

Editorial

La cirugía mayor ambulatoria y los retos actuales del Sistema Sanitario

El Sistema Sanitario Español, al margen de su complejidad intrínseca, está sometido a los problemas derivados de las circunstancias actuales de nuestra sociedad de las que, entre otras, cabe destacar, en primer lugar, los cambios demográficos con incremento de la población asegurada. En segundo lugar, la aparición de un nuevo perfil de *paciente/usuario* con un mayor grado de información y de exigencia que cada vez reclama al sistema sanitario más agilidad, mayor bienestar y mejor trato personal. Finalmente, cabe destacar también entre las circunstancias de mayor influencia sobre nuestro sistema sanitario, la irrupción de las nuevas Tecnologías de la Información y de la Comunicación.

Estos factores tienen una gran repercusión en un sistema sanitario caracterizado por la gratuidad, lo cual confiere a los usuarios una enorme capacidad de utilización que puede derivar en un consumo excesivo de los recursos, lo que conduce a un incremento tanto de la presión asistencial como del gasto sanitario. Todo ello ha originado una serie de modificaciones en la organización sanitaria, tanto para atender la creciente demanda asistencial como para contener el incremento del gasto sanitario, que ha dado lugar a la aparición de formas innovadoras de asistencia sanitaria.

En relación con los cambios demográficos, se están produciendo en nuestra sociedad dos situaciones que afectan al sistema sanitario: el fenómeno de la *inmigración* y el del *envejecimiento* de la población. Respecto a la inmigración, y al margen de la controversia sobre la repercusión que pueda tener sobre el Sistema Nacional de Salud, desde el año 1999 la evolución de la población extranjera en nuestro país ha experimentado un notable crecimiento. En ese año residían en España medio millón de extranjeros que no llegaban a representar el 1,5% del total de la población residente en el país. Sin embargo, y según datos oficiales recientes, de los 44.395.286 residentes en España, el 8,7% es extranjero. Los extranjeros, comunitarios y no comunitarios, tienen los mismos derechos en asistencia sanitaria que cualquier persona del país (1).

Por lo que respecta al envejecimiento, nuestra sociedad se encuentra inmersa en un proceso caracterizado por un rápido envejecimiento de su población que está determinado por dos factores: el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la fertilidad. En España, como en el resto de los países de la Unión Europea, la esperanza de vida ha aumentado casi linealmente desde la Segunda Guerra Mundial. Si el envejecimiento de la población fuera debido únicamente a la creciente esperanza de vida el problema sería de menor trascendencia. Lo que complica esta situación, tanto en España como en el resto de Europa, es que el aumento de la esperanza de vida coincide con un descenso sin precedentes de la fertilidad. Esta coincidencia en el tiempo de ambos factores determina un cambio fundamental en la estructura de la población del país ya que la edad media de la población está aumentando con

Editorial

mayor rapidez que si sólo uno de estos factores estuviera presente. Esto da lugar a un proceso conocido como envejecimiento “rápido” de la población (2).

El actual aumento de la esperanza de vida arroja unas cifras aproximadas en torno a los 83,7 años para las mujeres y a 77,2 años para los hombres, siendo esto debido fundamentalmente a la disminución de la mortalidad después de los 65 años. A mediados de este siglo se calcula que este grupo contará con 12 millones. Si además tenemos en cuenta que no hay evidencias de que la esperanza de vida vaya a dejar de crecer, la consecuencia de semejante desarrollo es que el proceso del *envejecimiento rápido* de la población española podría seguir durante gran parte de este siglo.

El incremento de las patologías crónicas y de la discapacidad, asociadas a la población anciana, hace que cada vez se incrementen más los gastos sanitarios, derivados fundamentalmente del consumo de recursos hospitalarios que se producen en esta población (3).

Para afrontar estos problemas se han potenciado los *programas de ambulatorización* en los que el concepto de hospital ha cambiado de manera profunda, ofreciendo alternativas a la hospitalización convencional tanto en los aspectos médicos (*Hospitalización Domiciliaria, HD*) como en los quirúrgicos (*Cirugía Mayor Ambulatoria, CMA*), las cuales se están extendiendo de forma imparable, ya que todos los ingresos y estancias hospitalarias que no sean necesarios, no sólo suponen un consumo de recursos innecesario y evitable sino que, además, constituyen una situación contraproducente para estos pacientes.

