

La gestión de las listas de espera quirúrgicas por los centros sanitarios y los profesionales

J. Martí

Hospital de Traumatología y Rehabilitación Vall d'Hebron. Barcelona.

Correspondencia: J. Martí Valls. Director Asistencial. Área de Traumatología y Rehabilitación. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Pg. Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona.
Correo electrónico: jmarti@cs.vhebron.es

Recibido: 2 de mayo de 2002.
Aceptado: 15 de junio de 2002.

(Management of surgical waiting lists by health centers and health professionals)

Resumen

Las listas de espera para recibir asistencia no urgente, en procesos diagnósticos o tratamientos, se dan fundamentalmente en los sistemas sanitarios de financiación pública como el español y otros muchos países europeos. Si éstas son moderadas, pueden ser útiles en el proceso de gestión de estos pacientes y son aceptadas por profesionales y usuarios.

Las listas de espera para intervenciones quirúrgicas se pueden interpretar, erróneamente, como un simple desajuste entre la demanda y la oferta de un determinado procedimiento. Si así fuera, sólo deberíamos ir aumentando los recursos hasta terminar con las listas.

Sin embargo, existen muchas evidencias de que el aumento aislado de los recursos no es la solución, ya que el tiempo medio de espera disminuye pero la lista se alarga por la cola. Serán necesarias, pues, otras medidas de gestión.

Es necesario gestionar las listas, tanto en el plano social, de administración sanitaria y, sobre todo, en el ámbito del centro sanitario. La gestión clínica en los servicios y la gestión de cada profesional, con criterios de inclusión de evidencia científica en la indicación y en los resultados esperados de cada paciente (efectividad del procedimiento), y con criterios éticos y de eficiencia en la utilización de recursos, priorizando por gravedad, probabilidad de mejora y criterios sociales, es una obligación ineludible para mejorar el problema de las listas de espera.

En este proceso de priorización, la sociedad debe tener su voz, su opinión, pues existen factores no médicos que pueden influir en la distribución y priorización de recursos. En este camino existen experiencias en otros países que deberíamos analizar. Finalmente, como decía Archie Cochrane¹, «todo tratamiento eficaz ha de ser gratuito», que, dicho de otra manera, sería: no está justificada la financiación en el sistema público de procedimientos que no aporten un beneficio significativo para el paciente.

Palabras clave: Listas de espera. Procedimientos quirúrgicos. Variabilidad práctica clínica. Priorización. Gestión clínica.

Summary

Waiting lists for non-urgent medical care, in diagnostic or therapeutic procedures, occur mainly in public health systems such as those found in Spain and many other European countries. If waiting lists are moderate they can be useful in the process of managing these patients and are accepted by health professionals and health services users.

Waiting lists for surgical procedures can be interpreted, erroneously, as a simple imbalance between the supply and demand for a particular procedure. If that were the case, we would only have to progressively increase resources until eliminating the lists.

However, considerable evidence suggests that the isolated increase of resources does not solve the problem since the mean waiting time is reduced but the waiting list becomes longer. Therefore, other management measures are required.

The management of waiting lists is necessary at the levels of society, health administration and especially health centers. Clinical management by departments and individual health professionals is essential, using the criteria of inclusion of scientific evidence in the indication for treatment and in the results expected for each patient (effectiveness of the procedure) as well as ethical criteria and considerations of resource use efficiency. Prioritizing patients according to severity, probability of improvement and social criteria is an unavoidable obligation in improving the problem of waiting lists.

In this process of prioritization, society should also be able to voice an opinion since non-medical factors may influence the distribution and prioritization of resources and in this context the experience of other countries should be analyzed. Finally, as Archie Cochrane said "all effective treatment should be free" which, put another way would be: in a public system, the financing of procedures that do not provide significant benefits to patients is not justified.

Key words: Waiting lists. Surgical procedures. Clinical practice variability. Prioritization. Clinical management.

El aumento de recursos para hacer frente a las listas de espera no es una medida suficiente

Es ya conocido que el problema de las listas de espera es común en los sistemas sanitarios de financiación pública. Estos sistemas garantizan la equidad entre todos los ciudadanos en el acceso a los servicios de salud, con el inconveniente de las esperas, esperas que no tienen los servicios privados, a los que, sin embargo, no pueden acceder los ciudadanos económicamente débiles.

También es cierto que en Europa existe una importante variabilidad en los tiempos de espera. En este sentido, en Inglaterra, Irlanda y Dinamarca² se observa que las esperas en la especialidad de cirugía ortopédica es de las más importantes, pero también sabemos que las esperas prolongadas constituyen un porcentaje pequeño en algunos países como en Dinamarca, donde las esperas de más de tres meses suponen solo el 8% del total².

Se ha afirmado que, frente a este problema de demanda, aumentar la producción, es decir, la oferta, sea de una manera estructural y permanente, o sea temporalmente (planes de choque), y haciéndolo con un incremento de la productividad o aumentando los recursos, genera un acortamiento del tiempo de espera, pero aumenta el número de personas en la lista^{3,4}. Podríamos decir que, cuanto mejor lo hacemos, más gente habrá en la lista.

