael Matesanz Acedos.

Coordinadores Generales del Estudio

Dr. Francisco Valdés Cañedo y Dra. Fuensanta Moreno Barrio.

I. METODOLOGÍA

El *diseño metodológico del estudio* se ha basado en dos pilares básicos:

- a) El diagnóstico de la situación actual y las perspectivas de futuro debía ser realizado por los propios involucrados en el presente y futuro de la Nefrología en España. Por tanto, el diseño debía contemplar la necesidad de conocer la opinión de todas las categorías profesionales/laborales de nefrólogos/as, desde el médico interno residente hasta el jefe de Servicio.
- b) El estudio debía reunir las máximas garantías científicas que permitieran avalar conclusiones fiables y representativas.

Con estas premisas de partida, el *planteamiento metodológico del Estudio siguió la siguiente secuencialización*:

1. Comunicación masiva al conjunto de miembros de la Sociedad Española de Nefrología y revisión bibliográfica

El objetivo de esta fase fue la presentación del estudio a todos los miembros de la SEN y solicitar su colaboración en caso de ser una de las personas seleccionadas en alguna de las fases posteriores. Esta fase sirvió también para recoger aportaciones y sugerencias que incorporar al proyecto y actualizar los objetivos y el diseño final del estudio.

2. Fase cualitativa

Concebida como una fase exploratoria, se planteó con la finalidad de obtener información sobre los problemas, percepciones, motivaciones, actitudes de los nefrólogos ante las cuestiones planteadas en los objetivos, incorporar esta información al análisis último del estudio, en tanto que algunas de las cuestiones sólo es posible abordarlas desde una perspectiva cualitativa, y utilizar esta información para el diseño de las herramientas de trabajo de la fase cuantitativa (el cuestionario). Las técnicas cualitativas concretas que se han utilizado para el desarrollo de esta fase de la investigación han sido los *grupos de discusión* y las *entrevistas en profundidad*.

La técnica del *grupo de discusión* nos ha permitido concretar y ubicar los amplios temas que esta investigación se proponía abarcar, ya que la propia metodología del desarrollo de una dinámica de grupo genera un diálogo/debate en el que se reiteran y/o contraponen opiniones, se matizan valoraciones, se jerarquizan los distintos aspectos que van surgiendo como consecuencia del diálogo/discusión, de forma que las

opiniones individuales van creando un cuerpo de debate muy rico en profundidad y matices. Mediante esta técnica hemos podido jerarquizar, según la importancia e intensidad del debate sobre los mismos, los temas/objetivos de la investigación, así como encontrar las razones y motivaciones evidentes, y menos evidentes, de las opiniones que se vierten. Se han llevado a cabo *dos grupos de discusión con nueve participantes por grupo*. La selección de los participantes en los grupos se hizo de forma aleatoria previa segmentación por categoría laboral, edad y años de especialización. Esta segmentación previa era necesaria para evitar la homogeneidad de los participantes.

Las *entrevistas en profundidad* nos han permitido consultar, individual y pormenorizadamente, sobre todos aquellos temas que, a través de las reuniones de grupo, llegamos a la conclusión de que eran considerados como más prioritarios o como objetos de controversia, en el debate sobre el presente y futuro de la especialidad —la Nefrología— y de los profesionales —los nefrólogos—. Se realizaron un total de *ocho entrevistas en profundidad*, con el mismo proceso de selección descrito para los grupos de discusión.

3. Fase cuantitativa

Basada en la técnica de *encuesta* con cuestionario estructurado, el objetivo de esta fase del estudio fue disponer de datos representativos y extrapolables al conjunto de nefrólogos, acerca de los diferentes temas objeto de estudio. Los principales parámetros metodológicos de la *encuesta* son los siguientes:

Marco poblacional: Conjunto de nefrólogos/as pertenecientes a la Sociedad Española de Nefrología.

Tipo de muestreo: Muestreo estratificado según situación/categoría laboral.

Tamaños muestrales y distribución de la muestra: Se han realizado un total de 231 entrevistas con la siguiente distribución por categoría laboral.

<i>Categoría laboral</i>	Asignación muestral
• Jefe Servicio / Sección	50
• Adjunto / Facultativo	
• Especialista de Área	119
• Médico Interno Residente	34
• Otros	28
Total	231

Selección de la muestra: Muestreo aleatorio simple a partir del listado de Miembros de la Sociedad Española de Nefrología. En el caso de los MIR, la

selección se llevó a cabo previa selección inicial de una muestra aleatoria de hospitales.

Cobertura de la encuesta y error de muestreo: Los tamaños muestrales utilizados implican una cobertura aproximada del 25% de los Miembros de la Sociedad Española de Nefrología. La muestra final de 231 entrevistas significa la muestra válida (personas que cumplieron el cuestionario). La tasa de respuesta global ha sido del 85% sobre el total de

nefrólogos/as contactados. La mayor parte de los que no respondieron fueron personas ilocalizables por cambio de domicilio, residentes en el extranjero y otras situaciones. Como un indicador de la representatividad de la muestra, la tasa de negativas ha sido tan sólo del 6%, porcentaje significativamente inferior al habitual en encuestas de este tipo.

El error de muestreo absoluto correspondiente a la fracción de muestreo utilizada se puede acotar por $\pm 5\%$, para los porcentajes ofrecidos en la encuesta, a un nivel de confianza del 95%.

Para una mejor interpretación de los resultados expuestos, y como referencia de la representatividad de la muestra, en el cuadro adjunto se recoge la distribución por diferentes variables de clasificación, del conjunto de nefrólogos/as que cumplimentaron el cuestionario (excepción hecha de la muestra de MIR, que configuran una muestra homogénea respecto a la mayor parte de las variables descritas).

Trabajo de campo: Se llevó a cabo durante el segundo trimestre del año 1998 por la Red de Campo de CUANTER.

Distribución muestral: Perfil sociodemográfico y profesional

Variable	% Especialistas
• <i>Sexo</i>	
– Hombre	70,1
– Mujer	29,9
• <i>Edad</i>	
– Menos de 35 años	19,3
– 35 a 39 años	16,2
– 40 a 44 años	15,7
– 45 a 49 años	23,9
– 50 a 54 años	18,3
– Más de 54 años	6,1
– No consta	0,5
Media	42,9 años
• <i>Doctorado</i>	
– Sí	44,2
– No	55,8
• <i>Año especialización</i>	
– Antes de 1978	12,7
– 1978 a 1984	39,6
– 1985 a 1991	16,2
– Después de 1991	25,9
– No consta	5,6
Media	1.985
• <i>Vía título especialista</i>	
– MIR	82,7
– Otras vías	17,3
• <i>Tipo Centro (actividad principal)</i>	
– Hospital público	78,2
– Resto	21,8
• <i>Características del Centro</i>	
– Menos de 400 camas	22,8
– 401 a 1.000 camas	43,1
– Más de 1.000 camas	20,8
– Centro sin hospitalización	8,6
– Otros	4,7
• <i>Relación laboral</i>	
– Estatutario	48,2
– Laboral indefinido	22,3
– Laboral temporal	6,6
– Interino	17,3
– Otros	5,6

4. Grupo Delphi

Para la elaboración de las conclusiones del estudio y su integración en el informe final, se utilizó la técnica *Delphi* con panel de expertos. El objetivo de utilizar esta técnica ha sido alcanzar un cierto nivel de consenso, basándonos en opiniones cualificadas de personas que, por sus conocimientos y experiencia, abarcaran en conjunto un campo lo más amplio posible y diversificado sobre el tema objeto de estudio.

Participaron en esta fase un total de nueve expertos, seleccionados de acuerdo a los criterios ya utilizados en la fase cualitativa.

FASE CUALITATIVA

II. PRIMERA PARTE: DIAGNÓSTICO SOBRE EL PRESENTE

1. La descripción del estado actual de la Nefrología española: evolución y diagnóstico desde el presente

Desde una perspectiva global, la unanimidad en el análisis de la trayectoria se caracteriza por los siguientes rasgos:

- Especialidad relativamente joven, con respecto al conjunto de las especialidades médicas, ya que nace en los últimos años sesenta y es reconocida como es-

pecialidad independiente en el año 1977. Por tanto, su trayectoria es relativamente corta en el tiempo.

- Los «padres» de esta especialidad son hoy día todavía profesionales en activo de reconocido prestigio nacional e internacional.

- Por su concepto de origen, la Nefrología se concibió como una especialidad hospitalaria, y, a lo largo de su trayectoria, se ha consolidado como tal.

- El reconocimiento internacional del ámbito asistencial de la Nefrología española ha sido, y sigue siendo, uno de los componentes más importantes de sus señas de identidad, fundamentalmente en las técnicas de diálisis y en trasplante renal. En este último se ha constituido en un auténtico «modelo» a nivel mundial.

- Este reconocimiento internacional, junto con la continua y creciente expansión, y el ser una especialidad que ha obtenido éxitos en la resolución de problemas asistenciales graves, ha configurado una imagen muy positiva de la Nefrología tanto interna, entre los profesionales de la medicina y los propios especialistas, como ante la Administración Sanitaria.

- A día de hoy se percibe a la Nefrología como una especialidad que ha alcanzado su «mayoría de edad».

Todos estos rasgos de la trayectoria de la Nefrología, sobre los que el acuerdo de los especialistas es unánime, podrían inducir a pensar que no cabe reflexión alguna sobre una especialidad que ha crecido en el éxito y el reconocimiento. Sin embargo, en el inicio de la década de los años noventa, comienza a perfilarse un punto de inflexión sobre el que influyen de una manera destacada elementos que tienen que ver tanto con el desarrollo de la Nefrología en la práctica interna y cotidiana de la vida intra-hospitalaria, como con otros aspectos relacionados con la estructura de las plantillas de profesionales. Asimismo, el crecimiento de la especialidad de modo desigual en unos u otros centros hospitalarios, o la creación de nuevos Servicios y Secciones de la especialidad en centros hospitalarios de tamaño medio o más pequeño, ha generado una diversidad de situaciones que no permiten desarrollar un diagnóstico homogéneo respecto a una situación global de la Nefrología. Tampoco es posible obviar que esta especialidad participa de los problemas que a nivel general se perciben en el conjunto del Sistema Sanitario.

La situación actual de la especialidad, definida por algunos de los nefrólogos consultados como de «crisis de éxito», podría sintetizar muy bien cual es el estado de ánimo de los profesionales con respecto a la especialidad. Veamos pormenorizadamente los elementos que inciden en el análisis y diagnóstico de la Nefrología.

1.1. Asistencia

Podría parecer que la Nefrología como tal «ha tocado techo» en un corto espacio de tiempo de vida. Sin embargo, parece que este «tocar techo» se refiere fundamentalmente a la capacidad de la especialidad con respecto a la actividad asistencial intrahospitalaria, en la que se ha desarrollado hasta el límite de la capacidad de trabajo de los especialistas. *La presión asistencial ha supuesto en ocasiones un freno al desarrollo de la especialidad en otros ámbitos como el de la investigación, la docencia y la prevención;* pero a su vez ha sido la que ha impulsado el reconocimiento intrahospitalario, su crecimiento y desarrollo. La consolidación ha venido de la mano de los tratamientos sustitutivos: diálisis y trasplante renal.

