

Arquímedes Rodríguez Reyes

Cirujano

“Los nuevos modelos de gestión exigen la participación activa de los profesionales”

El coordinador del programa de Cirugía Mayor Ambulatoria del Área de Salud de Badajoz apuesta por una nueva actitud y aptitud profesional

con la que se implique en la gestión del sistema sanitario desde la eficiencia, la eficacia y siempre con el paciente como referente

Natural de Ríotinto, su padre eligió su nombre porque en esta localidad onubense “hay tradición de bautizar a sus vecinos con nombres raros” como el de Arquímedes. Y aunque no ha influido en su gusto por la ciencia, si hace gala del gémetra siciliano. Su inclinación por la Medicina estuvo influenciada por el “trato humano, la palabra cariñosa” del equipo médico que le atendió durante dos meses en un hospital madrileño tras sufrir un accidente de tráfico cuando cursaba PREU. Estudió en la Facultad de Sevilla en una época convulsa en la que echo de menos el lado humanístico de las ciencias. Su primer destino fue Corte de Peleas, donde reconoce haber sido feliz como médico rural y donde recientemente ha sido homenajeado, y también donde sus vecinos maestros le pusieron en contacto con el entonces jefe de cirugía Francisco Téllez, de quien aprendió las artes cirujanas. Arquímedes Rodríguez Reyes es el artífice del programa de Cirugía Mayor Ambulatoria en Badajoz, tarea encomendada coincidiendo con las transferencias ¿qué supuso la aplicación de este nuevo modelo de gestión?

-La CMA es un modelo de organización de los recursos que permite enviar a casa al paciente el mismo día de ser intervenido, con lo cual se alivia una cosa que nos tenía muy atrapados como son las camas. Surge de una mentalidad empresarial basada en la gestión adecuada de los recursos que sólo es posible con la aplicación de los nuevos modelos de gestión de empresa moderna. Los sistemas sanitarios vieron que, una vez superados el control, el dolor, los vómitos, las náuseas, la anestesia y la infección de determinados procesos quirúrgicos que no precisan de la estancia, el paciente no tiene por qué permanecer más tiempo en el hospital. Con esta filosofía, la implantación de la CMA supuso un tremendo cambio e incluso un nuevo concepto de lo que debe ser un hospital. Para entender esto: no se necesitan camas para muchos procesos hospitalarios, el 70% se puede hacer en régimen ambulatorio. Y esto es lo que supone la CMA, un modelo de organización de la actividad quirúrgica que permite que para determinados pacientes no sea necesario el recurso cama, el paciente viene, se opera y se va. Y todo asociado a la Consulta de Alta Resolución (CAR) que no es ni más ni menos que la consulta única; no es lógico que el pacien-



Arquímedes Rodríguez junto al póster del equipo de CMA.

te para operarse tenga que estar varios días con las pruebas preoperatorias, es inconcebible. Con la CAR el paciente viene y en una mañana se le hace todo, incluso se marcha con el día y la hora de la intervención: está programado para que se le saque la sangre, se le haga el electro, lo vea el cirujano, el anestesista... y le damos día y hora para ser intervenido. Con este modelo hemos conseguido incrementar la actividad quirúrgica con respecto a modelos tradicionales en un 200%, y un ahorro del 30%. En estos cinco años se han reorientado 50 camas hacia otros procesos: se ha rediseñado un modelo hospitalario que ha permitido la creación de unidades específicas de trabajo -mamas, coloproctología, trasplante de hígado-.

-¿Qué es necesario para poner en marcha una CMA?

-Dos cosas: profesionales con actitud abierta y aptitud para atender a los pacientes con celeridad, respeto y gran cariño; y una administración que apoye esta forma de actuación y gestores que se comprometan. La CMA debe ser desarrollada por profesionales muy cualificados, si no es así el paciente vuelve tan pronto como sale por la puerta para ser reingresados, punto

crítico de calidad y también importante. En este tipo de unidad integrada tenemos cirujanos propios, enfermeras propias. El equipo está formado por tres cirujanos y un cuarto que viene un día a la semana, anestesista, 10 enfermeras, una supervisora, el coordinador, 9 auxiliares de enfermería, 3 administrativos, 3 limpiadoras, 3 celadores. Toda la labor del equipo es primordial. El personal debe ser continuo porque así se comprometen con la misión de la unidad. Hay que trabajar con cariño hacia el enfermo, trabajar con dedicación, trabajar mirando por ésta tu empresa, en la que tendrás que trabajar más a costa de un poquito más, pero no tanto como te vas a merecer. Impregnados de esta filosofía de CMA, lo más importante ha sido contar con un equipo responsable, implicado, capaz de dar muchas horas sin parar. Nuestro trabajo diario piensa en el enfermo, quien tiene que salir de aquí diciendo qué bien me han tratado, en el menor tiempo posible, sólo el adecuado. No es lógico que tras una hernia se pueda estar en casa en el transcurso de una hora y se prolongue seis, porque lo hayamos operado tarde, no hayamos hecho las cosas como hay que hacerlas; si hay veces que necesita