Por otra parte, debemos ser muy precavidos con los planes de choque, pues las jornadas de tarde, pagadas aparte, pueden reducir la productividad de las mañanas y generar una selección adversa. Es decir, maximizando el pago por acto se pueden llegar a priorizar inversamente los criterios clínicos⁵.

De todas maneras, la Administración sanitaria debe fijar unos tiempos máximos de espera razonables para cada tipo de procedimiento que esté en su cartera de servicios, garantizando al usuario el cumplimiento de esta espera, por lo cual deberá adecuar sus recursos a este compromiso. Deberá también planificar y canalizar los flujos de demanda entre los diversos recursos sanitarios del territorio.

Necesidad y posibilidades de gestión de las listas de espera

Evaluar las necesidades clínicas de los pacientes usando criterios transparentes es imprescindible para que puedan ser atendidos en orden de necesidad (priorizados) y, en su caso, para decidir la asignación de recursos. La alternativa —que pidan turno detrás de la cola— es clínica y socialmente inaceptable, y además gene-

radora de ineficiencias, caos y amiguismo. De hecho, algunos estudios demuestran que los más desfavorecidos reciben menos intervenciones y esperan más para recibirlos, y que familiares de personal sanitario, personajes populares y políticos consiguen sortear con gran habilidad las listas de espera⁶.

He querido empezar este apartado con este párrafo que resume muy bien la realidad de la no gestión de las listas de espera y, por tanto, una situación de falta de equidad⁷, que es, como hemos visto, uno de los principios de todo sistema público de servicios, a la vez es el generador de la propia lista.

La gestión de listas en el hospital y por profesional

En la gestión de las listas tiene un papel fundamental el hospital y el propio profesional. Ésta es una tarea que todo buen profesional debe asumir, tanto por su aspecto ético, de participación en la distribución equitativa de recursos⁸ —inseparable de cualquier decisión clínica—, como para una buena organización de su trabajo y una satisfactoria atención a sus pacientes.

Para entrar a pacientes en lista de espera quirúrgica y ordenarlos en ella, serán necesarios criterios de *efectividad* de los procedimientos, es decir, de indicación y valoración de mayor posibilidad de beneficio (resultados); criterios de mayor *necesidad*, por gravedad de la patología, pero también por asociación de criterios sociales, y finalmente criterios de *orden de llegada*⁸. Estos criterios generales se pueden concretar en las medidas de gestión en el centro sanitario y en cada profesional.

Evidencia de la efectividad frente a la variabilidad en las indicaciones

Hoy todavía existe gran variabilidad entre zonas geográficas, entre centros y entre profesionales en muchos de los procedimientos quirúrgicos que tienen mayor lista de espera. Un ejemplo de ello lo encontramos en un estudio prospectivo multicéntrico que realizamos en 7 hospitales de Cataluña sobre la intervención de prótesis total de cadera⁹. Observamos en este estudio que los pacientes habían llegado al momento de la intervención en un estado clínico de gran variabilidad, siendo así que en el instrumento que medía el dolor y la función de la cadera de 0 (el peor estado de la cadera) a 85 puntos (el mejor estado) los 350 pacientes estaban dispersos a lo largo de toda la curva de puntuación, es decir, algunos estaban muy mal, otros regular y otros bien en el momento de la operación; incluso un 4,3% de los pacientes se habían operado con un es-

tado de cadera que se consideró como buen resultado de la intervención (por encima de 65 puntos), lo que apuntaba a que la intervención no estaba indicada.

Este estudio señala la necesidad de utilizar instrumentos para objetivar mejor la indicación de la intervención, sobre todo en intervenciones lectivas en las que la indicación se realiza por el dolor y la mejora de la calidad de vida, siendo necesarias también guías clínicas que expliciten el grado de evidencia científica de los resultados esperados de estos procedimientos, cosa que no siempre es fácil de encontrar en indicaciones de procedimientos quirúrgicos.

Será necesario, pues, entrar en lista de espera a los pacientes con evidencia científica de efectividad del procedimiento y optimización de los resultados, reduciendo por tanto la variabilidad entre profesionales y entre áreas geográficas.

La depuración periódica de las listas y el audit médico antes de la programación quirúrgica definitiva

La depuración periódica de las listas es una tarea necesaria y conjunta de los servicios clínicos y de los servicios administrativos del hospital, pues en largos períodos de espera se ha demostrado que hasta un 20-30% de los pacientes en lista no se opera por diversas razones¹⁰.

Por otra parte, el audit médico, antes de la programación quirúrgica definitiva, también es necesario en listas de espera largas, pues encontramos que algunos pacientes no quieren, o no pueden, operarse por diversas razones: han mejorado la clínica durante la espera (no es infrecuente que en la gonartrosis la clínica mejore al perder peso y realizar ejercicios de rehabilitación), su comorbilidad ha empeorado mucho (habiendo aparecido episodios graves de patología cardíaca u otros), etc.¹¹.

