

EDITORIAL

Cirugía Mayor Ambulatoria en España. ¿Dónde estamos?

Outpatient surgery in Spain. Where are we?

Muchos profesionales del mundo de la sanidad estamos convencidos de que el futuro de la asistencia hospitalaria pasa necesariamente por una apuesta decidida por la ambulatorización. En efecto, recursos asistenciales como son el Hospital de Día, el Hospital a Domicilio y la Cirugía Ambulatoria serán esenciales para conseguir que nuestro sistema sanitario sea viable y sostenible. Es evidente que los recursos mencionados consiguen un producto sanitario más eficiente, pero no podemos olvidar que la eficiencia se basa en combinar el mantenimiento de la calidad asistencial con el ahorro de costes, y uno de los puntales de la calidad asistencial es la seguridad de los pacientes.

Según las cifras publicadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, que corresponden al año 2019, la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) representa el 47,2 % del total de la actividad de cirugía mayor en España (1). De acuerdo con los datos correspondientes a 2013, la CMA representaba ese año el 43,04 % de dicha actividad. Por lo tanto, el incremento que hemos conseguido en ese periodo de 4 años es algo superior al 4 %. Esta cifra, siendo valorable tanto de forma absoluta como en aumento porcentual, queda lejos de las que aportan otros países, por encima del 60 %, y en algunos casos cercanas al 80 % (2).

Necesitamos incrementar la ambulatorización de la cirugía en nuestro país y acercarnos a las cifras que han conseguido otros países. Este incremento pasa por aumentar nuestra cartera de servicios (incluyendo nuevos procedimientos) y también por aumentar los índices de sustitución de procedimientos consolidados en CMA. Pero como se comentaba anteriormente, para que ambas circunstancias se den, es esencial tener en cuenta la calidad asistencial que ofrecemos junto a la seguridad de los pacientes.

Un elemento básico de la CMA son las Unidades de CMA, sean del tipo que sean. Las unidades deben garantizar el acceso preoperatorio, la intervención quirúrgica, la recuperación postoperatoria y el control postoperatorio inmediato a domicilio. Sin embargo, esta pieza fundamental no está censada y no se le exigen unas características determinadas que la acrediten (3).

A fin de tener una noción real de las Unidades de CMA que tienen actividad en nuestro país, desde ASECEMA se

realizó en el periodo 2013-15 el proyecto DUCMA (Directorio de Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria) (4). Este proyecto fue liderado en forma encomiable por el Dr. Filadelfo Bustos y constaba de dos fases: a) presentación del proyecto y designación de un interlocutor de cada Unidad, y b) cumplimentación de un formulario que contenía información básica de la actividad de la Unidad. Se consiguieron datos del formulario de 38 unidades y la recomendación final del proyecto en su publicación era continuar recopilando datos para ampliar la muestra y redefinir la encuesta.

En línea con lo expresado en el párrafo anterior, la Junta Directiva de ASECEMA ha considerado iniciar el proyecto DUCMA 2.0, consistente en la realización de un registro para filiar el mayor número posible de unidades de CMA en España, conocer sus características y funcionamiento, así como las diferencias existentes entre estas unidades. El proyecto está co-promocionado por ASECEMA, que avalará científicamente el proyecto, y por Laboratorios MENARINI, que se encargará de financiarlo. Cabe destacar que la promoción de Laboratorios MENARINI entronca con una actitud de colaboración con ASECEMA para el desarrollo de la CMA en España, y que se refleja no solo en la copromoción de este proyecto, sino también en la celebración de cursos de formación continuada y sponsorship de los congresos y simposios organizados por nuestra asociación. Desde la Junta Directiva de ASECEMA queremos destacar y agradecer esta colaboración.

Con el proyecto DUCMA 2.0 pretendemos conocer la situación de CMA en España y conocer las características de las Unidades. En línea con lo expresado en párrafos anteriores, me parece esencial que estas reúnan unas características determinadas que favorezcan la seguridad del paciente, componente ineludible de nuestra modalidad asistencial.

En nombre de ASECEMA puedo afirmar nuestro compromiso con el Proyecto DUCMA 2.0. El estudio nos permitirá tener un mapa de Unidades en España y sus características esenciales de su funcionamiento. Creo que puede ser un primer paso para intentar una racionalización de la CMA

en España, para favorecer posteriormente un incremento de la ambulatorización. Necesitamos saber dónde estamos.

L. A. Hidalgo Grau
Coordinador de la Unidad de CMA.
Hospital de Mataró, Barcelona, España.
Presidente de ASECEMA.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Intervenciones quirúrgicas realizadas en hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS), frecuencia por 1.000 habitantes, porcentaje de intervenciones de Cirugía Mayor Ambulatoria (C.M.A.) sobre el total de intervenciones y días de espera para intervenciones no urgentes según comunidad autónoma [Internet]. Gobierno de España; 2021. Disponible en: www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla26.htm.
2. Lemos P. Is Ambulatory Surgery well known? – from politicians to the common citizen. 13th IAAS International Congress. Porto (Portugal).
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Informe, estudios e investigación [Internet]. Gobierno de España; 2008. p 14-6. 2008. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf>.
4. Bustos Molina F. Estudio piloto de Directorio de Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria. *Cir May Amb.* 2015;20(4):141-54.