



► 30 Noviembre, 2014

EMILIO CASARIEGO PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA (SEMI)

► Acaba de asumir la presidencia de una de las sociedades científicas más numerosas, que representa a cerca de 7.000 internistas de todo el país, especialistas clave a la hora de tratar al paciente que más frecuenta los hospitales: el crónico.

«Es posible reducir del 20% al 30% de reingresos si se prepara el alta»

POR: **MARÍA PIÑEIRO**
 FOTO: **XESÚS PONTE/AEP**

AUNQUE se da por hecho, cree que los hospitales están todavía lejos de estar centrados en el paciente. El jefe de Medicina Interna del Hula y ahora presidente de la Semi cree que es una tarea que hay que asumir cuanto antes. **Los internistas se consideran los médicos más adecuados para tratar a los crónicos. ¿Qué proponen para estos pacientes?**

Partamos de la base de que la asistencia de los hospitales básicamente va a ser de crónicos en un futuro, por lo tanto el acceso, la organización, la estructura del trabajo... tiene que ser pensando en ellos, lo cual es absolutamente distinto de lo que tenemos ahora.

También ingresarán agudos...

A medida que cambian las técnicas, un gran porcentaje de los pacientes más jóvenes con enfermedades agudas seguramente se podrán ambulatorizar o tener ingresos cada vez más cortos. Por el contrario, los pacientes más ancianos con varias enfermedades son los que requerirán hospitalizaciones más largas y la mayor parte de los recursos. Se harán cosas que hoy en día no se piensan porque el hospital no está centrado en el paciente. Aunque se dice mucho, no es verdad. Tienes que organizarlo pensando en la gente que está dentro. No tiene sentido que tengas sistemas diagnósticos parados, por ejemplo. Es cuestión de que puedas dar un servicio que sea más rápido y de igual calidad independientemente de la hora a la que se esté prestando.

¿Se refiere a que la sanidad trabaje fundamentalmente por la mañana? Que se abran los quirófanos por la tarde, se hagan pruebas y consultas por la tarde...

Claro. Eso es muy caro al inicio pero a la larga es más barato. Lo que pasa es que significa romper la estructura de trabajo que tenemos hoy en día.

¿Estableciendo turnos de trabajo o pagando peonadas?

Haciendo turnos de trabajo. Por ejemplo, la propuesta del colegio de médicos ingleses es que las áreas médicas formen una especie de 'hubs' (centros de distribución), donde se pueda conseguir un nivel homogéneo de calidad del servicio médico y de pruebas complementarias las 24 horas del día, 365 días del año. Eso tiene sentido si pien-

sas que la probabilidad de fallecer en un hospital español es un 11% más alta si ingresas un sábado.

En la Semi están haciendo un estudio de calidad de los servicios de Medicina Interna de los hospitales españoles ¿tienen ya alguna conclusión?

No, estará listo en enero. Se llama Recalmin y, para hacerlo, se tienen que recoger los datos de 150 hospitales españoles. Por ahora

Reingresos

■ Hay que intentar que los pacientes frágiles no entren en la cascada de 'me voy, ingreso'. Tenemos uno que ingresó 49 veces»

vamos en noventa y algo. De Lugo está incluido.

¿El servicio de Medicina Interna del Hula sabe ya qué tasa de reingreso tienen sus pacientes y qué tasa de frecuentación de urgencias tienen los pacientes a los que ha dado el alta?

Sí. Es difícil de medir porque los indicadores de comparación que tenemos son pobres. Por ejemplo, en Estados Unidos el Medicare tie-

Hospital 24 horas

■ Se debería dar un servicio más rápido y que sea de igual calidad independientemente de la hora a la que se preste»



Emilio Casariego.

ne una tasa de reingreso a los 30 días del 24%, pero no es un dato comparable. En España el reingreso a 30 días en el área médica oscila, según los datos publicados, entre el 16% y el 28%. En nuestro hospital, el servicio de Medicina Interna tiene un reingreso a 30 días del 18%, lo que se puede considerar dentro del rango bajo. Aún así tenemos claro que hay cosas que dependen de nosotros que serían mejorables. A cuenta de esto, las enfermeras del servicio de Medicina Interna han hecho un ensayo clínico a lo largo de este año que consiste en ver si una mínima intervención de formación, dada por la enfermera de planta al enfermo y su familia aprovechando el ingreso y solo eso, nada más, reduce la tasa de ingreso posterior. El estudio, que se presentó en el reciente congreso de la Semi, dice que una formación mínimísima reduce significativamente los ingresos a corto plazo, al cabo de 7 días. Si una cosa tan simple como esa reduce reingresos es que hay algo más que nosotros podemos hacer para reducirlos. Si hacemos extrapolación de datos, se estima que entre el 20% y 30% de los reingresos a 30 días serían evitables si hubiese planes que preparasen el alta: si se aprovechase el tiempo que el paciente está ingresado para formar al paciente y su familia en su problema concreto, si que su médico de cabecera o enfermera de cabecera lo viese en un plazo máximo de 72 horas y si el médico que le dio el alta lo ve en un plazo máximo de 15 días. Organizar todo eso, que parece de cajón, no es nada fácil, pero si hiciésemos esas tres cosas a la vez es posible que se redujese muy significativamente. La propuesta clave es organizar una estructura múltiple para los pacientes que reingresan muchas veces.

Propone que se les haga un seguimiento especial a esos pacientes. Claro. No tiene ningún sentido que dediquemos el mismo tiempo y el mismo recurso a todos por igual. Hay pacientes que tienen necesidades especiales. Habrá que personalizar el recurso y adaptarlos a quien realmente los necesita. Y no solo eso, habría que intentar también que esos pacientes más frágiles no entrasen en esa cascada de 'me voy, ingreso, me voy, ingreso'. Tenemos un paciente que ha ingresado 49 veces en siete años. Son siete veces al año.

Gestión clínica

«Hay miedo al cambio y un problema de credibilidad»

Su antecesora al frente de la Semi era muy crítica con la transferencia de la sanidad a las comunidades autónomas porque creía que había propiciado que la cartera de servicios no fuera homogénea. ¿Le parece que sigue sin serlo?

No tiene sentido que aspectos técnicos sean distintos en unas comunidades y en otras.

¿A qué se refiere?

Al calendario vacunal, por ejemplo. De la misma manera parece razonable pensar que los recursos importantes deberían tener una distribución homogénea y no la tienen. También que la variabilidad de nuestra manera de hacer las cosas debiera ser la menor posible y eso no existe. Hay aspectos que son claramente de distribución de recursos, pero también de prácticas de todos los días que son diferentes en unos sitios y otros. Cuanto más fragmentada es la dirección más variabilidad se produce. La gestión tiene que estar cercana, pero no tiene lógica que las directrices se interpreten en cada comunidad de forma distinta.

¿Cómo qué?

Como la estrategia nacional de crónicos. Son directrices o recomendaciones, no son de obligado cumplimiento, de forma que uno las puede hacer o no cumplirlas en absoluto. Por ejemplo, Galicia lo está intentando hacer.

¿Es partidario de la gestión clínica?

Soy partidario de gestionar mejor nuestros recursos y sacarlos un mejor aprovechamiento. Yo sería partidario claramente de la gestión hecha por los propios profesionales.

¿Por qué no cuaja en Galicia?

Entiendo que es una mezcla de muchas cosas. Por un lado hay miedos, al cambio y también a que lo que se propone sea realmente lo que se va a hacer. Hay un problema de credibilidad. Entre la politización del término, la baja credibilidad de algunas autoridades porque no han cumplido su palabra anteriormente y las dudas que surgen en todo el mundo sobre qué va a ser esto, tienes un problema de resistencia grande. Por otro lado, en otros sitios donde se lleva haciendo años, no acaba de despegar. Por ejemplo, en Asturias llevan cuatro años con este tema y sigue solo parcialmente desarrollado. Y si una cosa tarda cuatro años en desarrollarse algo le falla. Entiendo que hay una explicación que debería ser mejor.