

PERSPECTIVA

Recibida: 25/4/2022

Aceptada: 6/9/2022

Publicada: 21/9/2022

perspectiva26_nunez_espinilla_mahtani

e1-e4

Los autores declaran
que no existe ningún
conflicto de intereses

CORRESPONDENCIA

Salvador Núñez Díaz
C/ Pérez de Rozas, 5.

CP 38071. Santa Cruz de Tenerife. España.
snundia@gobiernodecanarias.org

Propuesta de un nuevo modelo de información sobre la lista de espera quirúrgica

AUTORES

Salvador Núñez Díaz (1) Carlos Espinilla Yagüe (1) Vijay Mahtani Mahtani (1)

FILIACIONES

(1) Servicio de Gestión de la Demanda Asistencial, Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud. Santa Cruz de Tenerife. España.

Durante determinados periodos de la pandemia por SARS-CoV-2, el sistema sanitario se vio tensionado por situaciones de sobrecarga de la capacidad asistencial, tanto en la atención primaria como en la hospitalaria, debido a la atención de pacientes con patología de COVID-19. Así, la actividad asistencial no urgente dirigida a la no COVID-19 se redujo sustancialmente durante las sucesivas olas de la pandemia por la reorganización y reserva de los recursos, por las propias restricciones del sistema (priorización de las patologías más urgentes) y también por las incomparecencias de los pacientes al comienzo de la pandemia por miedo a contagiarse en los centros de atención sanitaria (1,2,3).

A finales de marzo de 2022, la evolución de la pandemia mostraba unos indicadores favorables. El 85% de los españoles se encontraban con la pauta vacunal completa y la presión hospitalaria estaba bajo mínimos. En este contexto, los hospitales comenzaron a normalizar su actividad asistencial y los datos sobre listas de espera recuperaron su protagonismo, al ser objeto de atención por parte de todos los grupos de interés: ciudadanos, medios de comunicación, políticos y los propios profesionales de la salud (4,5,6).

A partir de aquí se establece un debate general donde las afirmaciones que se formulan suelen tener argumentos superficiales, sin entrar a analizar el fondo de algunos de los aspectos que más influyen en la gestión de las listas de espera (7). Quizás este abordaje superficial de la información sobre las listas de espera tenga su raíz en el nivel de agregación de la información sobre los tiem-

pos de espera de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud (SNS), que el Ministerio de Sanidad, con periodicidad semestral, recopila y publica cada año.

Hace ya casi 20 años que se publicó el *Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud* (8). En todo este tiempo, la medicina ha desarrollado grandes avances como, por ejemplo, el desarrollo de la cirugía ambulatoria, la cirugía robótica, la teleasistencia, etc. La priorización es sumamente importante en la dinámica de las listas y ha jugado un papel clave durante este periodo de pandemia. Sin embargo, la información que se publica sobre ellas otorga el mismo tratamiento o consideración a todos los que la componen, sin atender a diferencias que pueden ser de interés para su interpretación, como, por ejemplo, los diferentes niveles de prioridad o la ambulatoriedad o no del paciente.

En este sentido, la Asociación Española de Cirujanos afirma que la cirugía mayor ambulatoria puede abarcar en su cartera de servicios más del 85% de los procedimientos quirúrgicos que se realizan en un servicio de cirugía y se presenta como la herramienta que debería de generalizarse para solucionar la acumulación de pacientes en lista de espera que la pandemia está generando (9). Por otro lado, está constatado el hecho de que los pacientes que no necesitan disponer de una cama para poder operarse esperan menos que los que requieren un procedimiento con hospitalización (10).

Es por eso, que la diferenciación de los datos concernientes a pacientes ambulatorios ayudaría a interpretar y comparar mejor los resultados de la lista de espera y, sobre todo, ofrecer una mejor información para la gestión de la misma. A tal efecto, sería de gran utilidad la elaboración de un catálogo de los procedimientos quirúrgicos susceptibles de ser aplicados mediante cirugía ambulatoria a través de pro-

gramas de mejora en su gestión. Otro aspecto a considerar es la comunicación del tiempo medio de espera de los pacientes que están pendientes de una intervención quirúrgica.

En nuestra opinión, es importante desglosar este indicador según el nivel de prioridad, puesto que facilitaría el enfoque y el conocimiento de la demora de aquellos procedimientos prioritarios. La priorización es primordial cuando se pretende garantizar una atención sanitaria de calidad, equitativa y transparente (11). Hasta la fecha no se ha puesto en marcha un debate a nivel del SNS sobre un sistema explícito para todas las comunidades autónomas. Opinamos que es necesario el desarrollo de sistemas de priorización que corrijan la falta de definición de criterios específicos de clasificación y que permitan una gestión adecuada y coherente basada en necesidades objetivas, así como en aspectos de urgencia clínica, personal, social y de tiempo de espera en las listas quirúrgicas con carácter general (12).

El modelo de priorización descrito en el *Real Decreto 605/2003*, aunque puede ser considerado como subjetivo en base al criterio del profesional sanitario que prescribe la cirugía, es el que está establecido actualmente y, por lo tanto, los tiempos de espera deberían modularse en base a esas tres categorías:

- Prioridad 1: pacientes cuyo tratamiento quirúrgico, siendo programable, no admite una demora superior a 30 días.
- Prioridad 2: pacientes cuya situación clínica o social admite una demora relativa, siendo recomendable la intervención en un plazo inferior a 90 días:
- Prioridad 3: pacientes cuya patología permite la demora del tratamiento, ya que aquélla no produce secuelas importantes.

