Revista SOCAMPAR

EDITORIAL

Situación y posicionamiento de Castilla-La Mancha en asistencia neumológica a partir de la iniciativa NEUMOCAL

Status and Positioning of Castilla-La Mancha in Respiratory Care: Insights from the NEUMOCAL Initiative

Autor: Ángel Ortega González

Medir para mejorar. Pocas máximas resumen mejor el sentido del estudio NEUMOCAL 2025 (*Recursos y Calidad de los Servicios de Neumología del Sistema Nacional de Salud*), promovido por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) con la dirección técnica de la Fundación IMAS y heredero del anterior proyecto RECALAR de 2017[1]. Su valor reside en combinar dos fuentes complementarias: una encuesta a los responsables de los servicios de neumología españoles sobre recursos, actividad y calidad (datos de 2024) y la explotación del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de altas hospitalarias de 2023. Con 151 servicios participantes (el 69% de los existentes), que representan al 78% de la población española, el informe permite por primera vez con esta representatividad un ejercicio riguroso de comparación entre las 17 comunidades autónomas (CC.AA.)[1]. Sus resultados para Castilla-La Mancha se presentaron en el I Foro de Jefes de Servicio y Responsables de Neumología y Cirugía Torácica de la región, celebrado en Tarancón en septiembre de 2026[2], y merecen una reflexión serena desde las páginas de nuestra revista.

Conviene empezar por una advertencia metodológica que es, a la vez, una autocrítica. Solo 8 de los 15 servicios de neumología de la Comunidad respondieron la encuesta (53%), la segunda tasa más baja del país, y los hospitales participantes cubren el 61% de la población regional, apenas por encima del umbral del 60% a partir del cual el propio informe recomienda interpretar las estimaciones con cautela[1,2]. Los indicadores procedentes del CMBD no se ven afectados por esta limitación, pero los de estructura y actividad sí. La primera tarea pendiente es, por tanto, sencilla y depende sólo de nosotros: que la próxima edición cuente con todos los servicios de la región.

Hecha esta salvedad, el retrato que dibuja NEUMOCAL es el de una neumología regional con músculo clínico y ambulatorio, pero con una dotación estructural y de alta complejidad claramente por debajo de lo que corresponde a una comunidad de 2,1 millones de habitantes.

Recursos humanos: una plantilla joven, pero insuficiente. Castilla-La Mancha dispone de 3,83 neumólogos por 100.000 habitantes, lo que la sitúa en el puesto 14 de 17, frente a una media de las comunidades autónomas de 4,53 (Figura 1)[1]. Aunque la cifra regional supera el límite inferior del intervalo de 3,5-4 recomendado por la OMS, la media esconde áreas deficitarias que no logran cubrir su plantilla en un territorio muy extenso, disperso y envejecido[3]. Como contrapartida, solo el 18% de nuestros neumólogos tiene 55 años o más, la segunda plantilla más joven de España, lo que garantizaría el relevo generacional. El reverso en este apartado es la capacidad formativa: únicamente el 38% de los hospitales de la región tiene acreditación MIR en Neumología, frente al 56% de media, si bien existe una perspectiva de mejora con la próxima incorporación de Ciudad Real[1].

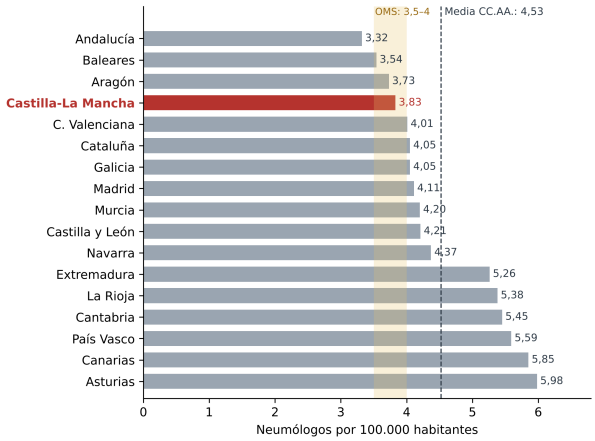


Figura 1. Neumólogos por 100.000 habitantes por comunidad autónoma. Castilla-La Mancha (en rojo) ocupa el puesto 14 de 17. Banda sombreada: intervalo recomendado por la OMS (3,5-4); línea discontinua: media de las CC.AA. (4,53). Fuente: elaboración propia a partir de NEUMOCAL 2025, tabla 10[1].

