

EDITORIAL

## Cómo empezamos, dónde estamos, hacia dónde nos dirigimos How we began, where are we and where are we going?

R. Gutiérrez Romero

*Jefe de Servicio de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA). Complejo Hospitalario de Toledo.*

Autor para correspondencia: jrgutierrez@escam.jccm.es

Cuando el Jefe de Redacción de nuestra revista me pidió que escribiese un editorial sobre la cirugía mayor ambulatoria (CMA) me pregunté “¿sobre qué?”. En ese momento me vino a la memoria la frase, que encaja perfectamente en estos momentos, que dice “si la educación te parece cara, prueba con la ignorancia”. Parfraseando podríamos decir: “si la sanidad te parece cara, más concretamente los procesos quirúrgicos, prueba a no hacerlos en CMA”.

A muchos de nuestros políticos podríamos decir que, en estos momentos, a la mayoría, les escuchamos continuamente utilizar la palabra *eficiencia* referida, fundamentalmente, a la *sanidad*. Pues bien, dejadme que comparta mis reflexiones contestando a una serie de preguntas con respecto a la CMA.

### CÓMO EMPEZAMOS

Permitidme la licencia de que, aprovechando nuestro recorrido en la cirugía sin ingreso, pueda hacer un breve repaso a esta forma de atender a nuestros pacientes.

Tengo enfrente de mí el cartel anunciador del “Simposium sobre cirugía ambulatoria y de alta precoz” del año 1989. No pusimos número delante de Simposium porque no sabíamos si iba a haber un segundo. El tiempo ha demostrado que podíamos haberlo puesto.

Antes hubo unos pioneros de la CMA en España que se merecen un reconocimiento, como los doctores Jesús Rivera Gutiérrez y Manuel Giner Nogueras en Denia, y José Ramón Polo Melero y José Luis García Sabrido en Madrid.

En aquellos años, finales de los ochenta, la situación de nuestros pacientes quirúrgicos era la siguiente: gran cantidad de pacientes, de diferentes especialidades y con

diversas patologías, esperando demasiado tiempo para ser intervenidos. Era obligado buscar una solución.

Varios hechos coincidentes favorecieron que pudiéramos visualizar una respuesta a este importante problema. El doctor Doblás Domínguez, actual Jefe del Servicio de Cirugía Vascular del Complejo Hospitalario de Toledo, aprovechando una beca FISS en EE. UU. (Barnes Hospital — Washington University Medical Center, St. Louis— Mo), puso a nuestra disposición la posibilidad de conocer al Dr. Gregorio Sicard, actual Vice-Chairman del Departamento de Cirugía de dicho Hospital, y a todo un equipo de especialistas quirúrgicos, anestesiólogos y profesionales de enfermería. Ellos nos mostraron cómo se podían atender a los pacientes quirúrgicos (hasta un 60 % de ellos), permaneciendo en el hospital solo el tiempo necesario para su recuperación.

Otro hecho coincidente es que, a este lado del atlántico, más concretamente aquí en Toledo, había dos profesionales de la medicina y la gestión que creyeron en esa forma de trabajo y pusieron todo su esfuerzo en que el proyecto saliese adelante. Sus nombres son los doctores José Luis Conde Olasagasti y Roberto Martín Hernández. El primero facilitando el que se llevase a cabo el Simposium, importantísimo para el desarrollo de la CMA en España, y el segundo atreviéndose, contra viento y marea, a poner en funcionamiento la unidad de CMA del Complejo Hospitalario de Toledo y, más atrevimiento aún, nombrándome coordinador de la misma.

Es importante significar la aportación que ha tenido para la CMA el doctor Colomer Mascaró, poniendo en funcionamiento la primera unidad de CMA en Viladecans en 1990. Hay otros “pioneros” que, en aquellos inicios de los 90, se atrevieron a dar un paso adelante en esta modalidad de cirugía. El Dr. Marín Morales en el Tomillar (Sevilla), el Dr. Zaragoza Fernández en Valencia, la Dra. Pérez Alonso

en Osakidetza o los Dres. Bustos Molina y Vaquerizo Gaceta en Toledo. Así empezamos.

## DÓNDE ESTAMOS

Desde aquellos inicios y hasta la actualidad, no ha habido un solo gestor sanitario, ni político que tenga relación con la sanidad, al que no hayamos oído hablar de las bondades de la CMA. Tanto es así que, con el fin de promover la misma, se decidió que una parte importante de la financiación de los hospitales sería en función del volumen de CMA que se realizase. Solo se pedía que se llevase a cabo. No se decía ni cómo, ni dónde, ni cuándo, ni quién. Esto, unido a la “picaresca”, hizo que hubiese un espectacular aumento, ficticio por supuesto, de la CMA en España.

Según los datos, nada objetivos, de todos los centros donde se dice realizar CMA, en España deberíamos rondar el 60-70 % de los procedimientos realizados en este modelo de atención quirúrgica. Personalmente, nada objetivo también, no creo que estemos en un porcentaje superior al 40 %.

Actualmente, gracias a ASECMA, se está realizando un registro de unidades (DUCMA) que quizás, si todos colaboramos, nos indique quién, dónde, cómo, y a quién realizamos cirugía mayor ambulatoria.

En estos tiempos de grave crisis económica, donde no paramos de oír la “no sostenibilidad del Sistema Nacional de

Salud actual”, y en el que el parámetro *eficiencia* prima sobre cualquier otro en relación con la atención a nuestros pacientes, es curioso que a “nuestros responsables” se les ocurra como panacea, para conseguir la tan ansiada *eficiencia*, la eufemísticamente llamada *externalización*. Permítanme recordarles, si es que alguno de los responsables llega a leer estas líneas, que allí donde verdaderamente funcionan las unidades de CMA (o en cualquiera de sus acepciones: cirugía sin ingreso, cirugía de día, etc.), han demostrado que no hay nada más eficiente. He de recordarles también que, fundamentalmente, estas unidades están dentro del sistema público. Por tanto, y de nuevo parafraseando, recuerden: si los procedimientos quirúrgicos son caros, ¿por qué no prueban a hacerlos en las unidades de CMA? Todos, pacientes y contribuyentes, saldremos ganando.

## HACIA DÓNDE NOS DIRIGIMOS

La realidad es que mis dotes de adivinación y de intuición son muy escasas, por no decir nulas. Sí sé hacia dónde me gustaría que nos dirigiesen, ya que la autonomía, otra de las palabras más manidas en la gestión sanitaria, es escasa. Me gustaría que consultasen con los profesionales para que, juntos, se detectasen las bolsas de ineficiencia; para que, juntos, se visualizara la meta a alcanzar; para que, juntos, se desarrollasen y potenciasen aquellas “herramientas” que han demostrado su eficiencia. *En resumen que, juntos, decidiésemos cuál es la mejor forma de dar solución a los problemas quirúrgicos de nuestros pacientes.*