

¿Ha llegado la hora de la gestión de las listas de espera?

E. Bernal

Fundación Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios

Correspondencia: Dr. Enrique Bernal Delgado. Camino de las Torres, 34, 10. 50004 Zaragoza.
Correo electrónico: iromero@able.es

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

(Has the time arrived for the management of waiting lists?)

Resumen

Las personas que ocupan una lista de espera sufren a menudo un riesgo adicional derivado del tiempo que pasa hasta que obtienen tratamiento; sin embargo, en otras ocasiones, las personas en lista no tienen necesidad del tratamiento por el que esperan.

Ambos argumentos, contrastables con evidencias empíricas, serían suficientes para afirmar que debe llegar la gestión a las listas de espera dejando a un lado políticas más o menos oportunistas. Por políticas oportunistas se entiende mantener la mala información sobre listas o su "maquillaje", utilizar programas de autoconcertación sin más horizonte que llegar a final de año sin lista de más de seis meses, etcétera.

El panorama no es del todo oscuro. Algunas iniciativas de gestión (incluso de Política con mayúscula) se van abriendo paso y pueden entrar en la agenda de los próximos años. Así, cabe destacar la aplicación de tiempos de atención garantizada o la priorización de las listas en función de criterios explícitos.

En todo caso, conviene recordar que, con la excepción de las colas producidas en las salas de espera de los centros de salud y aquéllas que se producen en las puertas de urgencias, el resto de colas del sistema están mediadas por la decisión de un médico. Así que una estrategia ineludible para gestionar las listas de espera consiste en atenuar los problemas derivados de la incertidumbre (o ignorancia) con respecto al diagnóstico o al pronóstico de los pacientes.

Palabras clave: Listas de espera. Gestión sanitaria. Política sanitaria.

Summary

Individuals on the waiting list frequently suffer an additional risk caused by the mean time until they receive treatment; however, other individuals do not need the treatment for which they are waiting.

Both arguments, which can be contrasted with empirical evidence, would be sufficient to affirm that waiting list management should be implemented, leaving aside policies that are more or less opportunistic. Opportunistic policies are understood as those providing misinformation on waiting lists or their "manipulation", and using programs of auto-coordination with the sole aim of reaching the end of the year without a waiting list of not more than six months, etc.

The panorama is not completely bleak. Some management initiatives (and even Politics with a capital P) are opening the way forward and may enter the Agenda in the next few years. In this context, the application of guaranteed times of medical care or the prioritization of waiting lists according to explicit criteria should be highlighted.

It is worth remembering that, except for the queues in the waiting rooms of health centers and emergency departments, waiting lists are mediated by the decision of the physician. Therefore, an essential strategy for managing waiting lists consists of attenuating the problems caused by uncertainty (or ignorance) of the patient's diagnosis or prognosis.

Key words: Waiting lists. Healthcare management. Healthcare policy.

¿Qué llevamos entre manos?

Algunas evidencias son suficientemente expresivas: en mujeres con cáncer de mama radiadas tras extirpación quirúrgica, se encontraron supervivencias libres de enfermedad del 69% cuando la radioterapia se demoró más de 4 meses; en las mujeres que recibieron tratamiento sin demora, fue del 85%¹. La supervivencia libre de enfermedad a los 8 años fue del 48% si había demora en el tratamiento con radioterapia y del 71% si no la había². Los pacientes con

más de tres meses de demora quirúrgica veían reducida la supervivencia a los 5 años en más de un 10%³. El 25% de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama esperó más de 6 meses para ser tratadas⁴. El 58% de los pacientes pendientes de recibir cirugía de varices⁵, el 61% de los pacientes pendientes de artroscopia de rodilla⁶ y el 51% de los pacientes pendientes de resección transuretral de próstata⁷ no precisaron finalmente tratamiento.

En suma, las personas incluidas en una lista de espera a menudo sufren un riesgo adicional derivado del

tiempo que media hasta que obtienen tratamiento, y no todas las personas en lista de espera tienen necesidad del mismo.

¿Cómo se está abordando esta situación?

A juzgar por el número y calidad de los titulares de prensa, por la cantidad de estériles iniciativas parlamentarias en el Congreso de los Diputados, por la inaudita intervención del Defensor del Pueblo solicitando a las comunidades autónomas información sobre la gestión del INSALUD y por la negativa de algunas de ellas a compartir la información sobre listas de espera en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, es difícil pensar que a corto plazo las listas de espera puedan entrar en la Agenda Política; más bien al contrario, es predecible un alto grado de politización oportunista de las mismas.