Necesidad de priorizar

Finalmente, y quizá lo más importante, será necesario *priorizar*¹²⁻¹⁴ de acuerdo con la necesidad (gravedad, urgencia, social) según el mejor pronóstico de resultados (coste-efectividad). Para esta priorización son necesarias las opiniones —y el consenso— de los profesionales, pero también es precisa la opinión del paciente; así como la opinión social. Existen experiencias muy concretas en países como Canadá (en concreto en Ontario)¹⁵, Nueva Zelanda¹⁶ y Reino Unido^{17,18}. En Cataluña tenemos el ejemplo reciente de la priorización de intervenciones de cataratas y de prótesis total de cadera y rodilla según criterios profesionales y sociales elaborados, con amplia participación de profesionales y de ciudadanos (pacientes o no), por la Agencia de Evaluación de Tecnología Médica del Departamento de Sanidad del gobierno autonómico¹⁹.

Entre estos criterios se valora y se pondera la puntuación de la gravedad clínica (agudeza visual, incapacidad funcional, etc.), el dolor (en prótesis de cadera y rodilla), el mayor beneficio clínico esperado, el no tener a nadie que cuide del paciente o el que éste deba cuidar a otras personas. A mayor puntuación (sobre 100 puntos), el paciente será más prioritario dentro de la lista.

Esta puntuación no está explícitamente pensada para determinar la indicación o no del procedimiento, pero indirectamente, puntuaciones bajas hacen poner en duda la indicación, y el paciente debería ser revalorado con el paso del tiempo sin haberlo introducido aún en la lista de espera.

Finalmente debemos hacer hincapié en que este proceso de gestión de listas de espera deberá ser transparente y suministrar periódicamente información tanto a los profesionales como a los pacientes usuarios de nuestros servicios sanitarios.

Bibliografía

1. Cochrane A. Efectividad y eficiencia. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano y Fundación Salud, Innovación y Sociedad, 2000.
2. Espallargues M, Gallo P, Pons JM, Sampietro-Colom L. Situació i abordatge de les llistes d'espera a Europa. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdica. SCS. Departament de Sanitat i Seguretat Social, noviembre 2000.
3. Pope C. Cutting queues or cutting corners: waiting lists and the 1990 NHS reforms. *BMJ* 1992;305:577-9.
4. Newton JN, Henderson J, Goldacre MJ. Waiting list dynamics and the impact of earmarked funding. *Br Med J* 1995;311:783-5.
5. Márquez S, Portella E. Evaluación de un programa de reducción de la lista de espera quirúrgica basado en el pago por acto. *Med Clin (Barc)* 1994;103:169-73.
6. Peiró S. Listas de espera: mucho ruido, poca información, políticas oportunistas y mínima gestión. *Gest Clin Sanit* 2000;2:115-6.
7. Pell JP, Pell ACH, Norrie J, Ford I, Cobbe SM. Effect of socioeconomic deprivation on waiting time of cardiac surgery: retrospective cohort study. *Br Med J* 2000; 320:15-9.
8. Couceiro A. El problema ético de la asignación de recursos sanitarios. En: El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos. Documentos de trabajo. Madrid: Universidad de Comillas. 1999.
9. Martí-Valls J, Alonso J, Lamarca R, Pinto JL, Auleda J, Girvent R, et al. Efectividad y costes de la intervención de prótesis total de cadera en siete hospitales de Cataluña. *Med Clin (Barc)* 2000;114 (Suppl 2):34-9.
10. Salom M, Aroca JE, Aracil J, Torró V, López-Quiles D. Efecto de la demora quirúrgica sobre los pacientes con gonartrosis. *Rev Ortop Trauma* 1998;42:2-4.

11. Willians RL, Willians LA, Watura R, et al. Impact of MRI on knee arthroscopy waitinh list. *Ann R Coll Surg Engl* 1996;78:450-2.
 12. Peiró S. Algunos elementos para el análisis de las listas de espera. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2000;2:126-31.
 13. Comité Gubernamental. Prioridades en atención sanitaria. Informe para el gobierno de Holanda (Informe Dunning). Escuela Nacional de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: SG Editores, 1994.
 14. INSALUD. Guía para la gestión de las listas de espera quirúrgica. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.
 15. Naylor CD, and Ontario panel on hip and knee arthroplasty. Primary hip and knee replacement surgery: Ontario criteria for case selection and surgical priority. *Qual Health Care* 1996;5:20-30.
 16. Hadorn DC, Holmes AC. The New Zealand priority criteria project. Part 1: overview. *Br Med J* 1997;314:131-4.
 17. Edwards RT. Points for pain: waiting list priority scoring systems. *Br Med J* 1999;318:412-4.
 18. Fricker J. BMA proposes strategy to reformulate waiting list. *Br Med J* 1999;318:78.
 19. Espallargues M, Sampietro L, Castells X, Pinto JL, Rodríguez E. Elaboració d'un sistema de priorització de pacients en llista d'espera per a cirurgia de cataracta, artroplàstia de maluc i artroplàstia de genoll. *Informatiu AATM* 2000;20:6-7.
-