“El abuso del sistema sanitario público compromete su futuro”

La Medicina sufre hoy una crisis tremenda porque se confunden valores. Entre otras causas, nuestra profesión no debe estar mirando a la nómina, sino al trato con los pacientes y eso implica mucho. Una profesión dedicada a tratar y cuidar a la persona que sufre tiene que ser muy generosa, sin actitud generosa no hay buenos profesionales. La profesión ha evolucionado mucho. Yo me formé de una forma integral, no sólo como cirujano en el sentido estricto de manejar un bisturí, sino como conocedores profundos de la ciencia y su aplicación tanto médica como quirúrgica. Esto nos sirvió para abordar problemas que no eran puramente quirúrgicos sino de atención integral a la persona. Carecíamos entonces de técnicas de comunicación y, sin embargo, sabíamos que la calidad está en dar respuesta satisfactoria al usuario; no lo habíamos estudiado pero lo intuimos. No disponíamos de conocimientos de gestión -venía dada desde las direcciones-, no teníamos acceso ni a números, ni a listas de espera, ni a toda esta terminología

que se emplea ahora como es la eficiencia, la eficacia, la efectividad; y no previmos el incremento de la medicalización que ha sufrido la sociedad. Por todo, es necesario que el sanitario se implique en las tareas de gestión, de las listas de espera, de los pacientes, si no es así, el SSP, uno de los mejores del mundo, terminará desapareciendo. El reto es la gestión compartida; más que la autogestión, la gerencia debe delegar parte de sus responsabilidades en las unidades o servicios y de esta forma sería mucho más rentable. Cuando el profesional a la hora de prescribir un fármaco o utilizar una técnica, debe valor lo mejor para el paciente y lo que que va a costar a la sociedad, es decir, el profesional debe implicarse en el coste-eficiencia. Las nuevas unidades de gestión clínica no responden más que a la participación de los profesionales dentro de los nuevos modelos de gestión; si no somos capaces de cambiar nuestro modelo hospitalario actual el sistema sanitario peligra: el abuso pueden comprometer su futuro.

más tiempo, pero no como consecuencia de una mala praxis o coordinación del equipo, por tanto tiene que ser un personal estable. Aquí trabajamos continuamente porque cuanto antes nos abandone el paciente antes se recuperará. Los hospitales son fuente de miseria en cuanto a gérmenes; tenemos la deambulación como objetivo principal. Una persona se recupera en cuanto antes empiece a deambular, se integre en su entorno, minimicemos la parafernalia de la operación y se incorpore a su actividad laboral, por lo que también disminuimos en gran parte la incapacidad temporal.

-¿Cuál es la dimensión de la actividad generada en la CMA?

-Esto ha evolucionado muchísimo. Ahora disponemos de dos quirófanos, uno para especialidades quirúrgicas y otro para cirugía, ambos optimizados de tal forma que son intervenidos una media de 20 pacientes diarios. Tenemos una organización bastante exquisita. Cuando empezamos la actividad en 2002 realizamos 900 procedimientos, en 2003 pasamos a 2.300, en 2004 a 3.600, en 2005 a 4.300... Crece la demanda y, como tenemos el compromiso de mantener la lista por debajo de un mes, a veces nos las

vemos y las deseamos... Hemos tocado techo, no se le puede pedir más a una CMA que diseñamos sin saber el volumen de actividad, aunque si previmos resultados. Ya pensamos en un quirófano más, una sala de espera más... Hemos conseguido algo muy importante como es el rediseño del hospital, el concepto de la atención al paciente, de la calidad. Con pocos recursos se pueden hacer muchas cosas.

-¿Cómo asume el paciente la Cirugía Mayor Ambulatoria?

-El paciente acepta mucho mejor que el profesional los cambios que se suceden en los sistemas. Una parte importante de la CMA es la consulta en donde explicamos el proceso y sus ventajas: marcharse para casa, sin problemas y con un teléfono de contacto las 24 horas del día. El paciente lo aprueba y, es más, lo exige porque ya no acepta que un mismo proceso lo mantenga hospitalizado tres o cuatro días. Quien no lo entiende todavía es el sanitario porque supone un cambio de actitud a la hospitalización tradicional, que muchos aprendieron. Es necesario un cambio de cultura y actitud para abordar los nuevos modelos de unidades asistenciales.