Esta presión asistencial tiene su *origen en el incremento progresivo del número de enfermos y con patologías más complicadas, junto a un estancamiento de plantillas,* y como consecuencias más destacables ha provocado el *«cansancio y desmotivación de los profesionales» y la pérdida progresiva de competencias que han ido adquiriendo otras especialidades.*

Como elementos positivos a destacar, el conjunto de especialistas consultados están de acuerdo en que la Nefrología tiene hoy en España una *cobertura asistencial generalizada* que llega a todos los rincones del país, *cubre las necesidades nefrológicas de toda la población, y con un nivel muy alto y homogéneo.*

En los problemas de organización y gestión de la especialidad en la vida interna de los hospitales, la Nefrología participa de los problemas globales del resto de las especialidades en el desarrollo cotidiano de los mismos. En síntesis estos problemas tienen que ver con la escasa o nula capacidad de los Servicios de Nefrología para establecer su orden de prioridades en la dotación y gestión económica, a pesar de que las jefaturas de servicio son consultadas y/o obligadas a «gestionar», pero con escasa capacidad de decisión en problemas que afectan, por ejemplo, al incremento de las plantillas.

El presente de la Nefrología está condicionado por la superespecialización que se produce en el ámbito de la especialidad, tanto en los propios hospitales, como en la actividad cotidiana de los especialistas en un mismo hospital. Es cada vez más habitual la práctica de la dedicación más específica a determinadas áreas de la Nefrología. Como consecuencia, la especialidad es cada vez más compleja en el presente y se vislumbra un futuro en esa línea de complejidad.

La descripción de la situación actual de la Nefrología en el Área Asistencial se caracteriza, en síntesis, por los siguientes elementos para su análisis:

- Una excesiva presión asistencial, aunque desigual según unos u otros centros hospitalarios, que

frena las posibilidades de mayor desarrollo de la investigación, la docencia y la prevención.

- El incremento progresivo del número de pacientes y la creciente complejidad de las patologías que presentan, es una de las causas de la creciente presión asistencial.

- El estancamiento de las plantillas hospitalarias y las diferencias entre unos y otros hospitales en la dimensión de las mismas, sería otra de las causas asociadas a la presión asistencial mencionada.

- Como consecuencia, se produce un progresivo cansancio y desmotivación de los profesionales, que se encuentran escasamente motivados en cuanto a la carrera profesional, y con una excesiva carga asistencial.

- Otra consecuencia de la saturación del trabajo asistencial es la progresiva pérdida de competencias, tanto diagnósticas como terapéuticas, en beneficio de otras especialidades.

- La Nefrología es en la actualidad una especialidad que, en el ámbito asistencial, presenta una cobertura geográfica generalizada y cubre las necesidades asistenciales de toda la población española.

- Como cualquier otra especialidad médica, participa de los mismos problemas de organización/gestión hospitalaria, fundamentalmente de la escasa capacidad de gestión y organización de los servicios.

1.2. Investigación

En la génesis del desarrollo de la Nefrología, *la investigación en el ámbito de la tecnología de la diálisis*, apoyada por la industria que estaba interesada en el fomento de esa vía de investigación y aportaba adelantos técnicos, ha sido uno de los pilares básicos de la labor de investigación de esta especialidad. Junto a ello, el desarrollo, avances y universalización del trasplante renal ha incentivado otra vía de investigación en este ámbito, en concreto en los aspectos inmunológicos y también en nuevas técnicas aplicadas a pacientes con insuficiencia renal.

En los orígenes, hubo una cierta especialización espontánea en los Servicios de Nefrología, y algunos se consolidaron en la vertiente asistencial, mientras que otros, junto con la vertiente asistencial, desarrollaron una actividad investigadora y docente importante. El liderazgo en el ámbito de la investigación ha ido incorporando otros Servicios que han asumido el liderazgo de la investigación. El desarrollo de la labor de investigación ha estado ligada principalmente a la inquietud de los nefrólogos y a la labor docente, con la que la investigación suele caminar en paralelo.

La Nefrología ha sido pionera en la incorporación de otros profesionales para apoyar y enriquecer la labor de investigación y, de esta forma, se incorporaron al Servicio de Nefrología profesionales como biólogos, químicos, etc. En la actualidad, debido a la presión y el coste económico de la asistencia, esta incorporación de profesionales de otras ramas del conocimiento se ha ido perdiendo poco a poco.

Actualmente, los Servicios están retomando, en la medida que pueden, la investigación básica o la investigación aplicada. Asimismo, los nefrólogos se incorporan a los programas en las Unidades de Investigación Clínica y Básica o Epidemiológica. Estas Unidades están impulsadas y favorecidas desde el Ministerio de Sanidad, a través del Instituto de Salud Carlos III, y se abastecen del Fondo de Investigaciones Sanitarias. Por tanto, hoy el nefrólogo que quiere desarrollar su carrera profesional en el ámbito de la investigación, debe enfocar su actividad hacia estas Unidades de Investigación.

En general, hay una sensación de que la época dorada de la investigación en la especialidad ha pasado. En estos momentos se percibe un déficit en investigación y los grupos de nefrólogos que están desarrollando esta labor lo están haciendo con escasos recursos y un gran entusiasmo individual. Las dificultades son tanto de tipo económico como estructural, en la medida en que los Servicios no pueden disponer de medios, estructuras para desarrollar la investigación que desearían y, por otro lado, carecen de autonomía para decidir cómo establecer sus propias prioridades.

En cualquier caso, el reconocimiento tanto nacional como internacional, de la investigación desarrollada por los nefrólogos españoles está fuera de duda para los nefrólogos. Sin embargo, la falta de recursos, los problemas derivados de la estructura de las plantillas y de la carrera profesional, hacen que hoy haya profesionales que consideren que también el ámbito de la investigación debe ser objeto de una reflexión. A ello debe añadirse que entre algunas de las facetas que la Nefrología ha ido abandonando o nunca ha incorporado (por el carácter tradicionalmente intrahospitalario que ha tenido la Nefrología desde su origen) se encuentra la prevención, una de las actividades profesionales que está especialmente ligada a la investigación.

En resumen, el ámbito de la investigación, se caracteriza en la actualidad, por los siguientes elementos:

- Reconocimiento nacional e internacional de la labor desarrollada por los nefrólogos españoles en el ámbito del desarrollo de tecnologías aplicadas a las técnicas asistenciales de la diálisis y el trasplante renal (aspectos inmunológicos).

- Especialización espontánea en el origen, unos Servicios dedicados a la vertiente asistencial y otros dedicados más a la vertiente investigadora y docente.

- Especialidad pionera en la incorporación de profesionales de otras materias a sus equipos de investigación.

- Incorporación y participación activa en las Unidades de Investigación Clínica y Básica impulsadas desde el Ministerio de Sanidad a través del Instituto de Salud Carlos III.

- Escasos recursos para seguir avanzando en investigación, y gran aportación de esfuerzo y entusiasmo personal en los especialistas que lo están haciendo, a pesar de las peores perspectivas de carrera y prestigio profesional.

- Apertura de nuevas expectativas de investigación en el ámbito de la prevención.

1.3. *Docencia*

La docencia en la especialidad de Nefrología presenta, como todas las especialidades médicas, dos vertientes: pre-graduada y post-graduada.

Desde el punto de vista de algunos nefrólogos, la docencia pre-graduada es impartida, en ocasiones, por especialistas en Medicina Interna. Posiblemente debido a problemas de endogamia de la universidad, con la que las relaciones, en algunos casos, no son precisamente cordiales. En segundo lugar, adolece de clases prácticas, donde los nefrólogos podrían tener un mayor protagonismo.

Se aprecian también problemas serios en el área de la docencia post-graduada que podemos resumir en:

- Los centros acreditados para impartir docencia post-graduada no cumplen adecuadamente los requisitos necesarios para renovar anualmente su capacidad docente.

- Actualmente, el programa de formación de especialistas en Nefrología contempla una duración de cuatro años, de los cuales 18 meses deben pasarse en rotación por Unidades de Medicina Interna, y 30 meses específicamente en rotación por las diferentes Unidades de los Servicios de Nefrología. La UEMS (European Union of Medical Specialists) propone dos años de Medicina y cuatro años para la formación específica en Nefrología, uno de ellos podría dedicarse a la investigación. Este esquema coincide con el que la Comisión Nacional de la Especialidad está solicitando a la Administración. Por lo que el programa actual parece insuficiente.

Desde el punto de vista de los nefrólogos, la docencia post-graduada cuenta con nefrólogos de indudable prestigio, habiéndose facilitado mucho durante años la posibilidad de dedicación docente a

quienes así lo han deseado. Sin embargo, hoy se plantea la necesidad de racionalizar la docencia post-graduada y reestructurarla en cuanto a Centros, ya que los criterios de acreditación docente no parecen muy estrictos, en la medida en que en algunos casos se solicita y concede la posibilidad de cubrir plazos de MIR, más por necesidades asistenciales del Servicio, que por cumplir los requisitos y tener auténtica vocación para ello.

Respecto a la forma de definir el número de MIR que acceden a la especialidad, se manifiesta la necesidad de que se establezca con criterios globales de las necesidades de la Nefrología y no de necesidades de cobertura de las deficiencias de las plantillas. Ahora bien, el problema que plantea la escasez de MIR es que está impidiendo que las plantillas se renueven por abajo.

Junto a lo anterior, parece que los criterios de la Sociedad Española de Nefrología sobre la duración de la especialización o docencia post-graduada es compartida por algunos nefrólogos, quienes opinan que realmente es la más corta de Europa.

Se aprecia un gran problema de motivación y de peor cualificación («hoy llegan los últimos números del MIR») en los jóvenes MIR que llegan a los hospitales para cursar la especialidad de Nefrología. Este problema podría tener causas de dos tipos: externas, es decir, desmotivación de los propios MIR, bien sea por razones familiares (deseo de tener más tiempo libre para dedicar a su familia, desmotivación con las perspectivas profesionales, entre otras) o de escasez de perspectivas de encontrar un puesto de trabajo en la especialidad, e internas, causas atribuibles a un cierto grado de desmotivación de los propios Servicios de Nefrología, debido al cansancio y descenso en la motivación profesional de las plantillas estables. El ejemplo que algunos especialistas están transmitiendo a los MIR es reprobable en la medida que ellos mismos «han tirado la toalla» en cuanto a su propia formación continua y estímulos profesionales, por lo que pueden transmitir a los residentes desidia y desmotivación. Detrás de estas consideraciones aparece también una cierta autocrítica al carácter excesivamente paternalista de la docencia y un estado de crisis de saber por dónde tiene que ir el futuro. Si el residente resuelve bien los problemas asistenciales, guardias, etcétera, y adquiere bien las habilidades, se considera su formación exitosa. Sin embargo, tras este argumento tal vez exista la satisfacción del Servicio porque descarga de trabajo asistencial al resto de la plantilla. Si el residente no demuestra otros intereses (lectura, investigación, presentación de ponencias,...), se considera que su grado de implicación en el Servicio y en su formación es escaso. La ambigüedad de las reflexiones sobre estos aspectos son especialmente signifi-

cativas, por cuanto describen una situación poco homogénea, y con necesidad de unificación de criterios.