Recursos estructurales: el principal déficit. Es en este bloque donde la distancia con el resto de España resulta más evidente. La tasa de camas de neumología es de 6,3 por 100.000 habitantes, frente a una media de las CC.AA. de 6,9, y la de camas de UCRI, de 0,80 frente a 0,97[1]. Sólo el 25% de los hospitales cuenta con Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) (media del 41%), el 25% con rehabilitación respiratoria en pacientes ingresados (media del 62%), el 38% con rehabilitación ambulatoria (media del 65%) y el 25% con guardia de presencia física de neumología (media del 41%); en los cuatro indicadores la región se sitúa en el grupo de comunidades con menor dotación (Figura 2)[1]. Los datos del documento de consenso de SOCAMPAR sobre UCRI refuerzan esta lectura: 18 camas operativas frente a las 40

estimadas como necesarias, y cuatro de las ocho áreas sanitarias (Ciudad Real, La Mancha Centro, Puertollano y Cuenca), que suman más de 720.000 habitantes, sin ninguna cama de cuidados respiratorios intermedios[4]. Para una región con nuestra dispersión geográfica y con la estacionalidad conocida de la demanda respiratoria, la propuesta de alcanzar al menos 2 camas de UCRI por 100.000 habitantes no es un objetivo ambicioso, sino un mínimo razonable que reivindicar ante la administración sanitaria[4]. Los resultados obtenidos en lo relativo a la presencia de unidades respiratorias de sueño y en la extensión de laboratorios de función pulmonar son por el contrario satisfactorios.

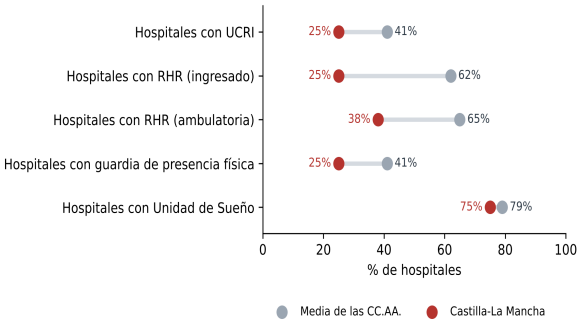


Figura 2. Porcentaje de hospitales con recursos asistenciales avanzados: Castilla-La Mancha (rojo) frente a la media de las comunidades autónomas (gris). RHR: rehabilitación respiratoria; UCRI: Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios. Fuente: elaboración propia a partir de NEUMOCAL 2025, tablas 10 y 11[1].

Actividad asistencial: la fortaleza ambulatoria. Aquí el contraste con lo anterior es notable. La región supera la media nacional en dotación de espirómetros (1,56 frente a 1,32 por 100.000 habitantes), todos los hospitales participantes disponen de laboratorio de función pulmonar, y tanto la frecuentación de consultas (4.145 frente a 3.893 por 100.000 habitantes) como la tasa de pruebas funcionales (3.590 frente a 3.012) están por encima de la media nacional[1]. En este sentido, la neumología regional hace más actividad ambulatoria que el resto de CC.AA. con una menor dotación de facultativos. La menor frecuentación hospitalaria (296 frente a 376 por 100.000) es coherente con un modelo más ambulatorio, aunque también puede reflejar la menor disponibilidad de camas propias. Desde la perspectiva de Atención Primaria, este dato tiene una lectura clara: existe una base diagnóstica sólida sobre la que construir circuitos de continuidad asistencial, imprescindibles en enfermedades como la EPOC, cuyo infradiagnóstico en Castilla-La Mancha alcanzó el 87,3% en el estudio EPISCAN II, frente al 74,7% nacional[5]. En las últimas semanas, además, nuestros servicios y unidades se han sumado al proceso de interconsulta web con Atención Primaria, que todavía no podemos evaluar en relación con su impacto en la calidad asistencial.