Algunos síntomas de la gestión cotidiana permiten entender mejor la situación actual.

1. Hoy es posible aseverar que conocer el volumen y significación de las listas de espera es una tarea complicada. Paradójica afirmación si consideramos la cantidad de datos disponibles, o no tan paradójica si se realiza un breve repaso a las múltiples formas de tratar y presentar (maquillar) las listas de espera⁸. Así, mientras que es posible encontrar cambios en los criterios de inclusión, modificaciones en la fecha de inicio de la espera, fraccionamiento de las listas, etc., resulta improbable encontrar algún criterio que permita afirmar que los pacientes están ordenados en función de la necesidad de ser intervenidos.

La gran limitación de los sistemas de información sobre listas radica en la visión compartimentada de las mismas; no se ven procesos, sino sucesos independientes en cada parte del proceso. Así, un paciente que es visto en atención primaria sufre una cola hasta que llega a la consulta externa en primera visita; después sufre tantas colas como exploraciones se indican; otra cola hasta que lo vuelve a citar el especialista; tras el diagnóstico, otra cola hasta la intervención (a veces esta cola se convierte en dos: hasta que lo llaman para decirle que lo incluyen en lista de espera y desde que lo incluyen en lista de espera hasta que lo intervienen), y después las sucesivas colas derivadas del postoperatorio.

Para terminar con este epígrafe, señalaré que en medio del marasmo de datos crece la necesidad de publicar las listas. En efecto, es pertinente, necesario y democrático; pero para no confundir medios y fines (o simplemente, para no confundir más) deben darse tres condiciones antes de publicar las listas: a) los indicadores deben ser válidos y fiables, y por tanto, entre otras cosas, deben estar ajustados por variables relevantes;

b) la información publicada debe permitir tomar decisiones (publicar números absolutos por hospital o por servicio, o por patología, etc. no aporta información relevante para el paciente que espera), y c) debe existir posibilidad de cambiar de lista de espera (de lo contrario, carece de interés para el ciudadano y no aporta incentivos para mejorar).

2. La evolución anual del número de pacientes en listas de espera puede representarse fácilmente por una curva sinusoidal. El usual buen comportamiento de la serie en los 6 primeros meses se sigue de un incremento de la lista en verano (es práctica habitual el cierre de unidades de enfermería); la serie vuelve a bajar en el último trimestre por efecto de los programas excepcionales (ya no tanto) de finales de año.

Para gestionar esta estacionalidad «inducida» de las listas se utiliza a menudo la autoconcertación, estrategia basada en el pago por acto de un número definido de sesiones de quirófano en horario de tardes. No es preciso profundizar en los incentivos que introduce una medida de estas características; tan sólo señalaré que esta medida coexiste con un rendimiento en los quirófanos en horario de mañanas que difícilmente supera el 70%.

Los programas de autoconcertación suponen una fuente de ineficiencia aceptada que tiene como consecuencia la dificultad para realizar ingresos procedentes de «urgencias», la presencia de «camas cruzadas» y diferencias salariales no basadas en méritos, de hasta 4 veces entre quienes perciben peonadas (anestesisistas, cirujanos, radiólogos, etc.) y los que no. Esta estrategia, por cierto, está alimentando y perpetuando una visión dicotómica de la lista de espera, cuyo punto de corte se sitúa en los 6 meses, y que parece dejar satisfechos a los gestores y, por lo visto, a los políticos sanitarios (recomiendo una visita a: <http://www.msc.es/insalud/> para comprobar la «limpieza» de lista a fecha 31 de diciembre de 2001).

3. La coordinación entre la atención primaria y la especializada sigue en el mismo lugar desde hace años, si bien todos consideran que es uno de los puntos críticos para la gestión de las colas.

La clave radica en que la atención primaria debe ser más resolutive y, para ello, debe dedicar más tiempo a añadir valor al proceso asistencial, a incrementar el valor predictivo de la prueba positiva de los especialistas y a disminuir toda actividad encaminada a potenciar la medicalización de la vida cotidiana. Esto pasa, por ejemplo, por mejorar la cobertura de todas las intervenciones, por retirar de la cartera de servicio intervenciones que no han demostrado tener ningún efecto en el pronóstico de los pacientes, por no enviar pacientes al especialista sin una historia clínica completa y sin un diagnóstico de presunción basado en pruebas o por no hacer pasar por la consulta a todas las mujeres menopáusi-

cas con independencia de la existencia o no de problemas de salud.

