
La necesidad de profundizar en el debate y análisis de las listas de espera

(The need to look in depth into the debate and analysis of waiting lists)

El debate en torno a las listas de espera de cirugía electiva es una buena oportunidad para reflexionar y analizar las respuestas del sistema sanitario a los cambios de patrones de necesidad y demanda de servicios sanitarios. La mayor morbilidad, asociada principalmente al envejecimiento de la población, el incremento de la capacidad resolutive con la introducción de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas, además del incremento del nivel de renta y expectativas de la población, explican gran parte de estos cambios.

En el caso específico de la cirugía electiva, la introducción de nuevas tecnologías menos invasivas ha supuesto ampliar sensiblemente los criterios de indicación, en la medida que se ha reducido el riesgo de complicaciones y se ha incrementado el beneficio esperado. Mejorar la relación entre beneficio y riesgo permite que en la actualidad se indique la cirugía en pacientes que presentan una menor discapacidad o gravedad. En la práctica se supone que hay una mayor variabilidad en la gravedad en el momento de la indicación de la cirugía y también del beneficio que se espera de ésta.

Estos cambios en la indicación junto con el progresivo envejecimiento han comportado ampliar sensiblemente la población susceptible de necesitar cirugía, implicando a la vez una mayor demanda y utilización^{1,2}. Sin embargo, a pesar de que en la mayoría de los países de nuestro entorno se han producido en los últimos años fuertes incrementos en las tasas de cirugía, sigue observándose una necesidad no cubierta e importantes listas/tiempos de espera. Es en este contexto de incremento de la demanda y listas de espera en el que se han planteado distintas iniciativas de sistematizar procesos de priorización de los pacientes con indicación quirúrgica. De hecho, la priorización se basa en que, a pesar de tener adecuación en la indicación quirúrgica, es decir, que se espera un beneficio, dicho beneficio no es igual para todos los pacientes³. Aceptando que los procedimientos quirúrgicos son globalmente eficaces, el nivel de eficacia es distinto para cada paciente, y es en función de este nivel que se valora el grado de necesidad de la intervención.

Frente al problema de las listas de espera se han planteado otras estrategias distintas de la priorización

de pacientes, tales como los programas de choque que incrementan temporalmente la oferta o la introducción de tiempos de atención garantizada que limitan el tiempo máximo en lista de espera. Sin embargo, estas iniciativas por sí solas pueden ser de dudosa eficacia si no se complementan con un análisis más riguroso de la demanda. Estamos frente un problema que se está convirtiendo en crónico, que persiste a pesar de los incrementos de las tasas de cirugía, y para el que varias de las iniciativas que se han tomado de forma precipitada han fracasado reiteradamente. Es desde esta perspectiva que se plantea la necesidad de priorización como una alternativa más eficiente de gestión de la demanda. En un contexto como este de saturación de la oferta y, por tanto, de importantes listas de espera, la priorización permite mejorar la respuesta en la medida que el tiempo de espera estará asociado al beneficio obtenido, siempre y cuando se garantice un tiempo máximo de espera en función del grado de necesidad.

Más allá de las propuestas técnicas, este abordaje de las listas de espera implica cambios importantes en su gestión y en la práctica asistencial en general, con implicación en distintos niveles de decisión y, por tanto, que conllevan cierta complejidad en su aplicación. Así, por ejemplo, se pasa de utilizar como único criterio explícito el tiempo de espera a considerar también la diferencia en el nivel de necesidad individual de cada paciente. El cambio se produce en la medida que se explicitan y, por consiguiente, se hace más transparente, los criterios que determinan diferencias en los tiempos que deberá esperar un paciente para ser intervenido y que estos criterios están basados en medidas de necesidad.

