

## **Reflexiones sobre la importancia de la actividad asistencial de Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes para el futuro de la especialidad de Inmunología.**

### **Inmunología Clínica en la Troncalidad, Sostenibilidad y Plan Estratégico**

Como se sabe, la especialidad de Inmunología está actualmente incluida en el Tronco de Laboratorio, lo que conlleva importantes riesgos para su futuro. Esta incertidumbre se ha potenciado recientemente con la situación actual de la misma en la Comunidad de Madrid donde se nos anuncia “concentración” y la posible desaparición de algunos Servicios.

Para los que desarrollamos actividad asistencial de Inmunología Clínica con Asistencia Directa al Paciente (*a la cabecera del enfermo*) nos preocupa que este tipo de actividad quede excluida de la etapa inicial de formación de la especialidad al no tener cabida un itinerario formativo compatible durante los 2 años de troncalidad. ***De entrada hay que ser conscientes de que uno de los aspectos que más se limitará a futuro en la situación irreversible en que actualmente está enmarcada la especialidad en el R.D. de troncalidad, es la formación en Inmunología Clínica que capacite para la asistencia directa a pacientes.***

En la Sociedad de Inmunología sigue existiendo un debate, a favor y en contra, sobre si la Inmunología Clínica con asistencia Directa a Pacientes es una actividad que forma parte de nuestra especialidad. Mientras muchos pensamos que sí (médicos y no médicos) también hay un porcentaje de claros opositores a este perfil dentro de la especialidad.

La falta de implementación de Unidades Clínicas en la mayoría de las sedes hospitalarias docentes, en el periodo de más de 10 años del actual programa de la especialidad que así lo contempla, es otra muestra de que no se ha considerado suficientemente la importancia de la Inmunología Clínica con Asistencia Directa al Paciente.

Como médico inmunólogo que atiende pacientes me preocupa que no seamos capaces de preservar el Itinerario Formativo en Inmunología Clínica, para el futuro de nuestra especialidad. El documento de alegaciones presentado en el Ministerio el año pasado solicitaba un doble itinerario formativo (médico y de laboratorio, algo parecido a lo que tenemos actualmente), lo cual no ha sido tenido en cuenta.

En el marco de la situación actual generada en nuestra Comunidad con el llamado plan de medidas de garantía de la sostenibilidad del sistema sanitario público, nos podemos preguntar qué hubiera pasado si todos los Servicios de Inmunología madrileños hubiesen tenido implementadas Unidades Clínicas potentes y cual podría haber sido el valor añadido de tener actividad asistencial de Inmunología Clínica con Asistencia Directa al Paciente dentro de la especialidad?.

Igual de importante: Si somos conscientes de la importancia vital de incluir esta actividad asistencial de nuestra especialidad en el futuro plan estratégico de la especialidad de Inmunología en la Comunidad de Madrid.

### **Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes: Una realidad**

La Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes ha surgido naturalmente en los últimos años como una actividad asistencial dentro de varios Servicios de Inmunología en toda

España. Es una realidad que no se puede cuestionar. La Inmunología se ha proyectado hacia la asistencia directa al paciente. Aunque el programa formativo vigente así lo contempla, su implementación ha sido desigual por razones no bien definidas.

Nadie puede dudar que la Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes puede aportar importantes avances en el manejo de las enfermedades de base inmunológica. Hablamos de inmunólogos médicos que atienden pacientes en consultas especializadas, o en plantas de hospitalización, haciendo actividad médica de diagnóstico y tratamiento de distintas enfermedades de base inmunológica.

En la Comunidad de Madrid esta actividad altamente especializada ejercida desde Servicios de Inmunología se ha “concentrado” históricamente en dos centros: El Hospital La Paz, para el manejo de inmunodeficiencias primarias y el Hospital Gregorio Marañón que da una cobertura más amplia a distintos tipos de enfermedades de base inmunológica. Más recientemente otros hospitales han abierto Consultas de Inmunología como es el caso del Hospital Ramón y Cajal.

Nuestra experiencia nos lleva a afirmar que la Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes, es una actividad necesaria en hospitales de alto nivel de complejidad. Y podría ser considerada una actividad compleja de alta especialización.

En nuestro servicio la Inmunología de Laboratorio Diagnóstico y la Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes funcionan simultáneamente desde hace casi 20 años. Cada una tiene competencias y estructuras bien diferenciadas pero se coordinan desde el mismo Servicio e interaccionan permanentemente, potenciándose, complementándose. La existencia de ambas ha posicionado muy bien al Servicio dentro del hospital. Se ha desarrollado una actividad de formación en Inmunología Clínica para residentes y adjuntos procedentes de Madrid, otras Comunidades Autónomas y del Extranjero.

Una mayor demanda de atención clínica supone mayor demanda de solicitudes de pruebas de laboratorio específicas. Y no solo se genera demanda de pruebas especializadas para el Laboratorio de Inmunología del hospital sino para Laboratorios de Inmunología de referencia dentro y fuera de la Comunidad de Madrid.

La Unidad de Inmunología Clínica implementada de esta manera no se diferencia de ninguna otra unidad clínica del hospital. Es un usuario más del Laboratorio de Inmunología. Sin embargo, al tratarse de inmunólogos del mismo servicio y por su formación en la especialidad el grado de interacción interno de clínica a laboratorio y de laboratorio a clínica (traslación) es mucho más fácil y eficaz.

Por ello, los inmunólogos clínicos que atienden directamente a pacientes están en condiciones ideales para abrir nuevas fronteras de estudio de inmunodeficiencias, síndromes autoinflamatorios o nuevas vías de monitorización y tratamiento en trasplantes, por ejemplo.

### **La demanda asistencial es real.**

Se ha escuchado reiteradamente la pregunta: Quién puede querer enviar pacientes al inmunólogo?. Las carencias de cobertura asistencial son muchas en nuestro campo. Un porcentaje importante de estas patologías son atendidas por otros especialistas, pero no todas.

Desde la experiencia en nuestro hospital, en el que convivimos con prácticamente todas las especialidades médicas que existen, podemos afirmar que cualquier médico inmunólogo capacitado que lo quiera y pueda hacer encontraría fácilmente enfermedades de base inmunológica que tratar en su centro que no están siendo cubiertas por otro especialista. Esto incluye la sospecha diagnóstica de nuevas enfermedades de base inmunológica y la administración de tratamientos que otros especialistas no utilizan.

Yo me hago otra pregunta: Quién da cobertura actualmente a estas patologías en los hospitales que no tienen implementadas Unidades de Inmunología Clínica?. Porqué recibimos solicitudes de canalización para la atención de pacientes procedentes de todas las áreas asistenciales de Madrid y desde todas las Comunidades Autónomas?. No es una posibilidad real de expansión de los Servicios de Inmunología en los hospitales que no tienen implementadas estas unidades?.

Nada ha impedido ni debe impedir que dichas Unidades existan en centros estratégicos de cada Comunidad.

Debe recordarse además la existencia de las 2 carteras consensuadas de servicios, clínica asistencial y de laboratorio, integradas en un servicio único y que corresponden a la Unidad de Inmunología Clínica y al Laboratorio Diagnóstico, respectivamente. En nuestro hospital contamos con códigos específicos funcionales correspondientes a una Consulta de Inmunología Clínica, Hospital de Día de Terapias Biológicas, actividad de interconsultas y Hospitalización reconocido en la estructura funcional del Hospital.

También se he escuchado que lo que se hace en nuestro hospital no es exportable. Sin embargo hay hasta 13 Servicios de Inmunología que reconocen hacer algún tipo de actividad clínica con asistencia directa a pacientes. Esta actividad se debería haber potenciado. Esta actividad no se puede negar. Esta actividad no se debe parar.

**La Inmunología Clínica de Asistencia Directa a Pacientes puede llevar a una ampliación real de posibilidades laborales** para los médicos y también para los no médicos, al ampliarse el campo de actuación de la especialidad. De las 3 últimas contrataciones de TSE en Inmunología en nuestro hospital, 2 se hicieron para contratar inmunólogos con experiencia demostrable en el tratamiento de enfermedades de base inmunológica. Tras la contratación de la primera asistimos a una expansión de la demanda de pacientes de un 400% en tres años, lo cual llevó a la necesidad de contratar otro inmunólogo con perfil clínico. Y si no fuera por la crisis, la demanda asistencial actual podría justificar nuevas contrataciones.

Varios residentes formados en Inmunología Clínica en nuestro hospital, rotantes de otros hospitales y contratos post-MIR, han encontrado salidas laborales en puestos de trabajo que buscaban el perfil de inmunólogo clínico con experiencia asistencial clínica directa.

**Mayor garantía de continuidad en los hospitales para los actuales Servicios de Inmunología?**

En estos momentos tememos el potencial cierre de algunos Servicios de Inmunología y la concentración de nuestros laboratorios lo que llevará a que veamos reducidas las carteras de servicio. Al mismo tiempo muchos nos vemos en peligro de perder nuestros puestos de trabajo.

