



EDITORIAL

Horizonte sostenible para la cirugía mayor ambulatoria Steady future to ambulatory surgery

J. Marín

Expresidente de ASECMA. Jefe Sección Cirugía UCMA. Hospital El Tomillar. Hospital Universitario Valme. Sevilla

La asistencia quirúrgica en los sistemas sanitarios de Europa se enfrenta en el momento actual a muchos retos, entre ellos las cada vez mayores expectativas de los pacientes, la creciente demanda de servicios ambulatorios, el continuo avance tecnológico y un aumento imparable de los costes sanitarios. Al mismo tiempo, la inevitable constatación de la crisis económica tiene un impacto que se traduce en previsión de menos recursos y presupuestos restrictivos que nos obligan a ser más flexibles y eficientes que nunca. La cirugía mayor ambulatoria (CMA), como es natural, no es ajena a estas previsiones, máxime cuando constituye una modalidad asistencial que se aplica a un número creciente de pacientes y cuya práctica ha ido progresando sustancialmente en los hospitales públicos de nuestro país en las dos últimas décadas.

Aunque las razones iniciales de Nicoll en Glasgow (1) fueron fundamentalmente éticas, han sido motivaciones principalmente económicas las que han contribuido a la dispar pero importante difusión de la CMA en los países de nuestro entorno. Los factores que influyen en esta variabilidad son bastante heterogéneos: el estilo de práctica de los profesionales, la disponibilidad de unidades específicas, el número de camas, los mecanismos de pago de los hospitales y médicos, la formación del personal, el nivel de avance tecnológico, la información de los pacientes y el desarrollo de la atención primaria (AP) son factores que, juntos o separados, actúan como incentivos positivos en unos casos y negativos en otros para la difusión y aplicabilidad de la cirugía ambulatoria.

En un contexto en el que la demanda sanitaria aumenta, las camas hospitalarias muestran una tendencia de-

creciente y los presupuestos disminuyen, la CMA debería ser una prioridad aún más acuciante. ¿Por qué? Pues porque se trata de una práctica científica y eficiente que consigue resultados equivalentes o mejores que la cirugía convencional a un menor coste, con elevado grado de satisfacción de los pacientes y sin disminución de la calidad asistencial. La CMA representa una modalidad de gran valor para el paciente y que tiene unas particularidades que la distinguen de la asistencia convencional (2): selección de pacientes, mejor información verbal escrita, protocolización, trabajo en equipo y un mayor énfasis en la prevención de problemas, todo lo cual produce un uso más racional de los recursos disponibles como ha sido explicitado en una publicación reciente sobre las Unidades de CMA (UCMA) (3).

Actualmente es necesario que los responsables políticos, gestores y profesionales sanitarios vuelvan de nuevo su mirada hacia la CMA con el objetivo de estimular el crecimiento de la misma, pues es una de las soluciones que favorece la sostenibilidad de la actividad quirúrgica, sin necesidad de recurrir a recursos caros y a veces innecesarios, como la cama hospitalaria, para un porcentaje importante de procedimientos. En España se realizaron en 2009 más de 1,3 millones de intervenciones de CMA lo que representa una tasa de ambulatorización del 36,9% (38,9% en el sector público y 32,9% en el privado) y supone un número relevante de pacientes (4). Hoy más que nunca la CMA es de primera elección y no una alternativa, porque ofrece lo mejor para el paciente al mejor coste para la sociedad. Es necesario no solo optimizar sino maximizar la actividad de

CMA en todas las especialidades quirúrgicas favoreciendo el trasvase de pacientes desde el ámbito convencional con ingreso al ambulatorio.

Hay que realizar cirugía ambulatoria siempre que sea posible, y para ello es necesario actualizar la oferta. Es hora de:

- Aprovechar al máximo las innovaciones técnicas en anestesia y cirugía mínimamente invasiva, potenciando la analgesia postoperatoria mediante los protocolos de analgesia multimodal y el empleo de bombas de infusión elastomérica que permitan a los pacientes un excelente grado de confort domiciliario (5).
- Revisar la cartera de servicios de la CMA e introducir definitivamente patologías más complejas y pacientes con mayor comorbilidad basándose en criterios científicos y de sensatez y no a cualquier precio (5). En este aspecto es fundamental el papel de los profesionales para la concienciación de los pacientes y la contención de la demanda ajustando indicaciones.
- Aplicar las ya no tan nuevas fórmulas de autonomía de gestión clínica: una adecuada gestión del conocimiento que implemente técnicas basadas en la mejor evidencia científica disponible, asegurando unos estándares de calidad en la estructura y el proceso asistencial junto a los profesionales idóneos y una gestión de costes apropiada para permitir una prestación más eficiente que reduciría la presión sobre las camas hospitalarias y las listas de espera (6). La cirugía ambulatoria es una prioridad pero no sólo por su eficiencia sino porque es mejor y más segura.