No obstante, no todos los nefrólogos opinan de igual modo respecto al perfil del MIR que llega a la especialidad de postgrado. Hay quienes opinan que son jóvenes especialmente bien formados, con un expediente académico impecable y, por tanto, gente de una gran calidad.

La formación permanente y continuada es un aspecto en el que en la actualidad no están claras las funciones y la estructura. La confluencia de intereses entre colegios profesionales, universidades y sociedades científicas, es un problema que empaña la formación permanente, y desde los nefrólogos se demanda a la Sociedad Española de Nefrología que plantee ante la Administración la necesidad de que este tema se estructure, se legisle sobre él para su clarificación.

En síntesis, los aspectos más destacados de la descripción de la situación actual de la vertiente docente de la Nefrología, son los siguientes:

- La docencia pre-graduada en Nefrología, está impartida, en ocasiones, por especialistas en Medicina Interna.

- Los problemas que se plantean con respecto a la docencia post-graduada, incumplimiento de los requisitos para impartir docencia por parte de algunos de los centros en los que se lleva a cabo esta actividad y necesidad de ampliación de la duración de la especialización, son compartidos por los nefrólogos consultados. Consideran también que los criterios para la adjudicación del número de plazas de MIR deben fundamentarse en las necesidades globales de la especialidad y no en criterios de necesidades particulares de los hospitales.

- Existen problemas reales de falta de motivación y cualificación de los MIR que eligen la especialidad, debido tanto a causas internas de los MIR (mayor edad y preocupaciones lógicas por la oportunidad de encontrar un puesto de trabajo al finalizar la especialidad, etcétera) y externas, achacables a los propios Servicios de Nefrología, que no son capaces de motivar e ilusionar, por cansancio o por su propia desmotivación.

- La formación continuada es un tema que está sin resolver a nivel competencial. Se demanda a la Sociedad Española de Nefrología protagonismo e iniciativa ante la Administración para dar soluciones a este problema.

1.4. Relación con otras especialidades

La Nefrología nace como una especialidad diferenciada de la Medicina Interna. En su desarrollo va abarcando áreas y patologías ligadas a los problemas de

la insuficiencia renal. Durante años, la especialidad va dando respuesta a los problemas graves del tratamiento paliativo de esta patología, con programas diagnósticos y terapéuticos muy específicos. A lo largo de casi tres décadas, el desarrollo de la Nefrología está relacionado con esa evolución, alejándose de la Medicina Interna. Sin embargo, en el camino va encontrándose con una mayor presión asistencial, que obliga a bastantes especialistas a ir dejando de lado su protagonismo en el tratamiento de otras patologías asociadas u origen de las enfermedades renales que requieren de su intervención. Los motivos están ya dichos en algún momento: la presión asistencial hospitalaria es la causa principal del repliegue de la actividad de los nefrólogos en otros ámbitos de la asistencia y la superespecialización en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica.

Esta pérdida de protagonismo es analizada desde al menos dos puntos de vista, que tienen que ver con otros tantos análisis de la situación que hoy viven los nefrólogos. Un primer punto de vista es el de quienes afirman que se van abandonando parcelas propias por la escasez de las plantillas y la presión asistencial, junto a la competencia de otras especialidades por no seguir perdiendo parcelas. Otros consideran que el cansancio de los nefrólogos está también ligado a un cierto desencanto del entusiasmo inicial, una pérdida de interés por seguir luchando por el desarrollo de la Nefrología.

En la base del problema de la relación con otras especialidades, en lo que se refiere a la pérdida o no de parcelas de una y otras, está también la diferenciación entre unos y otros hospitales, ya que se ofrecen ejemplos de hospitales grandes con plantillas bien dimensionadas y con personas —nefrólogos— preocupadas en mantener la presencia de la especialidad en todos los ámbitos y que, incluso, tienen la autoridad necesaria para imponer qué tipo de profesionales de otras especialidades tienen que formar parte de unidades ligadas a la Nefrología (Unidad de Hipertensión Arterial, entre otras), y ejemplos de otros hospitales, del mismo o diferente tamaño, en los que la pérdida de parcelas se produce por escasez de plantillas, por falta de recursos, o bien por simple dejadez de los propios nefrólogos. Lo que realmente se plantea es que la relación con otras especialidades se sitúa en dos planos: personas y recursos.

La tipología de patologías que entran en esta distribución y choque de competencias se citan a lo largo de las reuniones de grupo y las entrevistas en profundidad por unos y otros nefrólogos, y serían las siguientes:

- Hipertensión arterial.
- Nefropatía diabética.
- Infecciones urinarias.

- Litiasis renal.

Y las especialidades, objeto de este choque, que se citan también reiteradamente, son las siguientes:

- Cardiología.
- Urología.
- Reumatología.
- Endocrinología.
- UCI (en el caso de fracaso renal agudo).
- Medicina Interna.
- Radiología.

Bastantes de los nefrólogos consultados manifiestan que la imagen del nefrólogo es inmejorable, fundamentalmente entre los pacientes que lo consideran su «mejor internista». Incluso esta opinión parece que es compartida por los especialistas en Medicina Interna. Un posible rechazo de otros especialistas a los enfermos con problemas de insuficiencia renal, la capacidad de globalización del paciente, y el reconocimiento de que los nefrólogos en general son buenos, es lo que está en la base de esta imagen positiva.

Las consecuencias que provoca en la Nefrología este choque de especialidades están relacionadas tanto con las perspectivas de desarrollo de la especialidad dentro del ámbito hospitalario, como es por ejemplo una disminución de la capacidad de controlar más y mejor a sus propios pacientes, como en lo que es la propia identidad de la especialidad, que se encuentra en la encrucijada de la posibilidad de tener que «redefinir» sus propias competencias.

Desde la reflexión sobre las competencias de la Nefrología, se plantea la necesidad de asumir competencias en el área de la *prevención*, como una posible vía de solución tanto para la descongestión de la presión asistencial, porque permitiría recibir a los pacientes hospitalarios en condiciones de menor gravedad de la que actualmente se reciben, como por la necesidad de intervenir en estas parcelas que ahora se están perdiendo, desde el origen de los problemas. Más adelante se analizará el discurso que los nefrólogos desarrollan sobre cuál es el camino que consideran adecuado para desarrollar el ámbito de la prevención, ahora sólo vislumbramos que, para la mayoría de ellos, la asunción de responsabilidades en la prevención requiere la extensión de la especialidad fuera del ámbito hospitalario.

Como resumen de la situación actual sobre el choque de competencias con otras especialidades, la situación presenta los siguientes elementos de análisis:

- El choque entre especialidades tiene como causas posibles todas las relacionadas con la presión asistencial (incremento del número de enfermos hospitalarios e incremento de la complejidad de las patologías), así como con la escasez y rigidez de las

plantillas (inevitablemente ligado también a la presión asistencial).

- Influye de modo importante el que los nefrólogos hayan ido abandonando parcelas por cansancio, o por pérdida de la pujanza inicial con que afrontaron la creación de una nueva especialidad, así como por la cada vez mayor superespecialización de los nefrólogos.

- Las consecuencias afectan tanto a una cierta pérdida de identidad de la especialidad como a las posibilidades de desarrollo de cara al futuro.

Como consecuencia de la reflexión sobre la relación de la Nefrología con otras especialidades, se produce el debate sobre la necesidad de entrar en el ámbito de la prevención, como modo de desarrollar la especialidad y para ejercer un cierto control de las patologías de los pacientes, que a menudo llegan al hospital en estadios que podrían subsanarse si se actuara, preventivamente, en fases previas.

2. Descripción de los problemas actuales de los profesionales

En la descripción de la trayectoria de la Nefrología hemos advertido una casi total unanimidad de criterios en lo que ha sido la corta vida de la especialidad, en la descripción de sus fases de desarrollo, y en los problemas, causas y consecuencias de la situación actual. Es al analizar los temas relacionados con los profesionales, cuando encontramos algunos puntos de vista encontrados en cuanto a la descripción de las distintas situaciones en las que están inmersos. Se analiza, en primer lugar, la descripción que de sí mismos hacen los propios profesionales de la Nefrología, en cuanto a su situación en la carrera profesional.

2.1. Descripción sociodemográfica de los especialistas en Nefrología

Para describir a los nefrólogos/as, hay que partir inicialmente de la base del reconocimiento y proyección profesional general de la que gozan, tanto en la vida interna hospitalaria, como a nivel internacional. En la actualidad, se podría hablar de tres generaciones de nefrólogos cuyas características son las siguientes:

- Una primera generación cuyo desarrollo profesional es paralelo al de la propia especialidad: es la generación de los comienzos de la Nefrología, que crece y se desarrolla con ella, son realmente los «padres» de la Nefrología; se inicia, por tanto, en la especialidad, en los años sesenta, y en la actualidad están llegando a la jubilación.

- Una segunda generación de nefrólogos que son jóvenes todavía, ya que están entre los 40 y 55 años aproximadamente. Por tanto, les quedan por delante entre quince y veinte años de profesión, e incluso más. Entran en la especialidad en plena expansión de la misma, teniendo por delante a la generación anterior, y con escasa diferencia de edad en muchos de los casos; en la actualidad muchos de ellos tienen escasas perspectivas de desarrollar una carrera profesional, ya que sólo pueden esperar a la jubilación de la primera generación para acceder a puestos profesionales de mayor prestigio y responsabilidad. Esta generación conforma el grueso de los profesionales, y la que hoy en día lleva el peso de la especialidad.

- La tercera generación la componen los especialistas que se están incorporando al ejercicio de la especialidad. Es una generación muy joven, con una excelente preparación, pero debido a la juventud de la segunda generación, tienen escasas perspectivas profesionales, incluso problemas de estabilidad en los puestos de trabajo donde están desarrollando la especialidad.

- La cuarta y última generación es la de los especialistas en paro o subempleo.

Los problemas que afectan a los profesionales son los que están ligados a una especialidad y especialistas que nacen y se desarrollan juntos. De forma que, así como en otras especialidades hay relevo profesional escalonado, la Nefrología tiene un gran grupo de nefrólogos de la segunda, y algunos de la primera generación, con una edad similar, que impide el que se produzca el natural relevo generacional por la base.