Estas innovaciones asistenciales favorecen la transferencia del paciente desde el hospital a su domicilio, cada vez de una manera más perfeccionada, alejando el menor tiempo posible a los pacientes de su entorno familiar y social. Con ello, se evita, por un lado, someter al paciente a un ingreso hospitalario innecesario, con todas las ventajas que eso conlleva y, por otro, se permite a la propia organización sanitaria que realice un uso más adecuado y racional de la totalidad de sus recursos (camas hospitalarias, personal, recursos tecnológicos, etc.).

En relación con el nuevo perfil del *paciente/usuario*, la sociedad actual reclama al sistema sanitario cada vez más agilidad, mayor bienestar y mejor trato personal. Es decir, más calidad asistencial. En este sentido el acceso a la asistencia sanitaria todavía está considerado como lento e ineficaz, lo que tiende a crear una imagen burocrática desfavorable que da lugar a una situación de insatisfacción tanto entre los pacientes como entre los profesionales sanitarios ya que no proporcionan una atención rápida y sin esperas prolongadas (4).

Para facilitar y mejorar la accesibilidad de los usuarios al sistema sanitario, se están desarrollando las llamadas *Consultas de Alta Resolución* o *Consultas Únicas* diseñadas para resolver el problema de salud de un paciente en el mismo día, es decir, estudiarlo, realizar las pruebas complementarias pertinentes, alcanzar el diagnóstico y establecer el correspondiente tratamiento, en el mismo día de la consulta. Se pretende pues, por un lado, establecer lo antes posible un diagnóstico y un tratamiento del proceso del paciente y, por otro, evitar en lo posible el mayor número de desplazamientos al centro sanitario. De esta manera se introducen mejoras en la calidad asistencial, sobre todo en la calidad percibida por los pacientes ya que se agiliza y se mejora la accesibilidad al sistema sanitario. Se acortan drásticamente tanto el número de desplazamientos (evitando las consultas sucesivas para realizar pruebas diagnósticas) como los tiempos de espera y por tanto la ansiedad que le produce al paciente la incertidumbre originada por la demora del proceso diagnóstico así como la de su tratamiento. Actualmente las *Consultas de Alta Resolución* se están exten-

Editorial

diendo de manera continua y progresiva, implantándose con éxito cada vez en un mayor número de hospitales del territorio nacional (5,6).

Finalmente, uno de los retos más importantes en los que se está viendo inmerso en la actualidad el Sistema Sanitario viene determinado por las nuevas *Tecnologías de la Información y de la Comunicación* (TIC) cuya penetración en la sociedad actual es de tal magnitud que ha dado lugar a que se la llame *Sociedad de la Información*. Las TIC se conciben hoy como herramientas que se ponen al servicio de la salud pública y de la planificación sanitaria con el fin de mejorar la accesibilidad, la calidad, la seguridad y la eficiencia del sistema sanitario.

Actualmente existe total acuerdo en considerar a las TIC como una de las fuerzas de mayor impacto y potencial en la sociedad en general y en el ámbito de la sanidad, en particular, existiendo una creciente y continua introducción de nuevas formas de asistencia sanitaria basadas en estas tecnologías, de ahí que se hayan puesto en marcha numerosos programas, tanto a nivel europeo como nacional y autonómico, que promueven y regulan todo lo relativo tanto al desarrollo de las TIC como a su aplicación en los sistemas sanitarios. En Europa se establece el “*Plan de Acción e-Europe*” para hacer llegar al conjunto de los ciudadanos europeos los beneficios de la Sociedad de la Información, y entre cuyos objetivos principales se encuentran los “*Servicios de salud on-line*” (*e-health*) (7).

Los *Servicios de salud on-line* (*e-salud, e-health*), es decir, la aplicación de las TIC (sobre todo *Internet*) al área de la salud, se ha convertido en un campo de acción prioritario dentro de la estrategia digital de la Unión Europea. En este sentido, desde el año 2003 la Comisión Europea viene apoyando la organización anual de reuniones de alto nivel en “*e-Salud*” destinadas a facilitar el intercambio de experiencias entre los máximos responsables políticos, los expertos y los componentes del área de la salud. Así, se han celebrado encuentros (“*e-Health Conferences*”) en 2003 (Bruselas, Bélgica), 2004 (Cork, Irlanda), 2005 (Tromsø, Noruega), 2006 (Málaga, España), 2007 (Berlín, Alemania) y 2008 (Portoroz, Eslovenia) (7).

En España se ha puesto en marcha el “*Plan Avanza*” para el desarrollo de la Sociedad de la Información así como el Programa “*Sanidad en Red*”, que se enmarca dentro de la “*Línea de Servicios Públicos Digitales*” de dicho Plan, y está diseñado para atender el carácter fuertemente descentralizado del modelo sanitario español en las diferentes Comunidades Autónomas, y cuyo objetivo general es mejorar la atención sanitaria que se presta a los ciudadanos, así como garantizar su movilidad geográfica por todo el territorio nacional. El programa está destinado a todos los Servicios Autonómicos integrados en el Sistema Nacional de Salud y contempla actuaciones concretas sobre objetivos tales como la *Historia Clínica Electrónica*, la *Receta Electrónica*, la *Cita Médica por Internet*, etc. (8).