Calidad y acreditación: luces y sombras. Las consultas monográficas de asma (67% acreditadas; media: 60%), tabaquismo (67%; media: 49%) y apnea obstructiva del sueño (60%; media: 55%) superan la media de las distintas comunidades. En cambio, ninguna de las tres consultas monográficas de EPOC ni de las tres de hipertensión pulmonar de la región está acreditada por SEPAR, frente a medias del 55% y el 31%, y nos sitúa en los puestos 16 y 15 respectivamente[1].

La comparación con comunidades de población casi idéntica en lo relativo a niveles de acreditación SEPAR, es especialmente ilustrativa excluido del análisis las unidades de tabaquismo (Figura 3): el País Vasco duplica nuestro número de unidades acreditadas (26 frente a 13) y Canarias, con un total similar, dispone de 3 unidades de alta complejidad, mientras que Castilla-La Mancha no cuenta con ninguna[2,3]. Castilla-La Mancha no dispone de ningún Centro, Servicio o Unidad de Referencia (CSUR) del SNS en Neumología o Cirugía Torácica[2] si excluimos la participación neumológica en la Unidad de Atención al paciente lesionado medular complejo del Hospital Nacional de Parapléjicos. En Cirugía Torácica, cuyos recursos NEUMOCAL no desagrega por comunidades, la región sigue siendo previsiblemente la última de España en unidades y cirujanos por población[3].

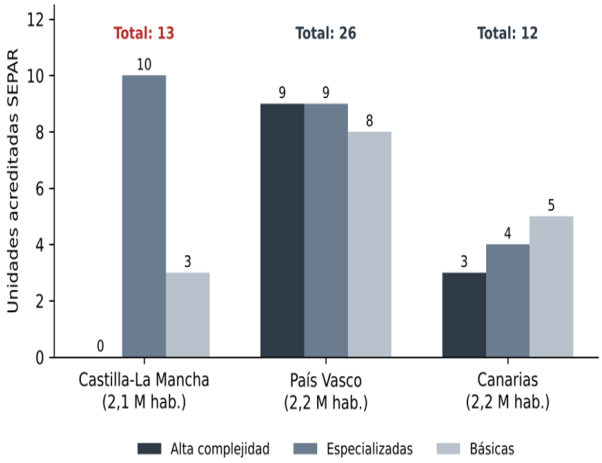


Figura 3. Unidades funcionales y consultas monográficas acreditadas por SEPAR según nivel de acreditación en tres comunidades de población similar. Excluye las unidades de tabaquismo. Fuente: elaboración propia[3].

Resultados en salud: una lectura matizada. Los datos del CMBD de 2023 ofrecen un balance menos homogéneo de lo que sugeriría la escasez de recursos. La frecuentación de ingresos por enfermedades respiratorias es inferior a la media (8,5 frente a 9,8 por 1.000 habitantes) y, aunque la mortalidad bruta por neumonía es de las más elevadas (15,2% frente a 12,9%), la mortalidad ajustada por riesgo (RAMER) se sitúa en la media (12,6 frente a 12,9), lo que indica que el exceso se explica en buena parte por el perfil de los pacientes atendidos[1]. Además, la neumología regional es la segunda del país en proporción de altas por neumonía gestionadas por servicio (8,0% frente a 6,5%), y la mortalidad bruta por

tromboembolismo pulmonar (4,1%) es inferior a la media (5,5%)[1]. Dos señales, sin embargo, requieren atención. En EPOC, la combinación de menos ingresos (139,7 frente a 176,0 por 100.000 habitantes) y una RAMER ligeramente superior a la media (6,0 frente a 5,7) justifica un análisis específico de la calidad asistencial. Y el peso de Neumología en la atención hospitalaria es bajo: gestiona el 21,6% de las altas por enfermedad respiratoria (media del 27,7%) y solo el 53,6% de las de tromboembolismo pulmonar (media del 73%)[1].