Este tipo de apreciaciones podría conducir al análisis a un lugar distinto del que en realidad describen los profesionales, pues siendo una población joven la del conjunto de los nefrólogos, la especialidad tendría que estar inmersa en un vigor y empuje que, sin embargo, no parece ser el que los propios nefrólogos describen. El problema es que la juventud de los especialistas es precisamente el problema que subyace a los que se verán a continuación, ya que hay especialistas que a lo largo de su carrera profesional han visto frustradas sus expectativas de promoción profesional y, por tanto, están faltos de incentivos en este aspecto concreto.

2.2. Descripción de los problemas de los profesionales

En la juventud de la especialidad y en la juventud de los especialistas residen, en gran medida, las causas de la mayoría de los problemas que aquejan a los

profesionales de la Nefrología. La juventud de la especialidad, tuvo como efecto el que se incorporasen especialistas (de la primera generación) de edades similares y en un mismo momento (años sesenta). Hasta que la especialidad fue desarrollándose e implantándose en la red hospitalaria, los especialistas que se iban incorporando (segunda generación) tenían edades similares a los de la primera generación, pero ocuparon los segundos escalones. La dificultad de estos nefrólogos para progresar hacia los máximos puestos de responsabilidad, ha sido precisamente la *similitud de edad y antigüedad con respecto a los primeros*, de forma que a lo largo de los años no ha sido posible su progreso profesional en la vertiente administrativo-formal. Sin embargo, ha venido siendo una generación brillante en cuanto al ejercicio profesional y a sus trabajos de investigación, y su aportación al avance de la especialidad ha sido tan importante como el de la primera generación; el reconocimiento nacional e internacional, medido tanto por sus aportaciones científicas en congresos nacionales e internacionales, como por su trabajo cotidiano en la práctica hospitalaria, avala esta realidad.

Sin embargo, esta visión que los protagonistas de esta segunda generación tienen de sí mismos, no es compartida por algún componente de la primera generación, que achaca a la segunda un cierto «egoísmo», porque consideran que se han dedicado más a su propio cultivo profesional (trabajos de investigación con proyección internacional, excesiva superespecialización en parcelas concretas que les ha permitido ser brillantes, etc.), que al trabajo cotidiano más duro de la práctica asistencial del conjunto de la especialidad en los hospitales. Veamos cómo se expresan estas críticas.

Desde los componentes de esta segunda generación se aprecia el problema que ellos mismos suponen tanto para algunos componentes de la misma como para la generación más joven que tienen detrás, de la que tampoco la edad difiere sustancialmente, ya que si para ellos la carrera profesional está siendo un handicap, ellos mismos están siendo un «tapón» para los que les siguen inmediatamente en el escalafón, muchos de ellos sin estabilidad en las plazas que hoy ocupan, y con pocas o difíciles posibilidades de estabilizar su situación laboral.

La gran expansión de plantillas se desarrolló en los años ochenta, posiblemente por dos razones: el desarrollo de la especialidad y la ampliación de sus funciones dentro de los grandes hospitales en el área nacional, y la creación de hospitales medios o más pequeños, en los que se fueron incorporando Servicios y Secciones de Nefrología. Quienes ocuparon estos puestos de trabajo de forma interina son quienes, en muchos casos, no han consolidado to-

avía sus puestos de trabajo, bien por razones achacables a la propia Administración, al no haber dotado las plazas de forma definitiva, o bien por razones de promoción interna, al haber sido ocupadas por la generación inmediatamente anterior, que de esta forma consolidó sus plazas.

Esta generación ve como quienes les anteceden y ocupan las mayores responsabilidades jerárquicas, manifiestan un cansancio en el ejercicio cotidiano de las tareas profesionales más pegadas a la realidad y vida cotidiana de los hospitales, agrabada por la falta de incentivos profesionales que algunos tienen, debido, tal y como se ha descrito, a las escasas perspectivas de carrera profesional. Es el ejemplo de la realización de guardias por especialistas de la segunda generación que ya no tienen edad ni energía para seguir haciéndolas, y que, sin embargo, las siguen haciendo por la escasez de las plantillas; esta actividad cotidiana mina la ilusión y estímulo con que iniciaron su carrera profesional, y repercute negativamente en la transmisión de ilusión y entusiasmo a las siguientes generaciones que deben tener como referente su ejemplaridad.

Posteriormente a la gran expansión de plantillas citada, ha habido un parón en la creación de puestos de trabajo para especialistas en Nefrología, que es la causa directa de que actualmente, y por primera vez en la corta historia de la Nefrología, aparezca un nuevo problema que es el de los especialistas en paro. La cuarta generación, la de los residentes o ex residentes, por primera vez no encuentran un puesto de trabajo en el que desarrollar una especialidad para la que están, según opinión generalizada de los nefrólogos consultados, incluso mejor formados que sus predecesores.

El problema de las nuevas generaciones de nefrólogos, además de afectar a ellos mismos en cuanto que supone una frustración personal y profesional grave, afecta al propio desarrollo y futuro de la especialidad, por cuanto en los últimos años se aprecia una disminución de los MIR que seleccionan esta especialidad, por no tener expectativas profesionales en el seno de la misma, y que tiene como consecuencia la escasa renovación por la base de los especialistas que deberían llevar el peso del protagonismo de la Nefrología en el futuro.

Detrás de algunos de los problemas descritos, se encuentra una situación institucional, achacable a la Administración Sanitaria, que es la estructura de las plantillas hospitalarias. Con respecto a este tema, la Nefrología padece los mismos problemas que otras especialidades, y es el escaso o nulo protagonismo que los Servicios hospitalarios de Nefrología tienen en la toma de decisiones a la hora de planificar la dimensión de las plantillas.

A este problema se añade, por un lado, el que *la dimensión de las plantillas difiere sensiblemente de unos a otros hospitales*, de forma que los hay sobredimensionados e infradimensionados y, por otro lado, el que *la rigidez de las mismas no permite el traspaso de profesionales de unas a otras*, de forma que se puedan equilibrar los desequilibrios que se aprecian. La sobredimensión de algunas plantillas está directamente ligada a hechos puntuales, más que a una planificación racional.

Los problemas que, en el marco de la situación profesional descrita, afectan actualmente, de un modo u otro, a los nefrólogos en su conjunto tienen que ver, en síntesis, con los siguientes elementos:

- *Cansancio de la primera y segunda generación porque la rigidez de plantillas no ha permitido una renovación de especialistas jóvenes con energía y edad para desarrollar actividades que exigen ese perfil, como es el ejemplo de la realización de guardias y determinadas cargas asistenciales cotidianas. Por tanto, la contradicción se produce en el hecho de que siendo la Nefrología una especialidad joven con especialistas que, en su conjunto, podríamos calificar también de jóvenes, sufre las consecuencias de esta juventud en la medida en que sus dos primeras generaciones deben desarrollar tareas que en otras especialidades, con un escalamiento más estructurado de las plantillas, realizan especialistas de menor edad, debido a que este escalamiento permite una renovación por abajo constante de los profesionales, mientras que no ocurre así en Nefrología.*

- *Falta de estímulos e impulso por parte de la primera generación de nefrólogos hacia las generaciones posteriores; posiblemente esta falta de impulso tenga una relación directa con el cansancio descrito en el punto anterior.*

- *Estancamiento de la promoción profesional de la segunda y tercera generación de nefrólogos debido a la juventud del conjunto de los profesionales y a que las trayectorias profesionales de la primera y segunda generación han discurrido de forma paralela al nacimiento y desarrollo de la especialidad.*

- *Falta de estímulos en la segunda y tercera generación como consecuencia de la falta de perspectivas profesionales en una parte de los primeros y de los segundos, agravado, en el caso de estos últimos, por la falta de estabilidad en su puesto de trabajo.*

- *Escasa renovación de profesionales en los últimos años, con la incorporación de nuevas generaciones de especialistas jóvenes, por el escaso atractivo que tiene para ellos una especialidad con expectativas laborales inciertas.*

- *Existencia de jóvenes especialistas en paro, hecho casi insólito en la trayectoria y corta vida de la Nefrología.*

- *Desequilibrio de plantillas* entre unos y otros hospitales, y rigidez de las mismas que no permite la movilidad de especialistas.

- *Muy escasa capacidad de gestión real*, al menos en los temas que tienen que ver con la planificación y dotación de puestos de trabajo de especialistas, por parte de los Jefes de Servicio, a quienes se les encomienda, por parte de la Administración, unas tareas de gestión del Servicio de Nefrología, que más bien entrarían en un apartado de coordinación y control de tareas.

3. Descripción del estado actual de la profesión

Algunos de los temas descritos hasta este momento, los relacionados con la especialidad, la Nefrología, y con sus profesionales, los nefrólogos, están íntimamente relacionados con el desarrollo de la profesión en el conjunto del Sistema Sanitario español. Como hecho destacable en el nivel organizativo, que afectan a esta especialidad en la misma medida que a otras especialidades médicas, aunque también en algunos aspectos le afectan de forma específica, precisamente por las características diferenciales que la distinguen de las demás, podemos destacar los siguientes:

- Las transferencias en materia sanitaria a las distintas CCAA.

- La política de creación de hospitales comarcales (o más pequeños) en municipios y zonas fuera de los grandes núcleos urbanos o capitales de provincia.

Desde esta doble perspectiva, que ha protagonizado la realidad sanitaria, en las dos últimas décadas, se analizan a continuación los discursos de los nefrólogos sobre todos los elementos que condicionan la situación actual de su profesión.

3.1. *La situación actual de la organización de la Nefrología*

El desarrollo de la organización del Estado de las Autonomías, ha tenido como consecuencia el traspaso de competencias en materia de asistencia sanitaria a las distintas Comunidades Autónomas. Entre los objetivos propuestos para el análisis, estaba el estudio de las posibles consecuencias que para la especialidad de Nefrología pudiera haber entre diferentes modelos de gestión (Insalud gestión directa y Comunidades con competencias transferidas).

La primera conclusión que se observa, a tenor de las opiniones emitidas por los nefrólogos consulta-

dos, tanto en los grupos de discusión como en las entrevistas en profundidad, teniendo en cuenta que han participado profesionales de la práctica totalidad de las CCAA, es que no hay diferencias sustanciales que puedan ser consideradas como generadoras de modelos contrapuestos de gestión y organización. Sí ocurre que, en algunos casos, un mayor acercamiento geográfico a los centros de decisión política podría parecer más deseable. Sin embargo, en la realidad este acercamiento no constituye un factor que permita establecer elementos diferenciales, al menos en lo que a mejor gestión se refiere.

En general, los nefrólogos aprecian en los centros de gestión y decisión un alejamiento de la realidad cotidiana de la profesión médica. Sugieren que suelen, en todos los casos, primar criterios economicistas a la hora de desarrollar la política sanitaria. Quienes tienen la responsabilidad de gestión y organización en los hospitales, rigen sus decisiones por estos criterios. De esta forma, a la hora de analizar diferencias se sugiere, incluso con un cierto sarcasmo, que cuanto más descentralizada está la institución que tiene las competencias, existen mayores criterios economicistas y menor capacidad de globalización de los problemas.

