

Los clínicos se aferran al criterio técnico para reordenar servicios

Las sociedades dicen que el ahorro no debe frenar la calidad y piden que el médico decida. Exigen mínimos para no sacrificar la asistencia y reclaman especificidad en la reorganización.

DIARIO MEDICO. Mariale Berroterán | mariaa.berroteran@unidadeditorial.es | 29/04/2013 00:00

El reordenamiento de los servicios médicos aún no posee un plan definido de acción, pero el Ministerio de Sanidad ya se ha reunido con diversas sociedades médicas para iniciar la consulta sobre cómo debe desarrollarse este proceso. Entre las especialidades elegidas para abrir fuego, sólo la de Oncología Médica ha preferido no explicar a DM sus prioridades. Los facultativos, en general, creen que la condición básica es la participación del médico, que puede ofrecer los criterios técnicos mínimos para lograr un ahorro sin sacrificar la calidad de la atención.

"Existe mucha duplicidad en el sistema actual, por lo que el reordenamiento indudablemente llevará a un ahorro significativo", ha señalado Vicente Bertoméu, presidente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC). Pero reordenar no implica desmejorar la atención, siempre que el factor decisivo no sea sólo reducir costes: "La premisa básica debe ser la seguridad del paciente", ha señalado.

Según Josep Lailla, presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), el reordenamiento es necesario porque "se ha crecido de una forma desordenada; todas las comunidades, hospitales e incluso pequeños territorios pensaban que debían tener una cartera de servicios al máximo de prestaciones, aunque su utilización fuera mínima".

Hay dos modelos clásicos de organización de los servicios: el británico, que lo concentra todo en hospitales, y el francés, que hace lo contrario. España puede ser un equilibrio: "Podemos concentrar algunos servicios, mientras que otros necesariamente deben estar en cada comunidad", ha explicado Rafael Matesanz, director de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT).

Hay que equilibrar cantidad y calidad. "La parte cuantitativa se mide en función de cuánta gente se está atendiendo y el gasto económico por procedimiento, mientras que la parte cualitativa se mide con la mortalidad, los reingresos y las reintervenciones", expone Bertoméu.

Criterios técnicos

Así, por ejemplo, cree que debería haber una sala de Hemodinámica por cada 400.000 habitantes para garantizar un tiempo máximo de aviso de emergencias-balón de 2 horas. Las unidades de

Electrofisiología deben contar con una sala por cada 600.000 habitantes y, si no es posible tener un servicio de Cirugía Cardiovascular, tener acuerdos para la derivación de pacientes en menos de una hora.

En los Criterios de Planificación de Trasplante propuestos por la ONT se estima que, para corazón, se debe tener un centro por cada 4 millones de habitantes; y para pulmón, un centro por cada 7 millones de personas.

Pero Matesanz suma dos criterios, además de la densidad poblacional. Uno de ellos es la prevalencia de morbilidades; si, por ejemplo, en una región hay mayor concentración de pacientes dializados, se prevé una mayor demanda de trasplantes renales. El otro es la supervivencia de los pacientes: "No se puede cerrar a quien tiene más éxito salvando vidas".

Casos especiales

Lailla asegura que la distribución por habitantes no es válida para todo: "Hay objetivos innegociables. Me refiero en concreto al cierre de maternidades; de ninguna manera aceptamos que se haga de acuerdo al número de partos, sino que debe establecerse un ordenamiento por isocronas en que no haya ninguna mujer gestante que esté a más de una hora de una maternidad".

Matesanz ha adelantado que, como la ley actual incluye los trasplantes de tejidos vascularizados, "la creación de centros más cercanos a la población se hace necesaria dada las características del procedimiento, ya que son tejidos que no pueden conservarse para su traslado".

Sinergias

Arturo Soriano, presidente de la Asociación Española de Cirujanos (AEC), indica que aunque "los profesionales tienen que ceder en sus pretensiones y expectativas, y reorientar su práctica quirúrgica, también las autoridades deben favorecer la movilidad de los superespecialistas, estimulando la cooperación entre cirujanos, servicios y hospitales".

La colaboración debe ser el instrumento clave para reducir los tiempos de prestación, mejorar su calidad y buscar alternativas de gestión que permitan una mayor relación entre servicios en beneficio del paciente, "ajustando económicamente esa colaboración para evitar sobrecostes a las arcas públicas", ha indicado José Piquer, secretario de la Sociedad Española de Neurocirujanos (Senec).

En las poblaciones más grandes "se explican mejor las sugerencias de un centro por cada tantos millones de habitantes, pero en las pequeñas lo que se hace es potenciar la colaboración entre ellas. Es decir, se puede tener un centro para dos o tres poblaciones pequeñas, y así no quedan desatendidas", detalla Matesanz.

Otro reto es mantener implicados a los profesionales. Un ejemplo: quienes llevan a cabo técnicas en un centro que va a prescindir de ellas, no deben quedarse sin hacerlas: "Se desperdiciaría un personal capacitado en procedimientos especializados", concluye Bertoméu.

Prioridades por especialidad

Ginecología y Obstetricia: La propuesta es empezar por reordenar y mejorar la atención primaria.

Trasplantes: Un centro por cada 1,5 millones de habitantes (riñón) y cada 2 millones de habitantes (hígado).

Cardiología: Un servicio de Electro-fisiología y una de Hemodinámica por cada 400.000 de habitantes.

Cirugía: Favorecer la movilidad de superespecialistas entre servicios.

Neurocirugía: Colaboración entre hospitales para reducir los tiempos de prestación.

A más experiencia, mejor calidad

Según los expertos, la centralización por volumen y por zona en centros de referencia mejoraría el nivel asistencial. "La calidad mejora con la mayor experiencia del cirujano, del equipo y del hospital", dice Arturo Soriano, de la AEC. El presidente de la SEGO, Josep Lailla, explica que "un centro que realice 100 intervenciones al año lo hará mucho mejor que 4 centros haciendo 25". El director de la ONT, Rafael Matesanz está de acuerdo: "Mientras más actividad, más experiencia y eso redunda en la formación médica".

Soriano suma un beneficio: "menos complicaciones, mayor supervivencia; aunque pueda creerse que es caro; pues son más caras las complicaciones quirúrgicas".