De los datos a la acción. NEUMOCAL no es un ranking, sino una herramienta que nos ofrece una oportunidad de planificación. Sus resultados señalan con precisión gran parte de las prioridades para los próximos años: completar la red de UCRI con criterios poblacionales y personal específico; extender la rehabilitación respiratoria y la guardia de presencia física en los hospitales de referencia; planificar el crecimiento de las plantillas y ampliar la acreditación docente MIR; impulsar la acreditación SEPAR en EPOC, hipertensión pulmonar y otros, y avanzar hacia unidades de alta complejidad y una Cirugía Torácica dimensionada a nuestra población[2,3]. A ello se suma una oportunidad que no requiere grandes inversiones: aprovechar la fortaleza diagnóstica ambulatoria para estrechar la coordinación con Atención Primaria, donde se detecta y se sigue a una parte relevante de los pacientes respiratorios crónicos. El reciente anuncio de la implementación del cribado de cáncer de pulmón en nuestra región y del que todavía no conocemos los detalles, es sin duda una oportunidad estratégica de mejorar la calidad de nuestra atención neumológica y otro reto extraordinario para los próximos años.

SOCAMPAR ha asumido estas líneas de trabajo en la elaboración de su Plan Estratégico de Atención Neumológica y en Cirugía Torácica para Castilla-La Mancha, concebido como instrumento de interlocución con el SESCAM, y el Foro de Jefes de Servicio se perfila como el espacio natural para el seguimiento de estos indicadores[2]. Disponer de datos comparables es el primer paso; el siguiente que la próxima edición de NEUMOCAL refleje, con la participación de todos los servicios y unidades de la región, que hemos sabido convertir este diagnóstico crítico de nuestra situación en mejora.

Bibliografía

1. De la Rosa Carrillo D, Ramírez Prieto MT, coordinadores. NEUMOCAL 2025. Recursos y Calidad de los Servicios de Neumología del Sistema Nacional de Salud. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS); 2026.
2. Ortega González Á. Resultados de Castilla-La Mancha en el Estudio NEUMOCAL 2025: Posicionamiento, fortalezas y áreas de mejora frente al conjunto del Sistema Nacional de Salud. Ponencia presentada en: I Foro de Jefes de Servicio y Responsables de Neumología y Cirugía Torácica de Castilla-La Mancha. I Jornada de Otoño SOCAMPAR; 26 de septiembre de 2026; Tarancón (Cuenca).
3. Ortega González Á. Nuevos retos para la Neumología y la Cirugía Torácica regionales. Una perspectiva desde Castilla-La Mancha. *Rev SOCAMPAR*. 2025;10(3):79-80.
4. Hidalgo Carvajal R, Ortega González Á, Godoy Mayoral R, Agustín Martínez FJ, Mediano San Andrés O. Innovations and challenges in intermediate respiratory care units. Integration and planning within the hospital system: a regional perspective from Castilla-La Mancha. *Open Respir Arch*. 2025;7(3):100446. doi:10.1016/j.opresp.2025.100446
5. Soriano JB, Alfageme I, Miravitlles M, de Lucas P, Soler-Cataluña JJ, García-Río F, et al. Prevalence and determinants of COPD in Spain: EPISCAN II. *Arch Bronconeumol*. 2021;57(1):61-9. doi:10.1016/j.arbres.2020.07.024

.

Ángel Ortega González.
Presidente de SOCAMPAR.
Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina.