



Tomás Urda afirma que las mejoras habidas en el hospital son mérito de los profesionales. :: CARLOS MORET

«El Clínico no necesita más camas, sino avanzar en fórmulas alternativas a la hospitalización»

Tomás Urda Gerente del Hospital Clínico Universitario

ANGEL ESCALERA



Escalera@diariosur.es

Tomás Urda apuesta por potenciar la cirugía sin necesidad de encame y la atención a los pacientes en el hospital de día

MÁLAGA. El Hospital Clínico Universitario ha logrado en 2011 operar a más pacientes —con lo que ha rebajado su lista de espera un 25 por ciento— y disminuir la estancia media de los enfermos. Son datos positivos que el gerente del hospital, Tomás Urda, analiza en esta entrevista. A su juicio, el Clínico no necesita más camas (tiene 720), sino potenciar cuestiones como la cirugía sin ingreso y el hospital de día. **—El año 2011 ha sido bueno para el Clínico por lo que a sus resultados de actividad se refiere. ¿Qué es lo**

que destaca de esos doce meses?

—Sobre todo destaco el trabajo de los profesionales. Si hablamos de tres o cuatro logros importantes, cito la agilidad en la hospitalización, el aumento de la accesibilidad en el área quirúrgica y lo realizado en el ámbito de la investigación biomédica. La corresponsabilidad profesional ha hecho que el hospital mejore y se oriente a los ciudadanos.

—¿Por qué no se habían aplicado con anterioridad esos criterios?

—Muchas veces hay un periodo de tiempo entre que se inician las acciones y dan resultado. Por ejemplo, la bajada de la estancia media ya comenzó en 2010. Todo lo que tiene que ver con cambiar estructuras, circuitos y hábitos no se consigue de un día para otro.

—¿El proyecto de reforma integral del hospital está ya acabado por completo?

—Sí. Todo está finalizado. De todas formas, en un hospital estás obligado continuamente a remodelar plantas y abordar cuestiones de electro-medicina y mantenimiento. Aunque el proyecto de reordenación funcional y arquitectónico está completamente terminado, se siguen haciendo cosas todos los días.

—El Clínico era el hospital público

malagueño con más lista de espera quirúrgica y con una demora media mayor. Eso se ha conseguido mejorar en 2011. ¿Qué se ha hecho para dejar atrás esa última posición?

—El mérito es de los profesionales. Yo mencionaría dos cosas. En primer lugar, ha habido una adecuación de las tasas de indicación quirúrgica. Eso se relaciona con seleccionar muy bien la población a la que someteremos a una operación. En segundo lugar, en el rendimiento de las operaciones, se han elaborado partes quirúrgicos tipo y se ha estandarizado el funcionamiento de los quirófanos. Eso lo han llevado a cabo directamente los directores de las unidades de gestión clínica del área quirúrgica.

—Además de esa estandarización, el número de operaciones ha sido superior al de otros años. Es decir, que se han hecho mejor las cosas para reducir las demoras y sacar a más pacientes de la lista de espera.

—Creo que la estandarización ha pro-

ducido un aumento de la actividad. Además, contar una dinámica de hospitalización mucho más ágil ha permitido que el número de operaciones desprogramadas a lo largo de 2011 fuese muy pequeño, casi anecdótico, en comparación con otros años, cuando había una dinámica más lenta que dificultaba el ingreso de pacientes programados, tanto quirúrgicos como médicos.

De forma simultánea

—Otro dato relevante es que ha habido una disminución de la estancia media de los enfermos en el hospital. ¿Cómo se ha logrado?

—A los enfermos, cuando ingresan, se les hacen muchas cosas: una valoración de su situación clínica, una estratificación de riesgo y una serie de procedimientos diagnósticos. También se les aplica un tratamiento. En los hospitales, esas actividades con frecuencia han sido secuenciales. Primero una, luego otra y a continuación la tercera. Nosotros, a través del desarrollo de vías clínicas, hemos logrado que esos actos se lleven a cabo de forma mucho más simultánea. También nos han ayudado bastante los sistemas de información y el acceso a las pruebas diagnósticas. La demora máxima de una prueba diagnóstica de un paciente hospitalizado es ahora de 24 horas. A todos los enfermos

a los que se les pide un TAC, una resonancia, una ecografía o una endoscopia se les hace como mucho en 24 horas. Eso acorta muchísimo los tiempos de estancia.

—Al ser la estancia media más corta, el hospital dispone de más camas para ocuparlas con enfermos procedentes de urgencia o programados. ¿Cuántas estancias menos ha habido en 2011?

—A través de esos circuitos de diagnóstico rápido y de la coordinación entre las unidades clínicas de gestión se han evitado cerca de 22.000 estancias. Eso significa que el número de camas que el hospital tiene disponible de promedio diario es mayor que en 2010.

—¿Considera usted que el Clínico necesita más camas en las plantas de hospitalización?

—No. En este momento el hospital no necesita más camas, sino seguir avanzando en fórmulas alternativas a la hospitalización convencional. Muestra de ello son las 2.400 intervenciones más de cirugía mayor ambulatoria (los pacientes reciben el alta el mismo día de la operación) hechas el año pasado, los veinte puestos más para atender a los enfermos en el hospital de día y los más de 11.000 ciudadanos vistos más que el año anterior en el hospital de día. No creo que ahora mismo hagan falta más camas.

Elementos clave

—Sin embargo, la población envejece cada vez más y necesita asistencia. No todo se puede solucionar con cirugía sin ingreso ni en régimen de hospital de día.

—Es cierto que hay un aumento de las enfermedades crónicas. El manejo de esos pacientes debe hacerse lo más lejos posible de las fórmulas tradicionales de hospitalización. Por tanto, el menor número de días de ingreso, las mayores actuaciones en hospital de día médico, los circuitos de diagnósticos ágiles, los huecos en las consultas externas para citar de forma precoz, la continuidad asistencial, la coordinación con la atención primaria y los cuidados de enfermería son elementos clave.

—¿Cuáles son los asuntos que deben mejorarse a lo largo de 2012?

—Lo que debemos hacer es consolidar todos los desarrollos que están en marcha. Ello supondrá un margen de mayor calidad asistencial y de eficiencia.

—Estamos en una época de crisis importante que implica austeridad. ¿Ha habido recortes en el hospital para ajustarse más el cinturón?

—Nosotros no hemos tenido que llevar a cabo ningún recorte en el hospital. Lo que se ha puesto de manifiesto es que la buena utilización de los recursos terapéuticos reduce los costes. Nuestra línea fundamental de trabajo tiene que ver con la adecuación profesional, de estándares y de calidad. Esas medidas terminan repercutiendo en más eficiencia y en menores gastos. No hemos recortado, sino utilizado mejor los recursos disponibles.

«No habido recortes en el hospital, sino una mejor utilización de los recursos»