La Nefrología y los nefrólogos, parten de una uniformidad de valores, con un sistema de gestión muy jerarquizado y muy claro, proveniente del antiguo modelo. Las transferencias han ocasionado el que hoy hayan cambiado los interlocutores, en los que tal vez encuentren una mayor flexibilidad y un cierto acercamiento a la realidad de los problemas. Sin embargo, no se puede hablar de modelos distintos de gestión y organización, salvo en la política de creación de centros hospitalarios comarcales, por ejemplo, en Cataluña, cuya titularidad no está clara (consorcios público-privados). Se aprecia también que esta mayor autonomía, genera una visión más cerrada del conjunto de la profesión o, dicho en otras palabras, una menor capacidad de análisis global del conjunto, ya que la vida del hospital y su entorno, no permite observar una visión de conjunto de la situación general del país. La asistencia sanitaria se sigue guiando por criterios economicistas que se personifican en la figura del gerente de quien depende, en última instancia, la toma de decisiones. Veamos algunas de las opiniones más significativas que se vierten sobre los aspectos relacionados con los modelos de gestión.

Los desequilibrios de las plantillas, que se ponen de manifiesto en varias ocasiones a lo largo de los discursos, no parece que tengan una relación directa con modelos de gestión autonómica, más bien parece que es un problema general, que afecta de un modo u otro a hospitales de distintas autonomías, y

que tienen que ver con la aplicación de otro tipo de criterios (por ejemplo, a la hora de asignar plazas, no se tiene en cuenta el número de nefrólogos por población asignada a un hospital, sino que se utilizan criterios de número de pacientes en listas de espera, etc.). Estas diferencias por zonas y hospitales se deben a diversas causas, entre las que cabría destacar el escaso rigor con el que se define la población teórica que está en el área de un hospital, ya que hay zonas con un alto número de inmigrantes, o de población mayor no censada, pero que realmente vive en la zona de influencia, y genera más atención hospitalaria precisamente por razones de edad.

Parece evidente que no podemos deducir de las vivencias y percepciones de los nefrólogos que ejercen la profesión en distintas Comunidades Autónomas, que las transferencias en materia sanitaria hayan supuesto un cambio de modelo que afecte de modo directo al ejercicio de la profesión. En síntesis, *la influencia de los cambios producidos por el desarrollo del Estado de las Autonomías con respecto a la asistencia sanitaria*, y más en concreto *al ejercicio profesional de la Nefrología*, se analiza desde los siguientes elementos de juicio:

- Los nefrólogos venían ejerciendo la profesión desde una uniformidad de valores y un sistema de gestión único y muy jerarquizado.
- En los territorios transferidos los interlocutores han cambiado, y, en algunos casos, se aprecia un mayor acercamiento a la realidad de los problemas, y una mayor flexibilidad.
- No puede hablarse, sin embargo, de un cambio en el modelo de gestión y organización sanitaria, que difiera en lo sustancial del modelo INSALUD.
- La gestión de la asistencia sanitaria, y la hospitalaria en particular, se sigue guiando principalmente por criterios economicistas; las funciones de gestión recaen en la figura del gerente, que suele guiarse por estos criterios frente a otros que podrían aportar los profesionales de la sanidad.
- El desequilibrio de las plantillas de nefrólogos asignadas en unos y otros hospitales se debe a razones que nada tienen que ver con distintos criterios de modelo sanitario, sino a una deficiente contabilización de la población real que un determinado hospital tiene asignada.

3.2. El ejercicio de la profesión según el tipo de centro

La creación de centros comarcales, o en zonas fuera de las capitales de provincia y de los grandes núcleos urbanos, bien sea en áreas metropoli-

tanias de grandes ciudades o en comarcas, ha tenido un doble efecto, ya que, si bien ha supuesto la creación de puestos de trabajo en la especialidad de Nefrología, ha generado una cierta insatisfacción profesional a los nefrólogos que han ocupado estos puestos de trabajo. Las razones de esta insatisfacción tiene que ver con una cierta frustración de las expectativas profesionales que una generación de nefrólogos ha tenido, derivadas de su alto nivel de formación y de las expectativas generadas en torno a una especialidad de tan alto nivel de reconocimiento y prestigio. En la actualidad, muchos de esos hospitales de menor tamaño no cuentan con Servicios de Nefrología, sino que son Secciones dependientes de otras especialidades. Asimismo, el trabajo cotidiano en estos hospitales se reduce a desarrollar una labor asistencial, que por escasez de especialistas y recursos, no permite que los profesionales puedan desarrollar otros ámbitos como el de la investigación. En ocasiones, este tipo de situaciones no son exclusivas de los hospitales de menor tamaño, sino que, tal y como hemos visto en páginas precedentes, la presión de la labor asistencial afecta también a hospitales de gran tamaño.

El problema que los nefrólogos plantean es que existe una mala organización a nivel global, con respecto a cómo y dónde aplicar recursos para que se pueda desarrollar una mejor planificación general de «qué hospitales» se especializan en «qué áreas» de la especialidad, para poner a su disposición los recursos humanos y económicos necesarios. Se plantea también la necesidad de que las Secciones o Unidades de Nefrología de los hospitales de menor tamaño, crezcan al ritmo preciso, para no perder el terreno y entidad que tiene a nivel de otros países. Se echa de menos, en los hospitales más pequeños, la fuerza inicial con la que la Nefrología se implantó en los grandes centros hospitalarios.

Sintetizando los *elementos de análisis que se desarrollan sobre el ejercicio profesional del nefrólogo según el centro en que ejerce* la especialidad, lo más significativo es lo siguiente:

- La creación de hospitales comarcales fuera de las ciudades/capitales de provincia ha tenido como efecto positivo la ampliación del servicio asistencial a la práctica totalidad de la población española, y la posibilidad de ampliar los puestos de trabajo para los nefrólogos.
- El efecto negativo es la escasa proyección profesional en áreas distintas de la asistencial, de un buen número de nefrólogos que profesionalmente tienen una brillante preparación y escasas posibilidades de poder trabajar en un futuro inmediato fuera de estos hospitales.

- La implantación de la especialidad en estos hospitales, ha carecido de la fuerza e impulso necesario para estar dimensionada y considerada en pie de igualdad con otras especialidades; la especialidad se desarrolla en Unidades o Secciones dependientes de otras especialidades y está escasamente dimensionada en cuanto a número de especialistas.

3.3. Profesión y la relación público-privado

A diferencia de otras especialidades médicas, la Nefrología es una especialidad que fundamentalmente se desarrolla en los hospitales públicos. Es, por tanto, una especialidad «pública», tanto en sus orígenes como en su desarrollo. La generalización de la diálisis y la insuficiencia de los hospitales públicos para absorber el número de pacientes a los que debía aplicarse esta técnica, ha generado la aparición de la Nefrología concertada, principalmente centros de diálisis. El paciente que necesita dializarse no puede instalarse en una lista de espera, la aplicación de la diálisis es determinante para seguir con vida, por lo que la existencia de centros concertados está más que justificada. Generalmente, *los centros privados de diálisis son centros concertados* a los que se derivan los enfermos que deben dializarse y para los que no hay plaza en un centro público.

La realidad es que son los mismos profesionales los que compatibilizan su trabajo en los centros públicos y en los concertados en la generalidad de los casos, aunque también hay nefrólogos que opinan que son los profesionales de más edad y con un cierto cansancio de la presión asistencial diaria, quienes han ido pasando a la actividad privada.

Las opiniones vertidas sobre las relaciones que se establecen entre el hospital público y el centro concertado de diálisis, depende de las experiencias profesionales personales, de modo que habría que destacar algunas diferencias. En general, hay una unanimidad en la consideración de la dependencia jerárquica del centro concertado con respecto al hospital de referencia. Sin embargo, es en los términos en los que se establece esta relación jerárquica donde se perciben diferencias de criterios. En Cataluña, por ejemplo, se da sin problemas esta relación jerárquica, que supone un seguimiento y supervisión, de los pacientes dializados en los centros concertados, por parte del hospital público. Por el contrario, esta situación no se produce en otras zonas, por ejemplo Canarias, en donde a pesar de estar los pacientes ligados al hospital, por cuanto deben estar en lista de espera del protocolo de trasplantes, no se establece la relación jerárquica necesaria para desarrollar una

labor de seguimiento y control del paciente, aunque las relaciones profesionales sean buenas.

Se aprecia que el servicio concertado en, en sí mismo, menos costoso que el público, donde los costes globales del hospital revierten sobre cada uno de los Servicios y Unidades, donde los criterios económicos a la hora de aplicar la técnica concreta de diálisis se supeditan a la calidad (de material, humanos, etc.) y donde la utilización de los recursos no es tan cuidadosa.

Las ventajas que se aprecian en la existencia de los centros concertados de diálisis son las siguientes:

- *Hacer posible la aplicación de la diálisis a todos los pacientes que la precisan*, y que el hospital público no puede absorber por saturación de sus propias unidades de diálisis. *La existencia de los centros concertados, por esta razón, está más que justificada.*

- En general, *los profesionales que trabajan en unos y otros centros son los mismos*, por lo que las relaciones se establecen en buenos términos.

- Por unas u otras razones, *la diálisis en centros concertados se considera menos costosa* en términos económicos.

- *El paciente puede gozar de unas condiciones ambientales más adecuadas* que en un hospital público.

- Han venido siendo, son y pueden seguir siendo una *fuerza generadora de puestos de trabajo* y salida profesional para jóvenes nefrólogos.

En el ámbito de los *criterios* y la *relación con el hospital público*, que deben primar, tanto en la existencia como en el funcionamiento de los centros concertados, lo más destacable sería lo siguiente:

- *La calidad debe primar sobre cualquier otro criterio.* Sin embargo, no siempre es de este modo, y los criterios economicistas se tienen presente. *La aplicación de la técnica de diálisis en un centro concertado es menos costosa que en un centro público.*

- La *coordinación* debe basarse en una dependencia jerárquica del centro concertado al público, que no siempre es la adecuada. Esta dependencia debería supervisar tanto al paciente como al centro, para controlar la calidad del servicio que se ofrece.

En resumen, en el análisis de la relación Nefrología pública-concertada, los elementos que conforman las opiniones y valoraciones son las siguientes:

- La Nefrología es una especialidad que se desarrolla fundamentalmente en los centros hospitalarios públicos; los centros concertados surgen por la necesidad de atención a pacientes de diálisis y la escasez de plazas en las unidades de diálisis de los hospitales públicos. Algunas de las críticas que se vierten a la existencia de los centros concertados van

dirigidas a que es precisamente la diálisis el área más cara del ámbito asistencial y la que genera a los centros concertados mayores beneficios económicos.

- En general, son los mismos profesionales los que trabajan en centros públicos y centros concertados, por lo que las relaciones se establecen en buenos términos.