Será posible que los servicios centrales que tengan implementadas Unidades Asistenciales Clínicas tengan una razón adicional para seguir vinculados a hospitales en el futuro?. Uno de los peligros de la actual situación de la Inmunología en el Tronco de Laboratorio es el futuro incierto de la misma con el llamado proceso de industrialización de los laboratorios en los hospitales públicos que ya esta en marcha.

Si La especialidad pretende mantener, justificar su perfil individualizado, lo óptimo no sería ver como aumentar la competitividad de la Inmunología frente a las otras especialidades de laboratorio del tronco?.

Por qué no se reconoce que la Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes puede ser un elemento diferenciador?. Y que justificación para crear una Unidad Clínica podrá tener un Servicio en el futuro si ya no existe un itinerario formativo en Inmunología Clínica?, o si no ubicamos claramente en el plan estratégico esta actividad asistencial?.

### **Continuidad de las Unidades Clínicas Existentes dentro de los Servicios de Inmunología.**

Como se ha dicho, varios Servicios de Inmunología reconocen en la actualidad desarrollar algún tipo de actividad clínica bien diferenciada. Cómo podremos seguir formando inmunólogos clínicos si esta actividad queda fuera de nuestros programas formativos?. ¿Quién daría continuidad a esta actividad si el perfil se extingue con la Inmunología en el Tronco de Laboratorio, tal como está en estos momentos?.

Donde la Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes se ha implantado se ha generado una demanda asistencial en gran parte *de novo*. Esta demanda quedaría descubierta si no hay continuidad en el futuro dentro de la Inmunología y habría que canalizarla hacia otras especialidades. Debe reconocerse que cualquier negación u obstrucción al desarrollo de la Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes supone un riesgo de desprotección de un colectivo creciente de pacientes que en última instancia debieran ser nuestra principal motivación.

### **Fuente de financiación para la investigación.**

La Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes es también un valor añadido para el desarrollo de líneas de investigación traslacional. Asi por ejemplo, el diseño y puesta en marcha de ensayos clínicos por parte de inmunólogos es más factible cuando se tiene actividad clínica directa. Muchos marcadores que se investigan tendrían mas posibilidad de traslación a práctica clínica si dicha investigación contase con inmunólogos atendiendo a los pacientes o interaccionando con otros especialistas a la cabecera del enfermo. Sólo los Servicios con Unidades Clínicas tienen la ventaja de poder plantear directamente la realización de proyectos de investigación de patologías de base inmunológica de los pacientes que están tratando directamente. En caso contrario siempre depende de la colaboración con unidades clínicas externas, lo cual no siempre es fácil o bien reconocido en el desarrollo de las distintas etapas de un proyecto de investigación.

### **Potenciación de la investigación básica**

La Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes es una importante fuente de financiación para investigación en algunos hospitales. Ello puede suponer una fuente adicional

de financiación para la investigación básica íntimamente ligada a la investigación en Inmunología Clínica. En términos generales el médico inmunólogo que hace actividad clínica directa con pacientes utiliza principalmente pruebas de los catálogos de laboratorio de inmunología, tanto a nivel de investigación como a nivel asistencial.

### **Momento histórico para mantener la Inmunología Clínica dentro de la especialidad**

En términos generales hay mucho desconocimiento de la existencia de la actividad asistencial clínica que desarrollamos en algunos hospitales. Varias especialidades que atienden pacientes con patologías de base inmunológica no entienden que un inmunólogo médico pueda aportar algo adicional a lo que ellos hacen. Y desde dentro, como se ha dicho, aun existen inmunólogos que niegan o cuestionan que esta actividad sea parte de la especialidad (aunque esté incluida en el programa).

En nuestra sede docente de Inmunología se vienen recibiendo solicitudes, cada vez con más frecuencia, de especialidades como Alergia (del hospital y de otras áreas de Madrid) y Reumatología para recibir formación en Inmunología Clínica. Es una muestra patente de que “otros” si reconocen que el inmunólogo médico que atiende pacientes es un valor añadido dentro del sistema.

El mantenimiento de un itinerario formativo en Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes, garantizaría que la cobertura de dichas enfermedades pueda seguir contando con inmunólogos especializados que las atiendan y que formen a los nuevos especialistas que tengan intención de hacer actividad clínica. Igualmente debe dársele un lugar destacado dentro del plan estratégico.

