

Algunas explicaciones para las VPM en cirugía ortopédica

Jordi Galí López. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de Barcelona-SCIAS.

Del Atlas de Variaciones en la Práctica Médica, centrado en el estudio de las variaciones en Cirugía Ortopédica y Traumatología, recientemente presentado por el Grupo VPM-IRYSS¹, se derivan varias premisas, sin que pueda asegurarse cuáles son las causas de la variabilidad de la actuación de los profesionales, en este caso, de los cirujanos ortopédicos. Las causas teóricas de variabilidad son conocidas y pueden encontrarse en la bibliografía existente, aunque vale la pena resaltar una que es más visible y tiene que ver con la capacitación de los médicos y de los cirujanos, es decir, los conocimientos, las habilidades y su mantenimiento en el tiempo. Estos condicionarán el estilo de práctica y en definitiva la actuación del profesional y de la institución para la que trabaje.

Me gustaría centrarme en aspectos menos teorizados pero que están influyendo en la variabilidad y que pueden cambiar el concepto de la responsabilidad del cirujano en la indicación quirúrgica. Nuestro equipo de urgencias de Traumatología del Hospital de Barcelona está formado por 30 médicos especialistas en Cirugía Ortopédica y Traumatología, que desarrollan su actividad profesional en 18 centros sanitarios diferentes, lo que da una visión amplia de la actividad de nuestra especialidad en Cataluña y concretamente en la provincia de Barcelona. Para disponer de una visión más amplia de las posibles causas de variabilidad en la práctica médica, hemos comentado el tema con estos compañeros reflexionando sobre su actividad, la de sus servicios y la de sus hospitales.

No obstante, primero, una reflexión desde la óptica de la Sociología o de la Antropología Social, pues creo que el estudio del comportamiento ha de tenerse en cuenta. Los sociólogos afirman, por una parte, que muchos de los elementos decisivos de la conducta profesional, incluido el nivel de actuación técnico, no varían tanto con el entrenamiento formal profesional del individuo como con el encuadre social en el que trabaja al finalizar su educación. La gente responde constantemente a presiones organizadas y lo que hacen los médicos, es más un resultado de las presiones de la situación en la que están, que de lo que aprendieron previamente². Es decir, la institución hace al médico. Y, por otra parte, afirman que el médico está preparado para actuar y se espera de él eso, no que sea un simple observador pasivo de lo que pasa. Y que el paciente y su familia también están sometidos a fuertes presiones para que “se haga algo”³. En el caso del cirujano podemos decir que está preparado para operar y, por lo tanto, operará porque, además, eso es lo que se le pedirá.

La indicación quirúrgica recae, en teoría, en el profesional sanitario que la realiza. Dependerá de los conocimientos científico-técnicos y estará sustentada por la formación básica, la continuada y la experiencia acumulada. Pero la realidad es que muchas veces depende, en gran parte, del centro en donde se está realizando la actividad. Algunos compañeros explican que la Dirección del centro donde trabajan les prohíbe la práctica, total o parcialmente, de la cirugía protésica por su elevado coste. En otros casos puede darse que al llegar el verano se acabe el presupuesto disponible para implantes, con lo que el resto

del año sólo se hará cirugía que no comporte la colocación de dichos implantes. Según el sistema de pago el servicio quirúrgico se verá forzado a programar unas determinadas intervenciones quirúrgicas, en detrimento de otras. Hace unos años, en algún centro, se dieron instrucciones para operar pacientes afectos del síndrome del canal carpiano y tenerlos ingresados durante una semana para mejorar la rentabilidad de la cirugía. Al cambiar el sistema de financiación, siguieron operando pacientes afectos del síndrome del canal carpiano pero de forma ambulatoria. Indudablemente este tipo de presiones condicionarán en gran medida la práctica quirúrgica, estando la variabilidad más condicionada por la gestión de la cuenta de explotación del centro, que por las necesidades reales de la población.