- Las ventajas que, para el conjunto del Sistema Sanitario y para la especialidad, tiene la existencia de los centros concertados son: en primer lugar, posibilitar la aplicación de la técnica de diálisis a aquellos pacientes que no se tiene posibilidad, por saturación, de hacerlo en los hospitales públicos. En segundo lugar, el paciente puede recibir la diálisis en mejores condiciones ambientales y, en tercer lugar, son una fuente generadora de puestos de trabajo para los nefrólogos.

- El coste de la diálisis en centros concertados es menor que en los hospitales públicos.

- El criterio fundamental que debe primar a la hora de establecer las relaciones entre hospital público-centro concertado es el de coordinación del centro privado con el público de referencia. Esta coordinación, no obstante, debe atenerse a un orden jerárquico, en el que debe primar, el que las decisiones y control sobre el paciente sea competencia del hospital público. La subordinación y/o coordinación no es igual en todos los ámbitos territoriales.

- Debe respetarse la libertad de creación de centros concertados.

- La Administración debe hacer posible que los centros concertados tengan las mismas facilidades que los centros públicos, para utilizar los medios que garanticen la máxima calidad de los tratamientos.

III. SEGUNDA PARTE: EL FUTURO

1. Desarrollo futuro de la especialidad de Nefrología

Los capítulos anteriores han repasado la visión y el análisis que hoy hacen los nefrólogos sobre diversos aspectos de la especialidad, de sus condiciones de trabajo, de la profesión y de los profesionales. Los siguientes capítulos están dedicados a analizar y concretar la visión que, desde el diagnóstico de lo que está ocurriendo hoy, tienen sobre el futuro mediano e inmediato, así como las posibles soluciones que consideran deberían aplicarse para dar respuesta a los problemas que se han planteado en el diagnóstico.

Las claves del futuro de la especialidad tienen que ver con distintos aspectos, tanto de la propia espe-

cialidad como de la resolución de la situación en la que se encuentran algunos de sus profesionales y la propia profesión. En el presente capítulo se van a ir desmenuzando las claves de resolución de todo aquello que tiene que ver con la propia especialidad.

Para algunos de los nefrólogos consultados, *la Nefrología necesita de una redefinición*, para poder volver a un análisis profundo de lo que debe ser la especialidad en el futuro. Aunque no todos los nefrólogos participan de esta visión más drástica en cuanto al enunciado, desde ambas posturas se emiten juicios y soluciones que confluyen en propuestas bastante similares.

Veamos las *propuestas* que se desarrollan desde los diferentes puntos de vista, y que tienen relación con la redefinición o reflexión sobre la Nefrología.

2. La vía extrahospitalaria

La gran mayoría de los nefrólogos manifiestan que el futuro de la especialidad pasa por la «salida de la Nefrología del ámbito hospitalario», como vía de resolución de muchos de los problemas descritos en el diagnóstico del presente. Esta vía se expone desde prismas y puntos de vista diferentes, en cuanto a las funciones y finalidad que tendría esta opción. La necesidad de desarrollar una labor de síntesis obliga a tratar de esquematizar la riqueza de la gran mayoría de las propuestas que se vierten en este sentido.

En primer lugar, vamos a analizar desde dónde se hace esta propuesta. Las tendencias, tal y como hemos citado anteriormente, son o bien considerar la salida del hospital desde la necesidad de un cambio radical, y por tanto esta salida concretaría esta radicalidad hacia el futuro para una especialidad que nunca antes ha sido extrahospitalaria, o desde la consideración de que la especialidad ha llegado a un nivel de desarrollo en determinadas áreas que ha ido dejando otros aspectos de lado, y una parte de los mismos deben retomarse desde la base, es decir, esta salida del hospital se vería como un hecho que debe producirse por la propia dinámica de desarrollo de la especialidad. De cualquier modo, en sus formulaciones podrían parecer propuestas tal vez dispares pero, en su concreción, convergen.

Existen también opiniones que consideran innecesaria la implantación de la Nefrología extrahospitalaria, y cuestionan que es una fórmula cuyo único objetivo es combatir el paro de los nefrólogos jóvenes sin perspectivas de tener un puesto de trabajo.

Para quienes apuestan por la extensión de la especialidad fuera del hospital, este hecho no es un fin en sí mismo, sino que detrás de la transformación de la Nefrología en especialidad intra y extra-

hospitalaria se encuentran *unos objetivos que podríamos sintetizar en los siguientes:*

- *La captación de los pacientes para el hospital en el momento adecuado, ya que muchos de ellos se envían al hospital con retraso. De igual manera, la presencia de un nefrólogo en los centros ambulatorios podría evitar el acceso innecesario de pacientes al hospital.*

- *Recuperar la labor preventiva, que hoy no es posible desarrollar desde los hospitales. Principalmente con la aparición de nuevas patologías que llegan a los hospitales en un estado de desarrollo en el que el nefrólogo sólo puede intervenir a un nivel paliativo. Se trata de que el enfermo renal no llegue al hospital, o lo haga lo más tarde posible, en la medida que se pueda retrasar la insuficiencia renal crónica.*

- *Desde la consulta extrahospitalaria se podría desarrollar una labor preventiva de la insuficiencia renal con origen, entre otras, en las siguientes patologías:*

- Litiasis renal.
- Infecciones urinarias.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes.

- *La labor de control de algunas de las patologías crónicas, que ahora se desarrollan en las consultas hospitalarias, podría realizarse en los centros ambulatorios: seguimiento de trasplantados e, incluso, crear centros de diálisis extrahospitalarios.*

- *La resolución de los problemas de paro de nefrólogos jóvenes y de movilidad de plantillas tampoco queda fuera de los objetivos que serían deseables desde la posibilidad de salir del hospital. De una u otra forma (más adelante será analizado con mayor profundidad) podría facilitar el incremento de puestos de trabajo, y/o la movilización de las plantillas hospitalarias hacia los centros de especialidades.*

Con la propuesta de salida de la especialidad al ámbito extrahospitalario se desarrollan una serie de reflexiones sobre las condiciones en las que debería producirse. Estas reflexiones se concretan en los siguientes elementos a tener presentes:

- En primer lugar, no parece que haya ninguna duda sobre la consideración de que *la Nefrología extrahospitalaria debe tener no sólo una conexión, sino una dependencia total del hospital.* Es al hospital a donde deben remitirse los pacientes con patologías que sólo desde el mismo pueden atenderse.

- Con respecto a los especialistas que deberían estar en los centros extrahospitalarios, se vierten distintas opiniones, pero todas están de acuerdo en que *debería ser el Servicio de Nefrología del hospital quien proponga qué especialistas estarían en la atención extrahospitalaria.*

- Con respecto a «quién» en concreto, hay quienes consideran que deberían ser los propios especialistas que forman parte de las plantillas del hospital los que deberían salir a los ambulatorios, bien sea por voluntad propia y a propuesta del Servicio, bien sea por turnos rotatorios. También hay quien opina que para determinados nefrólogos de la primera generación, con excesiva carga asistencial y algo cansados de la tarea diaria hospitalaria, la salida al ambulatorio podría suponer una salida profesional más relajada y adecuada a la edad. Los profesionales más jóvenes, caso de no haber acuerdo sobre quiénes deberían salir, serían quienes lo hiciesen. Sin embargo, hay quienes opinan que son precisamente estos jóvenes los que deberían llevar la carga de la labor asistencial más pesada de los hospitales, como por ejemplo las guardias, y tal vez por ello no serían los más adecuados para salir del hospital.

- En cualquiera de los casos, la asistencia extrahospitalaria se establecería en función de la relación con el hospital, ya que es al hospital donde va a derivar a los pacientes. Los términos de esta relación tendrían su base en que realmente el nefrólogo de asistencia extrahospitalaria cumpliría una función de filtro de pacientes y una labor preventiva pero, de forma orgánica o no, estos nefrólogos deberían tener sesiones conjuntas con el hospital, harían guardias intrahospitalarias, investigaciones conjuntas, participación en la labor docente post-graduada; etc... todo ello encaminado a *ligar de forma estable al ambulatorio con el hospital, tanto a nivel de personas como de actividades.*

- *Cada hospital debería hacer un análisis de la viabilidad de la creación de estas consultas extrahospitalarias, tanto a nivel de estudiar las necesidades concretas de los mismos y de su área de influencia, como de la estructura de su plantilla y de la posible ampliación que requiera afrontar esta situación.*

En síntesis, *la vía extrahospitalaria, como una de las fórmulas para afrontar el futuro de la especialidad, se establece en los siguientes términos:*

- La necesidad de la *salida del ámbito hospitalario* es una vía en la que, desde unas u otras posturas, hay un acuerdo mayoritario. Tanto desde la perspectiva de un cambio radical hacia el futuro de la Nefrología, como desde un desarrollo lógico, las expectativas convergen hacia esta fórmula.

- Los *objetivos* que estarían detrás de esta vía serían principalmente: recuperación y énfasis en el ámbito de la prevención, principalmente en la insuficiencia renal aguda con origen en patologías tales como la litiasis renal, infecciones urinarias, hipertensión arterial y diabetes; captación de pacientes

hacia el hospital en el momento adecuado, así como evitar el acceso de pacientes cuyas patologías pudieran tener solución extrahospitalaria; labor de control de patologías crónicas que puedan hacerse desde un ámbito extrahospitalario, tales como el seguimiento de los trasplantados y la creación de centros de diálisis; por último, esta vía produciría efectos positivos en la resolución de los problemas de movilidad de plantillas y el paro creciente entre los jóvenes especialistas.

- Las *condiciones* en las que la salida del hospital debería producirse serían las siguientes: *dependencia total del hospital de referencia*, en realidad estas consultas se establecerían a modo de prolongación del hospital; sería también el hospital el que decidiría quiénes y en qué condiciones deben desarrollar la labor extrahospitalaria; en cuanto a las opiniones sobre en qué especialistas debe recaer esta función, algunos consideran que debería ser la propia plantilla del hospital, bien por expreso deseo o bien por turnos rotatorios.

- *La conexión o dependencia jerárquica del hospital se debe producir en términos tanto de plantilla como de funciones*, de forma que el nefrólogo extrahospitalario actúe como filtro y captador de pacientes en el desarrollo de su labor preventiva, continuando con labores hospitalarias tales como las guardias, etc.; las sesiones e investigaciones conjuntas son fórmulas de conexión que deben servir de nexo entre uno y otro ámbito.

- *La creación de las consultas de asistencia extrahospitalaria debe responder a un análisis de su viabilidad en cada hospital*, de forma que se analicen las necesidades que debería abarcar en el área de influencia, y las necesidades de plantilla que requieren.