Actualmente la *cirugía mayor ambulatoria*, como ya hemos señalado, constituye por sí misma una de las innovaciones asistenciales paradigmáticas del sistema sanitario, que se encuentra fuertemente consolidada y en un proceso de progresiva implantación y de continuo e imparable desarrollo. Pero su enorme potencial no sólo reside en el continuo avance en todos y cada uno de los aspectos que le son tradicionalmente propios (técnicas anestésicas y quirúrgicas, control del dolor, actividad de enfermería, formas de gestión, etc.) sino también por su posibilidad de interactuar con el resto de las modernas innovaciones asistenciales antes mencionadas (*Hospitalización Domiciliaria, Alta Resolución y Tecnologías de la Información y la Comunicación*), lo cual amplía enormemente su capacidad de desarrollo e incrementa notablemente su eficiencia, su seguridad y, en definitiva, su calidad.

Editorial

La posibilidad de asociar la HD a la CMA puede complementar y potenciar la actividad de esta última al poder aprovechar la infraestructura funcional así como al personal sanitario de las Unidades de HD. Dicha situación puede repercutir muy positivamente en diferentes aspectos. Permitiría ampliar los criterios de inclusión (procedimientos que, aun estando incluidos en esta forma de cirugía, requieren una mayor prolongación de los cuidados postoperatorios hospitalarios por diferentes causas: edad avanzada, existencia de patologías asociadas, toma de medicaciones específicas, etc.). Se podrían incluir pacientes que de no existir esta asociación no podrían serlo (procedimientos quirúrgicos en los que estén previstas pérdidas hemáticas y puedan necesitar una transfusión, que precisen cuidados postoperatorios complicados –drenajes de alto débito–, que se prevea dolor postoperatorio que requiera la vía parenteral, que necesiten administración postoperatoria de antibióticos por vía intravenosa, etc.). Por otro lado, esta asociación permitiría incluir intervenciones de creciente complejidad quirúrgica sobre las que en la actualidad no exista acuerdo unánime respecto a lo adecuado de su realización ambulatoria (colecistectomía laparoscópica, tratamiento laparoscópico del reflujo gastroesofágico, cirugía del tiroides y paratiroides, cirugía neoplásica de la mama, etc.).

Por otra parte, muchos de los procesos que se intervienen en las unidades de CMA serían tributarios, por sus características, de ser incorporados a las *Consultas de Alta Resolución* establecidas en dichas unidades, a las que los pacientes acudirían remitidos directamente por los médicos de Atención Primaria. De esta manera, se proporcionaría tratamiento quirúrgico en el menor tiempo posible y además evitando desplazamientos innecesarios, todo lo cual incrementaría la calidad asistencial y facilitaría una rápida reincorporación del paciente a su actividad habitual. Por otro lado, se mejoraría también la relación y la comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada (5,6,9).

Finalmente, en las unidades de CMA no sólo se aplicarán los beneficios futuros de todas las innovaciones sanitarias de ámbito general derivadas de la incorporación de las TIC en el sistema sanitario y que están previstas en los diferentes planes y programas tanto europeos como nacionales y comunitarios, sino que actualmente ya se están desarrollando e implantando en la práctica habitual programas de Telemedicina que mejoran aspectos tan importantes como los que agilizan y facilitan el acceso a las mismas (*Teleconsulta de Alta Resolución*) y, sobre todo, los que optimizan de manera manifiesta los importantes y necesarios sistemas de control postoperatorio domiciliario (*Telecontrol postoperatorio domiciliario*) (10-13).

La posibilidad de desarrollo de futuras aplicaciones de Telemedicina en CMA es totalmente prometedora ya que podrán imbricarse con las aplicaciones que actualmente se están desarrollando en el campo de la *Teleasistencia Domiciliaria* (*Teleconsulta, Telediagnóstico, Telemonitorización de constantes vitales, Telealarmas, Gestión de la agenda del paciente*, etc.). En el futuro, se prevé que uno de los campos donde tendrá lugar un mayor desarrollo y aplicación de las TIC será el de los servicios para ser aplicados en todas las facetas de la *Teleasistencia Domiciliaria*. Y posiblemente, será en este campo donde se producirán los avances más importantes y revolucionarios de los próximos años, de la mano de los continuos progresos y desarrollos tecnológicos que conforman la llamada *Inteligencia Ambiental* (14,15).