En segundo lugar, puesto que las personas funcionan como un continuo asistencial, los cuidados deben organizarse de forma que no esté separada la gestión de ambos niveles asistenciales. De lo contrario, únicamente seguiremos haciendo tratamiento sintomático: centralización de las agendas de los especialistas, disponibilidad de las mismas en los centros de salud, conexión informática entre los laboratorios y los centros, etc.; en definitiva, crear comisiones *ad hoc*.

4. La cirugía mayor ambulatoria (CMA) ha sido propuesta como una de las estrategias más importantes para el abordaje de las listas; de hecho, los procedimientos que más frecuentemente se encuentran en lista de espera quirúrgica son susceptibles en su mayoría de CMA.

Sin embargo, en la actualidad el número de intervenciones CMA sobre el total de intervenciones que serían susceptibles de CMA (índice de sustitución) oscila entre el 8 y el 50% dependiendo del tamaño de los hospitales; aún más, se están realizando mediante autoconcertación intervenciones susceptibles de llevarse a cabo mediante CMA, por lo que no es previsible un incremento de este índice a corto plazo.

Por otro lado, los gestores no tienen incentivos potentes para incrementar este tipo de cirugía, ya que, a mayor índice de sustitución, si no existe disminución de camas, mayor gasto corriente por cama.

Agenda futura

De las numerosas estrategias destinadas bien a reducir el tamaño, bien a disminuir el tiempo o, simplemente, orientadas a racionalizar la lista⁹, están adquiriendo cierta importancia tres: *a)* la aplicación de tiempos de atención garantizada; *b)* la priorización de las listas en función de criterios explícitos, y *c)* la incorporación de estrategias para mejorar la indicación de una intervención o una prueba.

Tiempos de atención garantizada

Los tiempos de atención garantizada proponen una mirada de la gestión de la lista de espera desde el aseguramiento, de forma que el ciudadano que va a entrar en lista de espera tiene derecho a percibir la prestación en un tiempo legalmente establecido. Pero su efecto beneficioso no se limita sólo a reconocer un derecho; los tiempos de garantía incorporan la idea de necesidad y de priorización según necesidad.

Con esta medida no se deben esperar reducciones duraderas del tamaño de la lista; así lo indican las ex-

periencias existentes⁹. Sin embargo, puede resultar útil en la reducción de los tiempos innecesarios. En todo caso, la efectividad de esta estrategia dependerá: *a)* de la existencia de un sistema de priorización explícito y, por tanto, de la capacidad de discriminar a los pacientes en función de su necesidad (riesgo); *b)* de la capacidad organizativa de los centros (es más difícil implementar en centros con alta presión de urgencias, en centros con poca CMA, en centros con gran autonomía de decisión del clínico en la priorización de la lista, en centros con alta proporción de autoconcertación, etc.), y *c)* del acompañamiento de medidas de racionalización en la gestión de la lista de espera (mejora de los sistemas de información, incorporación de sistemas de priorización ligados a criterio clínico, análisis de la publicación de listas de espera y tiempos máximos por proveedor, incentivos positivos o negativos, entre otras.)

Priorizar según criterios explícitos

Salvo las entradas urgentes en lista, la forma tradicional de gestionar la lista de espera no difiere de la utilizada en los puestos de un mercado: se atiende a quien primero llega.

Priorizar según algún criterio explícito distinto del tiempo en lista permitiría no solamente evitar carga innecesaria de sufrimiento a personas o colectivos y reducir la morbilidad asociada, sino además resolver de forma más eficiente el desbalance entre la oferta y la demanda haciendo transparente la gestión. Por otra parte, los modelos utilizados permiten la incorporación de criterios sociales (vivir solo, tener personas a cargo, etc.) que modulan la priorización realizada en función de criterios clínicos.

Son numerosas las experiencias en países desarrollados y muy distintas las técnicas y los resultados obtenidos¹⁰. Lo que la evidencia demuestra es que, para que funcionen, es necesario que: *a)* el sistema de priorización sea capaz de discriminar con un número de variables manejable; *b)* los criterios de priorización estén elaborados por los clínicos que los van a utilizar; *c)* los sistemas de información permitan una clasificación rápida de los pacientes, y *d)* sea posible reevaluar a los pacientes en lista.

Mejorar las indicaciones médicas

Con la excepción de las colas producidas en las salas de espera de los centros de salud y las que se producen en las puertas de urgencias, el resto de colas del sistema están mediadas por la decisión de un médico. Decisión que, como siempre, se toma en condiciones de incertidumbre con respecto al diagnóstico y pronóstico del paciente, pero en condiciones de certidumbre

con respecto a los factores que se movilizan (sesiones de quirófano, ratio sucesivas-primeras en consulta externa, días de estancia asociados a la espera de pruebas, etc.).