Además de lo expuesto con anterioridad, la implantación de la especialidad a nivel extrahospitalario *tiene consecuencias en la relación con otras especialidades*. Desde los discursos de los nefrólogos consultados parece vislumbrarse que la Nefrología ambulatoria no debe entenderse como la creación de consultas tradicionales como las de otras especialidades, sino que debe entenderse como una labor más global. La labor del nefrólogo debe ser la de captador de patologías que puedan tener relación con el ámbito de actuación de la especialidad, para desarrollar en ellas una labor de prevención de las consecuencias que, tal y como viene ocurriendo en la actualidad, derivan en la insuficiencia renal.

En cualquier caso, hay quienes opinan que puede producirse el «choque de competencias», precisamente porque la tendencia general de los últimos años ha sido que la Atención Primaria tenga cada

vez más competencias, o bien porque determinadas patologías en el nivel ambulatorio han venido siendo competencia de otras especialidades.

Otra de las consecuencias de la salida al ámbito extrahospitalario es la reducción de gastos en una especialidad hospitalaria que tiene una práctica asistencial muy cara. Si se desarrolla la prevención en el ambulatorio, repercutirá en los costes de la asistencia en el hospital. Este sería el argumento que se debería establecer en el diálogo con las autoridades sanitarias, ya que el gasto y consumo en el medio hospitalario se reduciría notablemente.

3. El futuro de la investigación

Las propuestas de futuro de la Nefrología no se limitan sólo a la alternativa de desarrollar la especialidad a nivel extrahospitalario, sino que se dibujan vías paralelas a esta actuación.

En primer lugar se hace hincapié en la necesidad de conocer el estado presente y las previsiones hacia el futuro de la especialidad, que deben hacerse con información suficiente. Mediante datos referidos a la cuantificación de la actividad asistencial (trasplantes, biopsias, pacientes en diálisis,...), se puede tener una visión conjunta de cómo ha sido el desarrollo de la Nefrología y se puede prever cómo va a ser el futuro. Esto es necesario, tanto para conocer la realidad de la especialidad hoy, como para poder planificar el futuro de la misma en términos realistas.

La Nefrología conoce poco de su propia epidemiología, a excepción de la prevalencia e incidencia de la insuficiencia renal; abrir el camino hacia el conocimiento de este tipo de aspectos está también relacionado con la investigación clínica, con la prevención, y son éstas las áreas en donde la Nefrología no sólo «no ha tocado techo» sino que le queda «mucho camino por recorrer».

Cualquier propuesta de futuro debe pasar por «demostrar» con datos ciertos cómo ha sido el camino recorrido, y las previsiones de lo que se debe recorrer. Deben conocerse las necesidades de la población en un futuro mediano e inmediato, y acoplar a ellas el desarrollo de la especialidad, ya que hay fenómenos demográficos e incidencias de patologías también previsibles, como es el caso de la nefropatía diabética.

Además de desarrollar la investigación en la vertiente de prevención y en la vertiente epidemiológica, es necesario afrontar el cómo y dónde se ha venido desarrollando la investigación en Nefrología. *En los Servicios de los propios hospitales se ha venido desarrollando una labor de investigación muy ligada a la asistencia*, sin recursos específicos, y que en ocasiones no ha tenido la incidencia deseada, por-

que metodológicamente no se ha planteado adecuadamente. Se ha desarrollado lo que algún nefrólogo llama «investigación oculta».

La *manera de afrontar el futuro* es que, metodológicamente, se plantee la investigación en los términos adecuados:

- *Contar con la estructura adecuada: los recursos y el apoyo* específico para desarrollarla.

- El apoyo puede ser vía Ministerio de Sanidad a través de las Unidades de Investigación que ya existen, solicitando recursos para un proyecto de investigación apoyado por otros profesionales (estadísticos, epidemiólogos) que permitan la investigación en equipo.

- *Evitar el choque entre los recursos dedicados a investigación y los asignados a labores asistenciales* es fundamental para poner a la investigación en el lugar que debe estar, y además poder tener un control público de la investigación que se desarrolla con recursos públicos.

El *futuro es esperanzador* en la medida en que la investigación biomédica constituye actualmente el 48% de toda la producción científica en España. Esta cifra es pobre, comparada con otros países de Europa y de América, pero se está caminando en una buena dirección que favorece, entre otras muchas especialidades, a la Nefrología.

Sintetizando lo que se ha manifestado acerca del futuro, en el ámbito de la investigación, podemos destacar:

- El *conocimiento del presente de la Nefrología* en cifras de actividad asistencial es imprescindible para *prever las necesidades futuras*.

- *Los campos de investigación en prevención y epidemiología no están desarrollados*, y ese es el camino por el que debe ir en el futuro la investigación.

- *La investigación «oculta» debe transformarse en una investigación metodológicamente correcta*: contar con la estructura adecuada, recursos y apoyo, económico y estratégico, y evitar el choque o confusión entre recursos de investigación y asistenciales.

4. El futuro de la docencia

En el capítulo dedicado a la descripción de la situación actual de la docencia se apuntaban ya algunas soluciones que se generaban del análisis de los problemas actuales y de las contradicciones que el propio análisis entraña.

Una de las soluciones que se apuntan es la necesidad de que, realmente, todos los Servicios de Nefrología que cumplan los requisitos y con prestigio reconocido tengan residentes, dado que hoy la

escasez de plazas que se ofertan, ocasiona el que algunos de estos Servicios no cuenten con residentes. Si un Servicio pasa un tiempo largo sin residentes se esclerotiza por falta de nueva energía y entusiasmo.

Estas reflexiones de algunos nefrólogos deberían compatibilizarse con las opiniones de quienes piensan que las plazas de residentes deben de ser acordes a la planificación de las necesidades de la población, la especialidad y las salidas profesionales de los nefrólogos.

La ampliación de plantillas que podría generar la salida de la especialidad del ámbito hospitalario, puede ser una fórmula que estimule la docencia, porque permite la formación de unidades más grandes en los hospitales y sus centros ambulatorios dependientes, y permitiría una ampliación del campo de la docencia.

La conveniencia de que la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria pudiera rotar obligatoriamente por el Servicio de Nefrología, es una posibilidad que se apunta por alguna de las personas consultadas, al menos por las consultas externas del hospital.

El estímulo a la investigación clínica, o básica hospitalaria, puede ser una fuente generadora de motivación para los MIR, fundamentalmente para observar con más optimismo sus salidas profesionales.

Otro de los aspectos citados es la movilidad geográfica para que los residentes puedan aprovechar los mejores centros de interés científico de la especialidad. Se trataría de posibilitar el que los residentes pudieran simultanear su formación en diversos centros hospitalarios, en lugar de estar asignados a uno solo. Esta vía es igualmente aplicable a la estructuración de la formación continuada de los especialistas. Sin embargo, se encuentra con dificultades casi insalvables, tanto burocráticas como por parte de algunos Servicios, que no permiten que este tipo de desplazamientos les reste personal para la actividad asistencial. De hecho, esta iniciativa ya tuvo que ser abandonada con anterioridad, al encontrarse con ese tipo de dificultades.

El *futuro de la docencia* desde la perspectiva de los profesionales *debe afrontar los siguientes temas*:

- Sería conveniente *fomentar que especialistas en Nefrología impartiesen docencia pre-graduada*, y cuidar que existieran suficientes clases prácticas.

- *Vigilancia del cumplimiento, por parte de los centros hospitalarios que imparten docencia post-graduada, de los requisitos necesarios para ello*. Autorizar a impartir docencia post-graduada a aquellos hospitales que cumplen los requisitos, y en la actualidad no están autorizados.

- *Establecer criterios globales*, de acuerdo a las

necesidades reales de la población, especialidad y especialistas, *para la dotación de plazas MIR a nivel general.*

- *Desarrollar una reflexión sobre las causas y consecuencias de la desmotivación y perfil de los MIR, fundamentalmente en aquellas que puedan tener como origen la propia desmotivación de los Servicios de Nefrología, con la finalidad de volver a hacer atractiva la especialidad para los jóvenes profesionales que deberán incorporarse a ella en el futuro inmediato.*

- *La salida de la Nefrología al ámbito extrahospitalario podría ser una de las fórmulas de revitalización de la docencia post-graduada.*

- *Sería conveniente proponer y fomentar el que la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria rotara por la especialidad de Nefrología.*

- *La movilidad geográfica, tanto de los residentes como de los especialistas de plantilla, podría ser un estímulo docente y profesional, en la medida que posibilitaría el mejor aprendizaje y perfeccionamiento de técnicas (formación permanente) en aquellos centros que tuvieran un especial interés científico.*

5. El futuro de los profesionales

La proyección hacia el futuro de todos los problemas de los nefrólogos, pasan por la resolución de tres aspectos importantes que hoy les afectan negativamente: la *incentivación de la carrera profesional* de la segunda y tercera generación, *resolver el desequilibrio de plantillas* entre unos y otros hospitales y que afecta principalmente a aquellos que tienen un tamaño medio o pequeño, y *resolver el paro* que afecta a los nefrólogos más jóvenes.

Sin ser el principal objetivo, tal y como se ha visto en el capítulo dedicado a la reflexión sobre la «vía extrahospitalaria», esta fórmula puede ser una alternativa para la resolución de algunos de estos aspectos. Las razones que alegan quienes promueven esta posibilidad son las siguientes:

- *La salida extrahospitalaria, jerárquicamente dependiente de los hospitales, posibilitaría el que las propias plantillas de éstos cubrieran las consultas ambulatorias; en aquellos hospitales con plantillas infradotadas, se tendería con el tiempo a incrementarlas, y permitiría una renovación y movilización.*

- *Esta movilidad y renovación se produciría por la necesidad de adjudicación de nuevas plazas hospitalarias para cubrir las necesidades asistenciales de uno y otro ámbito. Asimismo, permitiría el ascenso profesional del conjunto de las plantillas.*

La salida extrahospitalaria lógicamente no solu-

ciona todos los problemas que aquejan a los nefrólogos en cuanto a la frustración por la imposibilidad de desarrollar una carrera profesional. Las posibles vías de reflexión hacia el futuro, sobre la *incentivación de la carrera profesional*, se contemplan desde las siguientes perspectivas:

- *Mediante el pacto de cumplimiento de objetivos*, debería exigirse que el ahorro de presupuesto en el Servicio de Nefrología pudiera revertir en el mismo, dejando las manos libres para estimular e incentivar a los nefrólogos en el desarrollo de su carrera profesional.

- *La movilidad de los nefrólogos* a lo largo de la geografía nacional, hacia centros hospitalarios que les reclamen por su superespecialización en áreas concretas. Esta movilidad fomentaría el cambio paulatino de liderazgo del que la Nefrología está necesitada, y crearía incentivos profesionales a nefrólogos que hoy se encuentran «aprisionados» en sus propios Servicios.

- *La ampliación de acreditaciones en áreas de superespecialización como es la Nefrología Pediátrica, y ampliar la asistencia a todas las CCAA que actualmente no la tienen, es una fórmula para ofrecer nuevas vías de desarrollo de la carrera profesional.*

- *Un cambio en el esquema piramidal actual de la promoción y carrera profesional*, tal y como se está haciendo ya en algún hospital, en el que prime la calidad científica y/o asistencial antes que la antigüedad.