El impacto de la crisis en los servicios sanitarios de Europa es clara (7), colocándolos en una tesitura que obliga a los recortes y a ser más eficiente con menor coste. El sistema sanitario es muy sensible y se pueden hacer fracasar los logros de los años pasados. Si aceptamos estos recortes como inevitables también hemos de pensar en las soluciones y retos para superarlos. A pesar de la obvia independencia de los países de la Unión Europea y de las diferencias entre sistemas sanitarios, los problemas económicos son similares y las soluciones han de ser por lo tanto más uniformes: una mayor coordinación entre los niveles asistenciales, un uso de las tecnologías de la información y la comunicación (e-sanidad, TIC) en el seguimiento postoperatorio, un mejor control del coste por parte de todos actores intervinientes (gestores, profesionales y pacientes) y una implementación de nuevos sistemas de pago prospectivo (GRD, grupos relacionados por el diagnóstico) contribuirían a una mejor armonización y convergencia de los países de nuestro entorno europeo (8).

Los recortes son inevitables en los servicios obsoletos e innecesarios, pero no en la CMA y las UCMAS que ya cumplen los criterios de eficiencia y calidad. Por encima de lo que convenga a los profesionales o el centro, los pacientes exigen respuestas a sus preferencias y expectativas y la CMA es el terreno ideal para el clínico donde hacer un nuevo esfuerzo que evite despilfarros, disminuya la variabilidad en la práctica y las infecciones hospitalarias. Hay que preservar la CMA, pues aporta valor social y lleva implícita una mentalidad de trabajo que logra la comodidad y bienestar del paciente mejorando la relación coste efectividad de los procesos quirúrgicos prevalentes (9).

Otro aspecto visible de los recortes está en la garantía sobre los tiempos de respuesta quirúrgica. El mantenimiento de los plazos actuales supone un factor de eficiencia del sistema, al permitir absorber la demanda y resolverlo con los recursos propios. Por el contrario, cualquier aumento o suspensión de estos plazos supondría un incremento de las listas y demoras quirúrgicas.

Las consecuencias de la crisis son impredecibles pero no saldremos de ella aumentando la cirugía con ingreso y gastando más, sino reduciendo nuestros costes, aumentando la productividad y la calidad, lo que significa hacer más CMA para dejar de ser una innovación periférica, que no ha molestado en demasía al status quo hospitalario, y ser una inversión decidida, pues el retorno que produce a la sociedad y a la organización sanitaria es manifiesta. La CMA puede y debe estar de moda otra vez.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nicoll J. The surgery of infancy. *BMJ* 1909; 18: 753-5.
2. Marín Morales J, Gallardo García PA, Mulet Zayas O, Pérez Ramírez C, Rodríguez Hernández S. Cirugía Mayor Ambulatoria en España: de la teoría a la práctica. *Rev Pat Digest* 1999; 22(3): 155-7.
3. Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y Recomendaciones. MSC 2008.
4. Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado (Indicadores hospitalarios) Año 2009. Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud. <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/estHospInternado/inforAnual/home.htm>.
5. Jiménez Bernadó A. Perspectivas de futuro de la CMA. *Cir May Amb* 2011; 16(1): 1-5.
6. López Álvarez S. Reinventando el futuro de la cirugía ambulatoria. *Cir May Amb* 2011; 16(3): 111-3.
7. HOPE. The crisis, Hospitals and Healthcare. April 2011.
8. Health at a glance. Europe 2010. OECD 2010.
9. Jiménez A, Peman MJ, González R, Aripes P. Encuesta de satisfacción en CMA: instrumento para detectar puntos débiles y monitorizar mejoras. *Cir May Amb* 2002; 7(3): 164-72.