Parte de la lista de espera se genera por la dificultad de precisar la indicación quirúrgica o diagnóstica, por lo que es pertinente abordar este aspecto de forma prioritaria. De hecho, variaciones en la tasa de amigdalectomías entre 0,5 y 5 intervenciones por 10.000 niños¹¹ o variaciones en la tasa de cirugía de catarata entre 21 y 162 por 100.000 mayores de 50 años¹² no parecen explicarse por motivos distintos de la incertidumbre (o ignorancia) sobre la efectividad de las mismas.

A juzgar por las evidencias acumuladas con respecto a la modulación de la práctica, la fracción atribuible a la incertidumbre no parece despreciable¹³. Un trabajo seminal sobre el efecto de «pensarse dos veces» la indicación de una histerectomía encontró que el decremento anual de la tasa de histerectomías fue de un 26% mientras que en el grupo control la tasa creció ligeramente (1%) en el mismo período¹⁴.

Estos ejemplos ponen de manifiesto la potencial capacidad de intervenir en la puerta de entrada a la lista. Es necesario, urgente y efectivo incorporar a la gestión

de las listas de espera programas de segunda opinión (contexto en el que está el caso anterior), utilizar estrategias educativas para la reducción de la variabilidad e incorporar las mejores evidencias en la definición de las indicaciones médicas.

Esta estrategia funcionará si: a) existe una planificación explícita de la gestión del conocimiento dentro de la organización; b) los clínicos participan de forma activa en la elaboración de las indicaciones; c) existen sistemas de información que permitan medir los cambios, y d) se desarrolla un plan de formación alrededor de las herramientas de la gestión clínica.

Conclusión

Como en casi todos los problemas relevantes de política sanitaria, el oportunismo no suele aportar soluciones operativas y, mucho menos, estables; entretanto, la gestión inadecuada de las listas de espera sigue afectando seriamente a personas e induciendo posibles incrementos de sus riesgos sanitarios. Ha llegado el momento de hacer gestión y evitar el oportunismo político.

Bibliografía

1. Hartsell WF, Recine DC, Griem KL, Murthy AK. Delaying the initiation of intact breast irradiation for patients with lymph node positive breast cancer increases the risk of local recurrence. *Cancer* 1995;76:2497-503.
2. Buchholz TA, Austin-Seymour MM, Moe RE. Effect of delay in radiation in the combined modality treatment of breast cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1993;26:23-35.
3. Richards MA, Smith P, Ramírez AJ, Fentiman IS, Rubens RD. The influence on survival of delay in the presentation and treatment of symptomatic breast cancer. *Br J Cancer* 1999;79:858-64.
4. Natal C, Calcova M, Banciella G. Evaluación de la asistencia hospitalaria de cáncer de mama en Asturias. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:335-40.
5. Brewster SF, Nicholson S, Farndon JR. The varicose vein waiting list: results of a validation exercise. *Ann R Coll Surg Engl* 1991;73:223-6.
6. Williams RL, Williams LA, Watura R, Fairclough JA. Impact of MRI on knee arthroscopy waiting list. *Ann R Coll Surg Engl* 1996;78:450-2.
7. Schou J, Poulsen AL, Nordling J. The anatomy of a prostate waiting list: a prospective study of 132 consecutive patients. *Br J Urol* 1994;74: 57-60.
8. Peiró S. Algunos elementos para el análisis de las listas de espera. *Gest Clin San* 2000;2:126-31.
9. Espallargues M, Gallo P, Pons JMV, Sampietro-Colom L. Situación y abordaje de las listas de espera en Europa. Informe técnico IN/O4/2000. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, 2000.
10. Pinto JL, Rodríguez E, Castells X, Gracia X, Sánchez FI. Establecimiento de prioridades en la cirugía electiva. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000.
11. Glover JA. The incidence of tonsillectomy in school children. *Proc Royal Society Med* 1938;31:1219-36.
12. Peiró S, Meneu R, Marqués Espí JA, Librero J, Ordiñana Calabuig R. La variabilidad en la práctica médica: relevancia, estrategias de abordaje y política sanitaria. *Papeles de Economía Española* 1998;76:165-75.
13. Oxman A, Thomson M, Davis D, Haynes B. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Can Med Assoc J* 1995;153: 1423-31.
14. Domenighetti G, Luraschi P, Casabianca A, Gutzwiller F, Spinelli A, Pedrinis E, et al. Effect of information campaign by the mass media on hysterectomy rates *Lancet* 1988; 2: 1470-3.