

102 Sr. Director:

Leí con interés el artículo del Dr. Pérez-Medina¹ sobre cirugía mayor ambulatoria (CMA) publicado en el número de septiembre de *PROGRESOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA* en el apartado «Foro de Opinión». A mi entender, el artículo está escrito en uno de los momentos de desánimo por los que quienes trabajamos en hospitales públicos pasamos con excesiva frecuencia durante los últimos años.

En el artículo están expuestos 2 problemas. El primero es la resolución de la afección anexial benigna mediante el abordaje laparoscópico, relatando, en un caso, la protesta por no haberse utilizado esta vía, y en otro, cuando pueda haber complicaciones que requieran conversión a cirugía abierta, porque no se la utilizó de entrada. Creo que actualmente el abordaje de elección de la afección anexial benigna, si no hay contraindicaciones, es mediante laparoscopia, aunque cuando ello no es posible por inexperiencia del cirujano o falta de medios del hospital, aspectos que no critico en absoluto, pueda desestimarse. En caso de abordaje laparoscópico, sólo se efectuará en CMA cuando el equipo tenga gran experiencia y en casos muy bien seleccionados. Todo ello debe reflejarse en el documento del consentimiento informado² y, si la información que proporcionamos es correcta, explicándolo además de entregarlo, la paciente podrá decidir dónde quiere ser atendida y evitaremos situaciones comprometedoras como las citadas.

El segundo problema, que considero más importante, es responder a la pregunta de nuestro compañero Pérez-Medina: ¿Quién percibe el beneficio de la CMA? Sin lugar a dudas, la Administración, representada en nuestra comunidad autónoma por el Servei Català de la Salut, aunque esta respuesta debe ser matizada y ampliada en dos situaciones distintas, según se desarrolle o no de manera correcta la CMA.

En 1993 se publicaron 2 documentos oficiales sobre CMA, uno en Barcelona por el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya y otro en Madrid por el Ministerio de Sanidad y Consumo. En el primero había un artículo³ sobre aspectos económicos de la CMA donde se recordaba que su viabilidad y por tanto su eficiencia dependían de: *a)* la colaboración de los profesionales, que puede facilitarse mediante incentivos adecuados

que discriminen según el rendimiento y el mérito; *b)* evitar el riesgo de una inapropiada utilización; *c)* establecer un sistema de pagos a los centros concertados o de presupuesto en los propios no vinculados al número de estancias, y *d)* reconvertir la oferta, lo que representa el cierre de camas de agudos y la liberación de recursos de enfermería, hoteleros y técnicos que pueden ser asignados a otras necesidades. La mayoría de las unidades, incluida la nuestra⁴, tuvieron inicios alentadores, ya que contaron con el apoyo de la Administración y se cumplieron los 3 primeros requisitos enumerados anteriormente; los profesionales se sintieron gratificados por la adquisición de equipos que les permitió desarrollar nuevas técnicas de cirugía mínimamente invasiva, así como por la posibilidad de efectuar programas quirúrgicos de tarde, que permitieron disminuir las listas de espera; había un estricto control de calidad del procedimiento, y los hospitales, al principio, recibieron mayor remuneración de las intervenciones efectuadas en CMA. Como dice Pérez-Medina, siempre hemos tenido que luchar contra la posibilidad de que pacientes y familiares infravaloren el riesgo quirúrgico por no haber ingreso hospitalario, pero lo evitamos con la información adecuada dada inicialmente por el ginecólogo y reforzada posteriormente tanto por el anestesiólogo como por la enfermera de la unidad, mediante explicación y entrega de los folletos informativos sobre CMA y de los correspondientes documentos del consentimiento informado. Durante este período las pacientes se sentían gratificadas por la posibilidad del postoperatorio domiciliario, en su entorno familiar, y porque gracias a su colaboración lograban disminuir las listas de espera para cirugía con hospitalización. Que la paciente o sus familiares no deseen asumir el postoperatorio domiciliario es una contraindicación para efectuar el procedimiento en CMA; estos casos, junto con los que tengan otras contraindicaciones, que lógicamente sólo pasarán la noche en el hospital, nos ayudarán a disminuir la estancia media hospitalaria.

Actualmente las cosas han cambiado, personalmente creo que si la Administración hubiera tenido paciencia para continuar apoyando la CMA, hubiera potenciado además las unidades de recuperación prolongada (una noche de ingreso) y la hospitalización domiciliaria y se llegaría a poder cerrar camas de agudos, último condicionante para que la CMA sea viable. Desde hace unos años, los convenios en-

tre la Administración y los hospitales contemplan la remuneración por procedimientos, indistintamente de dónde se efectúen, incumpliendo uno de los requisitos de viabilidad. Es difícil convencer a la dirección del hospital para invertir en nuevos y costosos utillajes que sólo repercuten en el bienestar de la paciente pero no aumentan los beneficios; ello disminuye el incentivo de los profesionales que nos sentimos poco motivados para responsabilizarnos del postoperatorio domiciliario y hace que no se cumpla otra de las condiciones de viabilidad. Todo ello conduce a que la CMA sea en estos momentos únicamente un medio para generar mayor número de procedimientos quirúrgicos, hay poco control de calidad, ya que cuando interesa se incluyen intervenciones que podrían efectuarse en régimen de cirugía menor ambulatoria si estuviese bien equipada, incumpléndose otro de los principios de viabilidad.

Las necesidades en salud son ilimitadas y los recursos, finitos; una de las medidas de control del gasto sanitario es la CMA. Todo ello debería explicárselo a la población el organismo político correspondiente y únicamente lo hacemos nosotros, atri-

buyéndonos competencias que no nos corresponden y que son muchas veces motivo de opiniones erróneas e inmerecidas sobre la clase médica. Existen en algunas capitales autonómicas unidades modelo de CMA que cuentan todavía con profesionales sanitarios ilusionados y el apoyo administrativo, pero con la situación actual no se han logrado ni se lograrán los índices de sustitución en CMA conseguidos en Estados Unidos, cuna del procedimiento hace 30 años, porque nuestros sistemas sanitario y laboral son muy distintos.

Agradezco a Pérez-Medina la publicación de su artículo porque me ha permitido responder a su pregunta y compartir su desánimo. Con mis aclaraciones no pretendo crear controversia, todo lo contrario, expresar que todos somos compañeros de viaje, pero en unas condiciones muy distintas de las que nos gustaría.

P. Deulofeu-Quintana

Ex Vocal de Ginecología de la ASECMA. Hospital Municipal de Badalona. Badalona. Barcelona. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez-Medina T. Laparoscopia ginecológica y cirugía mayor ambulatoria: visión desde el otro lado. *Prog Obstet Ginecol*. 2005;48:465-6.
2. Documento de consentimiento informado para tratamiento quirúrgico de patología anexial y/o del ligamento ancho (supuestamente benigna). En SEGO. Documentos de consentimiento informado en Ginecología y Obstetricia. Madrid: Editores Médicos; 2003. p. 103-4.
3. Dalmau E, Ortún V. Aspectes econòmics de la cirurgia major ambulatoria. En: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears. Comissió per la elaboració de pautes i recomanacions pel desenvolupament de la Cirurgia Ambulatoria. Madrid: Ergón; 1993. p. 29-34.
4. Deulofeu P, Casanova LL, García Parés G, Navarro R, Avecilla A, Sintes MD, et al. La Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI) Ginecológica. Experiencia de dos años. *Prog Obstet Ginecol*. 1997;40:546-53.