El problema del paro y el subempleo que afecta a las últimas generaciones de MIR es uno de los que preocupa especialmente a los nefrólogos. A día de hoy se pueden contabilizar un número de parados y subempleados que ronda los cien especialistas, y para ellos cabría todavía una solución a medio plazo, mediante su integración en los centros hospitalarios actuales, si realmente se reestructurasen y equilibrasen las plantillas en los centros que están infradotados de especialistas.

Otra opción que se plantea como vía de solución al problema del paro es la incorporación paulatina de estos especialistas a los hospitales de tamaño medio y pequeño que son los que están actualmente peor dotados de nefrólogos. Esta sería una vía que, además de resolver el tema de los puestos de trabajo para los más jóvenes, tendría como consecuencia la dignificación de la Nefrología en los hospitales en que está infravalorada, porque sería una fórmula que conllevaría el crear Servicios allí donde la Nefrología es hoy una Sección de otras especialidades.

Los contratos para guardias es otro tipo de solución que, desde enero del presente año, se ha puesto en marcha en el territorio INSALUD. Estos con-

tratos son para que especialistas entren como adjuntos, con un contrato especial a tiempo parcial, para cubrir las guardias del hospital. Este tipo de contratos podrían ser un modelo a seguir en otras CCAA que no lo tengan implantado, y tendría como consecuencias la reducción del número de especialistas parados y la descarga de tareas duras, como son las guardias, para las plantillas que sufren una presión asistencial fuerte, con los efectos negativos, anteriormente analizados, que ello conlleva. Las becas post-residencia son otra modalidad que se ha implantado con la finalidad de subsanar el paro de especialistas.

Las *vías de solución al futuro profesional de los nefrólogos*, se establecen desde las siguientes opciones:

- Los *problemas que con mayor urgencia requieren una solución* son la *incentivación profesional*, el *desequilibrio de plantillas* y el *paro que afecta a los especialistas más jóvenes*.

- Desde la implantación de la *vía extrahospitalaria* se pueden ofrecer soluciones tanto al paro de los especialistas más jóvenes como a la movilidad interna de las plantillas y, como consecuencia, a la *incentivación profesional*.

- La *carrera profesional* debe plantearse desde la movilidad hacia centros de especial interés científico, tanto de residentes como de las plantillas de los centros hospitalarios. El ahorro presupuestario de los servicios en el cumplimiento de objetivos pactados con la gerencia o dirección debería revertir, en parte, en el propio Servicio para destinarlo a incentivos de sus especialistas. Promover la ampliación de áreas de la especialidad, como la Nefrología Pediátrica, supondría otra vía de incentivar la movilidad de plantillas y la carrera profesional. En última instancia, se impone un cambio en el modelo de esquema piramidal de carrera profesional, incentivando, antes que la antigüedad, la calidad científica y asistencial.

- El *problema del paro* de los jóvenes nefrólogos se podría abordar con su paulatina incorporación a los hospitales con plantillas infradimensionadas, principalmente los de tamaño medio y pequeño que son los que sufren este problema. Los contratos a tiempo parcial para las guardias y las becas para post-graduados son otras vías posibles para paliar el paro de la especialidad.

6. El futuro de la profesión

Los problemas que afectan a la organización de la profesión de nefrólogo son principalmente analizados desde dos perspectivas: la imposibilidad de gestionar los Servicios de Nefrología desde el des-

equilibrio de plantillas y la presión asistencial que se da en los hospitales, independientemente de su tamaño. Los debates sobre el futuro giran en torno a la búsqueda, con la Administración Sanitaria, de vías de diálogo y solución a estos dos problemas.

La participación activa en la gestión, mediante la planificación y cumplimiento de objetivos, debería contemplar el que la jefatura del Servicio pudiera disponer de recursos económicos para tomar decisiones autónomas con respecto a la plantilla del mismo. Esta «autonomía de gestión» se demanda desde la seguridad de que los Servicios de Nefrología, a pesar de ser muy costosos en cuanto a los recursos económicos que requieren, son muy eficaces en cuanto a los resultados que obtienen, consiguiendo una muy buena cobertura de la población española, a nivel asistencial. Sin embargo, el problema estriba en que la rentabilidad de los Servicios de Nefrología no está contabilizada, o no interesa hacerlo.

En torno a esta idea de autogestión, se plantea también el que los propios Servicios pudieran tener una estructura interna más democrática, en el que el funcionamiento interno se estableciera por consenso y no por jerarquía; de forma que simultáneamente a una mayor capacidad de autogestión del Servicio frente a la Administración Sanitaria, se consiguiese un cambio de la estructura interna jerárquica del mismo.

El modelo español funciona por criterios economicistas, frente a otros criterios médicos y científicos, tal y como refleja el discurso de los especialistas consultados. Actuar con rigor científico y criterios de calidad, frente a los criterios economicistas, es otra de las propuestas para potenciar el futuro profesional de los nefrólogos.

De todos modos, también hay profesionales que echan de menos unos criterios unitarios a la hora de establecer objetivos generales para el conjunto de la especialidad. La disparidad de criterios se debería, entre otras razones, al funcionamiento particularista (superespecialización, desequilibrio de plantillas, etcétera) de los centros hospitalarios. Este es el elemento que principalmente los diferencia frente a otras cuestiones como el modelo de gestión de cada Comunidad Autónoma, que podría pensarse *a priori* como desencadenante de esas diferencias.

Con respecto al futuro de la relación Nefrología pública-Nefrología concertada, la perspectiva es que la Nefrología de provisión privada en centros concertados seguirá siendo necesaria, por insuficiencia del sistema público para dar cobertura a los pacientes necesitados de diálisis y por una racionalización de los costes. La dependencia y coordinación con el hospital público, y las exigencias desde éste de ga-

rantías de calidad asistencial, son los criterios que deben establecerse para garantizar el buen funcionamiento de la Nefrología concertada. Los intereses de una y otra no tienen por qué ser contradictorios, sino al contrario, complementarse. Con la coordinación de los centros concertados con los centros hospitalarios públicos, el Sistema Público cubre una necesidad desde la integración y la organización y, en general, el funcionamiento es satisfactorio.

Desde otros puntos de vista, la existencia de la Nefrología concertada contribuye a aliviar el problema de puestos de trabajo para los nefrólogos más jóvenes, aunque la dedicación exclusiva a la diálisis en estos centros les produzca problemas de frustración, ya que son unos especialistas con una gran preparación en otras áreas de la Nefrología.

En resumen, las *reflexiones hacia el futuro de la profesión* se establecen en los siguientes términos:

- Las soluciones a los problemas que hoy se plantean acerca de la organización y gestión de los Servicios, pasan por convencer a la Administración de la necesidad de establecer una *autonomía de gestión*, ampliando al máximo sus competencias en las decisiones internas que les afectan, incluido todo lo referido a las plantillas. Junto a ello, sería importante establecer un funcionamiento interno de los Servicios en los que primase el consenso frente a la estructura jerárquica actual.

- Frente al modelo actual que se rige por criterios economicistas, deberían establecerse *criterios médicos y científicos para organizar y estructurar el funcionamiento de los Servicios*. Sería conveniente encontrar puntos de encuentro para establecer unos criterios globales de organización y funcionamiento de la especialidad, frente a los criterios particularistas que hoy priman en función de los intereses específicos de cada hospital.

- La Nefrología concertada deberá seguir existiendo, porque cumple la función de paliar la saturación que tienen los centros públicos en cuanto a la diálisis; establecer criterios de coordinación, jerarquización y funcionamiento de los centros concertados, así como desarrollar conciertos que permitan el uso de los medios necesarios para dar la máxima calidad asistencial, es prioritario para garantizar la calidad del servicio asistencial que ofrecen.

IV. LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEFROLOGÍA: FUNCIONES Y VALORACIÓN

El hecho de que un amplio número de nefrólogos hayan formado parte, en uno u otro momento, de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Nefrología (SEN), motiva que las actividades y tra-

bajos que se desarrollan en el seno de la misma, sean suficientemente conocidos y valorados por la práctica totalidad de los nefrólogos consultados. La percepción que tienen de la Sociedad es que forma parte intrínseca de su profesión, y es considerada como «la voz de los nefrólogos» a la hora de establecer el diálogo con la Administración, en la defensa de todo lo relacionado con la especialidad y los especialistas. Pero, además, su misión es articular y dar cuerpo a las opiniones, inquietudes y problemas de sus miembros, y hacerlo de una forma democrática. En la medida que esto ocurre, la Administración debe pedir opinión a la SEN porque es el interlocutor adecuado.

A la SEN, también se le recuerda que, en esta defensa de los intereses de la especialidad y de los especialistas, no debe perder de vista que es una sociedad principalmente científica y que, por tanto, su principal misión es el desarrollo científico de la especialidad. Hay quienes se muestran partidarios de que la SEN actualmente debe seguir preocupándose, y haciendo suyos los problemas del nefrólogo español, tal vez hasta que éstos entren en vías de solución, para más adelante mimetizar el ejemplo de otras sociedades científicas de Nefrología, como la americana, que centra su actividad en temas puramente científicos.

Entre los trabajos que está desarrollando la actual Junta Directiva, se destacan por su relevancia, los siguientes:

- La interconexión por Internet de todos los miembros de la SEN, y previsión de que en dos años sean todos los nefrólogos españoles los que accedan a esta conexión.

- La actividad desarrollada para impulsar la especialidad hacia la vía extrahospitalaria.

- El impulso de la participación científica de los nefrólogos españoles en el área europea y latinoamericana.

- Hacer suyo el objetivo de estar «al tanto» de todos los problemas que afectan al nefrólogo.

En opinión de algunos nefrólogos, el papel que debe tener hacia el futuro debería centrarse en los siguientes aspectos:

- Con respecto a la especialidad, defender ante la Administración que se acrediten las unidades docentes que cumplan con los criterios necesarios para ello.

- Como Sociedad Científica, que tenga voz en todos los foros.

- Estructurar la carrera docente.

- Para todo ello debe «estar encima» de la Administración y participar activamente en los foros en los que tiene representación como es la Comisión Nacional de la Especialidad, a pesar de que su grado de maniobrabilidad sea limitado.

- Demostrar ante la Administración, mediante el impulso y aval de estudios sobre la prevención, la conveniencia de que la Nefrología esté presente en este tipo de actividades. Del mismo modo, debe desarrollar un plan para analizar los problemas de la insuficiencia renal desde un enfoque epidemiológico (estimación económica de las bondades del tra-

tamiento de esta patología, y de los recursos de que disponen los servicios por CCAA), con el objetivo de mostrar a la Administración que los nefrólogos españoles son buenos y rentables a corto y medio plazo.

- Convencer a la Administración que Nefrología no es sinónimo de diálisis.