En otras ocasiones es el jefe del servicio quién marca la pauta. En un servicio en el que aquél sea un reconocido especialista en una determinada cirugía, esa será la que con más facilidad se realizará. Serán servicios casi monográficos. Lo mismo ocurre en las unidades especializadas en una patología concreta. Una unidad de rodilla, tanto por sus mayores conocimientos sobre el tema como por su dedicación en exclusiva al mismo, aportará un mayor número de indicaciones quirúrgicas.

Otro factor que puede condicionar el número de indicaciones quirúrgicas es el cambio en las áreas básicas de salud. En los antiguos ambulatorios, todavía quedan algunos, la indicación quirúrgica venía dada por especialistas que no tenían potestad para operar a esos pacientes. Debían mandarlos a un centro de referencia con el que no estaban relacionados. Hoy en día muchas de las antiguas consultas de los ambulatorios están adscritas a un determinado hospital, con lo que se comportan como la consulta externa de ese hospital, aumentando el número de indicaciones quirúrgicas, sobre todo si la consulta la hacen médicos residentes, con menos experiencia y ávidos de cirugía.

Otro aspecto que incide últimamente en el número y tipo de cirugía es la compra de paquetes de cirugía protésica con el objetivo de disminuir las listas de espera. La incidencia aumentará, quizás de forma transitoria, para más tarde volver a las cifras iniciales. A su vez, la disminución de la lista de espera de prótesis total de rodilla, puede propiciar que la indicación de la cirugía se haga en grados menos avanzados de artrosis, con lo que aumentará la indicación quirúrgica. Otro efecto perverso sería que al programarse la cirugía a un mes vista, con el paciente en fase aguda de dolor, sea más fácil que sea operado. Cuando la cirugía se programaba a uno ó dos años vista, el propio paciente desistía de la intervención si había mejorado o estabilizado su cuadro clínico. Se ha de tener en cuenta que la artrosis de rodilla suele ser bilateral y como los resultados son buenos en un porcentaje elevado de casos, es fácil que el paciente solicite ser operado de la otra rodilla o que recomiende la cirugía a sus conocidos. En resumen, la disminución de la lista de espera tiene efectos perversos que deberían controlarse.

El sistema sanitario, o los centros quirúrgicos, están incentivando determinadas cirugías en detrimento de otras. Anteriormente se pagaba a los cirujanos un incentivo fijo por cada cirugía realizada fuera del horario laboral (“peonadas”), con lo que por

la tarde se programaban cirugías sencillas, que además podían ser realizadas por los residentes, de tal modo que en un par de horas podían conseguir un sobresueldo con poco esfuerzo. Actualmente se va a la compra de paquetes quirúrgicos (prótesis totales de cadera o de rodilla, artroscopia en general, síndrome del canal carpiano, hallux valgus). Se están realizando contratos laborales sólo con ese fin, es decir, se están contratando cirujanos sólo para que operen. Indudablemente, si la continuidad del contrato depende de que haya algo que operar, la indicación quirúrgica será alta.

Todo lo referido en estas líneas no es más que la visión sencilla, desde la práctica diaria, de algunos aspectos relacionados con la variabilidad de la práctica clínica. Esperamos que estas reflexiones puedan contribuir a su análisis y recordar que las políticas sanitarias repercuten en la población y que, antes de aplicarlas, es mejor asegurarse de los efectos adversos que puedan originar.

Conflicto de intereses: ninguno en relación con este manuscrito. **Correspondencia:** Jordi Galí López. Hospital de Barcelona-SCIAS. Avda Diagonal 660. 08034 Barcelona. Correo electrónico: 13592jgl@comb.es

Referencias

1. Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Variaciones en cirugía ortopédica y traumatología en el Sistema Nacional de Salud. Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud 2005; 1: 17-36.
2. Freidson E. La profesión médica. Barcelona: Península;1970.
3. Parsons T. El sistema social. Madrid: Alianza; 1999.