Por consiguiente la *cirugía mayor ambulatoria* no sólo se encuentra ampliamente desarrollada, sólidamente afianzada, merecidamente prestigiada y con unas inmensas posibilidades de desarrollo en todos y cada uno de sus diferentes aspectos, sino que, como ha quedado expuesto, su posición dentro del sistema sanitario le

Editorial

confiere un papel fundamental para contribuir a hacer frente a los diferentes retos a los que se enfrenta nuestro Sistema Nacional de Salud.

Esta posición actual ha sido conseguida gracias al enorme esfuerzo realizado durante muchos años por todos los profesionales sanitarios que en nuestro país se han dedicado a esta forma de asistencia quirúrgica. Y, en la mayoría de los casos, con el apoyo de las autoridades sanitarias y de los gestores hospitalarios, aunque también ha habido actuaciones concretas, lamentables e inexplicables, en las que se ha hecho retroceder de forma injustificada, a situaciones más propias de hace 15 ó 20 años, la actividad de la CMA de hospitales importantes, a pesar de contar estos con modélicas unidades de CMA funcionando durante muchos años con elevado nivel de eficacia, prestigio y calidad.

Afortunadamente, el panorama global es mucho más prometedor ya que, frente a la existencia de estos casos aislados, nos encontramos con noticias, cada vez más frecuentes, que anuncian la continua creación e inauguración de nuevas unidades de CMA en los hospitales de todas las Comunidades Autónomas del territorio español.

C. Martínez-Ramos

Profesor Titular de Cirugía. Departamento de Cirugía. Hospital Clínico San Carlos. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid

BIBLIOGRAFÍA

1. Jansà JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit* 2004; 18(Supl.): 207-13.
2. Demografía y población. 2007. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/cgi/axi>
3. Urbanos Garrido R. El gasto sanitario y su financiación: evolución, tendencias y reflexiones para el futuro. *Revista Asturiana de Economía* 2006; 35: 45-65.
4. Jovel AJ. El paciente del siglo XXI. *An Sist Sanit Navar* 2006; 29: 85-90.
5. Martínez-Ramos C, Sanz R, Cabezón P, Cerdán MT. Consulta de Alta Resolución en Cirugía Mayor Ambulatoria. *Cir May Amb* 2007; 12: 111-5.
6. Cerdán MT, Sanz R, Martínez-Ramos C. Análisis de la satisfacción en un programa de colaboración entre niveles asistenciales. *Médicos de Familia* 2004; 6: 45-8.
7. e-Europe 2005: Una sociedad de la información para todos. Disponible en: http://www.csi.map.es/csi/pdf/eeurope2005_es.pdf
8. Plan Avanza. Disponible en: http://www.planavanza.es/NR/rdonlyres/F3D2C27A-FE8E-4BFF-ABFA-B3F8D02F4F39/14383/plan_avanza_documento_completo.pdf
9. Cerdán MT, Sanz R, Martínez-Ramos C. Mejora de la comunicación entre niveles asistenciales: derivación directa de pacientes a una consulta de alta resolución de cirugía mayor ambulatoria. *Atención Primaria* 2005; 35: 283-7.
10. Martínez Ramos C, Cerdán MT, Sanz R, Normand J. Desarrollo de un sistema de telemedicina, con telefonía móvil, para control postoperatorio en CMA. *Cir May Amb* 2007; 12: 148-56.
11. Martínez Ramos C, Cerdán MT, Sanz R, Normand J. Sistema de telemedicina, con telefonía móvil, para control postoperatorio en CMA. Estudio piloto. *Cir May Amb* 2008; 13: 67-77.
12. Viñoles J, Soliveres J, Solaz R, Barberá M. Telemedicina para el seguimiento postoperatorio domiciliario. *Rev Esp Anest Reanim* 2007; 54(7): 445-6.
13. Martínez Ramos C. Teleconsulta de Alta Resolución en CMA. 6th International Congress for Ambulatory Surgery. Sevilla (Spain). April 24 - 27, 2005.
14. García Lizana F, Sarría Santamera A. Las nuevas tecnologías y el marco social actual. En: Revisión de intervenciones con nuevas tecnologías en el control de las enfermedades crónicas. (Editorial). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Madrid; 2005. p. 13-41.
15. Carretero N, Bermejo AB. Inteligencia Ambiental. 2005. Disponible en: www.ceditec.etsit.upm.es/index.php/component?option=com_docman/task,doc_download/gid,5/Itemid,78/