### **Inmunología Clínica de Asistencia Directa a Pacientes: Tiempo de capacitación**

La adquisición de las competencias necesarias para manejar pacientes con enfermedades de base inmunológica requiere de una importante carga dentro del itinerario formativo. En otros países como en Inglaterra el programa se extiende mucho más de 6 años. El actual programa de 4 años permitía una capacitación inicial, aunque con limitaciones. Luego hacía falta un recorrido en una Unidad Especializada dentro o fuera de España para madurar y completar la capacitación. Este itinerario formativo que posibilita la formación clínica, y del que disfrutamos en la actualidad, se extinguirá por completo con el actual R.D. de Troncalidad. Ya no contaremos con los 2 primeros años y en los 2 restantes habrá que buscarle sitio a la formación clínica. Aun así, no habrá tiempo para generar la capacitación suficiente para ver pacientes. Será necesario un periodo posterior de formación. ***Donde ubicamos esta capacitación adicional necesaria en Inmunología Clínica?***

### **Un área de capacitación específica (ACE)?**

En el R.D se considera la creación de las mismas cuando representen un incremento significativo de las competencias profesionales exigidas por los programas oficiales de las especialidades implicadas en su creación. Además debe existir un interés sanitario y social en el desarrollo de una específica actividad profesional y asistencial en el área correspondiente que implique la dedicación a la misma de un número significativo de especialistas.

No cuesta mucho reconocer que la Inmunología Clínica podría reunir en el futuro los requisitos para la creación de un ACE: a) Ninguna de las especialidades que atienden patologías de base inmunológica alcanza la capacitación suficiente con sus programas de formación para el manejo de estas enfermedades; b) porque las enfermedades de base inmunológica están en expansión; c) porque harán falta especialistas para tratarlas. Esta ACE la tendrán que solicitar las distintas especialidades que dan atención a pacientes de base inmunológica. Y para que entre estas especialidades esté la Inmunología ***deberá reivindicarse, reconocerse primero que la Inmunología brinda ya actualmente Asistencia Directa a Pacientes como parte de la especialidad, sino no, no podría participar en la formación de un ACE de este tipo. Sólo tiene sentido que un especialista formado para atender pacientes, pueda necesitar más tiempo para profundizar su capacitación en el manejo de un tipo concreto de enfermedad.***

La creación de un ACE de Inmunología Clínica podría abrir una puerta para que en el periodo post-troncalidad los médicos que elijan la Inmunología desarrollen un itinerario formativo con contenidos de Inmunología Clínica con atención directa a pacientes que les permita acceder posteriormente a esta area de capacitación. Y habrá que estar atentos de si en el periodo troncal aun se puede hacer algo todavía. En estos momentos lo importante es estar bien posicionados, seguir existiendo como especialidad con actividad clínica directa, como se ha reiterado a lo largo de estas reflexiones.

Además debe considerarse que la formación en Inmunología Clínica debería desarrollarse en Unidades Acreditadas en la atención de enfermedades de base inmunológica. Ello supondría que las Unidades de Inmunología que cumplan los requisitos podrían estar entre las encargadas de dar esta formación a los especialistas que lo soliciten.

La Inmunología multidisciplinaria de Laboratorio Diagnóstico tiene actualmente otros retos. Puede ganar y perder con la ubicación de la especialidad en el tronco de laboratorio. La Comunidad de Madrid tiene la intención de concentrarla y no sabemos que más en este cambio de modelo del sistema. En esto depende de otros y hay mucho que hacer.

Para los que creemos en la Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes el peligro inminente es que terminará extinguiéndose sin haber tenido la oportunidad de desarrollarse plenamente dentro de la Inmunología. Y en este tema no solo han sido "otros" sino nosotros mismos los que nos hemos puesto las barreras las últimas décadas para su desarrollo.

Si la Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes no se destaca como tal en el programa formativo y en el plan estratégico estaremos asistiendo a un retroceso para nuestra especialidad ya que:

Reducirá el perfil asistencial de la Inmunología en relación al actual.

Reducirá la posibilidad de crear nuevas plazas para inmunólogos médicos y potencialmente de inmunólogos no médicos.

Pondrá en peligro la continuidad de la Unidades Clínicas existentes.

***Creo que una buena decisión sería la de hacer claramente visible a la Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes:***

En los itinerarios formativos

Sentando las bases para la futura creación de un ACE de Inmunología Clínica

Reconociendo la existencia de las Unidades Clínicas en el plan estratégico de la CAM

Creando nuevas Unidades Clínicas o potenciando las existentes en centros estratégicos para configurar un grupo interhospitalario que defienda este perfil.

En momentos históricos hacen falta grandes decisiones y para tomarlas, grandes gestores.

Madrid, a 26 de Noviembre de 2012

Javier Carbone