Por otro lado, la valoración de necesidad individual de cada paciente no se realiza tan solo a partir de criterios clínicos (gravedad y pronóstico), sino que integra también la discapacidad relacionada con la enfermedad, así como criterios sociales. Sin embargo, la intención de sistematizar una aproximación a la medida de necesidad individual para intervenciones sanitarias específicas precisa de instrumentos o técnicas que en la mayoría de los casos no están evaluados, tanto por lo que se refiere a su validez y fiabilidad como a la factibilidad de su aplicación en la práctica asistencial habitual.

Se dispone de algunas experiencias de ámbito internacional, tales como las de Nueva Zelanda⁴ y Canadá⁵, que están empezando a ser evaluadas, lo que permitirá conocer el impacto y las limitaciones de su aplicación⁶. En el caso de Nueva Zelanda, el comité de expertos propuso que los sistemas de priorización de pacientes en listas de espera deberían cumplir con algunas características, como que el sistema fuera homogéneo en todo el territorio, que las propuestas para los distintos procedimientos quirúrgicos fueran coherentes entre ellas, que fuera aceptado por parte de los profesionales implicados en la gestión de las listas de espera o que se considerasen tiempos máximos de espera en función del grado de necesidad.

Con relación a España, se han realizado distintos programas de choque con un resultado muy incierto, y más recientemente se han propuesto tiempos de atención garantizada para una relación de procedimientos quirúrgicos que aún no han sido evaluados. Ha sido en estos últimos años que desde la administración sanitaria se han promovido algunos estudios para analizar sistemas de priorización de pacientes^{7,8}, con propuestas similares a las aplicadas en otros

países y que sería interesante tener en cuenta en futuros programas.

Finalmente, un valor añadido y nada marginal del debate sobre cómo abordar el problema de las listas de espera es la oportunidad de introducir un análisis más riguroso de la demanda, instrumentos de gestión más específicos, a la vez que se facilite la participación en los distintos niveles de decisión de los médicos, la gestores y las administraciones sanitarias. Sin embargo, se corre el peligro de que por la urgencia del debate político y social, en la que sitúa frecuentemente la problemática de las listas de espera, se apliquen finalmente medidas de choque poco específicas que convierten en estériles estas propuestas. Se trata de una buena oportunidad para profundizar en el debate y análisis de las listas de espera y realizar unos abordajes que permitan disponer de soluciones más consistentes que no se deberían desaprovechar. Desde GACETA SANITARIA queremos contribuir a este debate aportando la opinión de los profesionales (gestores, planificadores y médicos) implicados en el problema de las listas de espera con dos aportaciones complementarias^{9,10}.

Xavier Castells,
por el Equipo editorial

Bibliografía

1. Birrell F, Johnell O, Silman A. Projecting the need for hip replacement over the next three decades: influence of changing demography and threshold for surgery. *Ann Rheum Dis* 1999;58:569-72.
 2. Taylor HR. Cataract: how much surgery do we have to do? *Br J Ophthalmol* 2000;84:1-2.
 3. Stevens A, Gillan S. Needs assessment: from theory to practice. *BMJ* 1998;316:1448-52.
 4. Hadorn DC, Holmes AC. The New Zealand Priority Criteria Project. Part 1: Overview. *BMJ* 1997;314:131-8.
 5. Bellan L, Mathen M. The Manitoba Cataract Waiting List Program. *Can Med Assoc* 2001;1177-80.
 6. Derret S, Paul C, Herbison P, Willians H. Evaluation of explicit prioritisation for elective surgery: a prospective study. *J Health Serv Res Policy* 2002;7:14-22.
 7. Pinto JL, Rodríguez E, Castells X, Gracia X, Sánchez FI. El establecimiento de prioridades en la cirugía electiva. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000.
 8. 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 cataractes i artroplàstia de maluc i genoll. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologies i Recerca Mèdiques, 2001.
 9. Bernal E. ¿Ha llegado la hora de la gestión de las listas de espera? *Gac Sanit* 2002;16:435-8.
 10. Martí J. La gestión de las listas de espera quirúrgicas por los centros sanitarios y de los profesionales. *Gac Sanit* 2002;16:374-5.
-