Con todo, actualmente, solo una comunidad autónoma, Castilla y León, establece los

indicadores de lista de espera quirúrgica por prioridad. Esta excepción no deja de ser una muestra sobre el carácter heterogéneo de la información que se muestra en las diferentes webs de los servicios autonómicos (13).

Junto con los indicadores anteriormente mencionados, el Ministerio de Sanidad hace un seguimiento a dieciséis procedimientos o patologías, algunos tan generales e indefinidos que es imposible conocer cuál es la situación real. Además, quince de estos son los mismos desde hace varios años, a pesar de que posiblemente la situación o los avances médico-quirúrgicos de algunas especialidades hayan cambiado. Proponemos revisar los criterios de selección para la monitorización de procedimientos añadiendo, a los ya establecidos (patologías cardiovasculares y neoplásicas), aquellos cuyo impacto en salud y costes asistenciales sean relevantes, como los de cirugía bariátrica o de raquis, por ejemplo.

A modo de conclusión, hay que señalar que la norma estatal sobre los sistemas de información y gestión de la lista de espera quirúrgica se estableció hace algunas décadas y, desde entonces, la modalidad, prioridad y la variabilidad de los procedimientos no han sido revisados, perdurando, de este modo, indicadores de carácter general que proporcionan una información menos precisa sobre la misma. La publicación de datos generales sobre listas de espera favorece opiniones y debates poco rigurosos por parte de los grupos de interés, transmitiendo en la mayoría de las veces una perspectiva negativa de un problema que los ciudadanos desconocen en profundidad. La modulación de estos datos en base al carácter ambulatorio o no de los procesos, el nivel de prioridad y una selección de procedimientos para su monitorización basados en criterios de impacto en salud y coste ayudarían a proporcionar una información de mayor eficacia para la comprensión por parte de la ciudadanía de las listas de espera.

BIBLIOGRAFÍA



1. De Pablos Escobar L, García-Centeno MC. *Impacto de la COVID-19 sobre las listas de espera quirúrgicas*. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 3 de marzo e202103035.
2. Núñez Díaz S, Espinilla Yagüe C, Mahtani Mahtani V, Rodríguez Delgado T, Rodríguez Orihuela C, Espinilla Peña M. *La lista de espera en tiempos de pandemia. Una reflexión sobre sus indicadores*. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 16 de julio e202107098.
3. Balibrea JM, Morales-Conde S. *Posicionamiento del Grupo de Trabajo «CirugíaAEC-COVID» de la Asociación Española de Cirujanos sobre la planificación de la actividad quirúrgica durante la segunda ola de la pandemia por SARS-CoV-2: la cirugía debe continuar*. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.10.013>. Cir Esp. 2021;99:77-79.
4. Santiago de Quiroga. *Tendencias de la sanidad en 2022*. Gaceta Médica 7 de enero de 2022 [acceso 1 de abril de 2022]. <https://gacetamedica.com/opinion/tendencias-de-lasanidad-en-2022/>
5. Editorial (7 noviembre de 2021) *Listas de espera: Atasco sanitario*. El País [acceso 4 de abril de 2022]. <https://elpais.com/opinion/2021-11-07/atasco-sanitario.html>
6. Bianchi A. *Aumento de la lista de espera quirúrgica como consecuencia sanitaria de la pandemia por COVID-19: una perspectiva balear*. fecha de publicación: 28/2/2022 Revista de Salud Pública Española [acceso 31 de marzo de 2022]. https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_c_drom/Suplementos/Perspectivas/perspectivas22_bianchi.pdf
7. Cañizares Ruiz A, Santos Gómez A. *Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Una breve aproximación a su análisis*. Fundación Alternativas [acceso 31 de marzo de 2022]. https://www.fundacionalternativas.org/storage/laboratorio_documentos_a_rchivos/9a22a4dc90277c6d4812609edb157639.pdf
8. *Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de*

la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado [acceso 28 de marzo de 2022]. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-11266-consolidado.pdf>

9. Morales-García D, Docobo-Durantez F, Capitán Vallvey JM, Suarez-Grau J.M, Campo-Cimarras ME, González-Vinagre S, Hidalgo-Grau LA, Puigcercos-Fusté JM, Zaragoza-Fernández C, Valera-Sánchez Z, Vega-Ruiz V, Grupo de Trabajo CIRUGIA-AEC-COVID-19 (2022). *Consenso de la sección de cirugía mayor ambulatoria de la Asociación Española de Cirujanos sobre el papel de la cirugía mayor ambulatoria en la pandemia SARS-CoV-2*. Cirugía española, 100(3), 115-124. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.04.012>

10. Martínez-Ramos C. *Cirugía Mayor Ambulatoria. Concepto y Evolución*. Reduca (Recursos Educativos). Serie Medicina. 1 (1): 294-304, 2009. Cirugía Mayor Ambulatoria. Concepto y Evolución. | Martínez Ramos | REDUCA (revistareduca.es).

11. Campo-Cimarras ME, González-Vinagre S et al. *Consenso de la sección de cirugía mayor ambulatoria de la Asociación Española de Cirujanos sobre el papel de la cirugía mayor ambulatoria en la pandemia SARS-CoV-2*. Cir Esp. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.04.012>

12. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León [acceso 31 de marzo de 2022]. <http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/lista-espera>

13. Espinilla Yagüe C, Núñez Díaz S, Mahtani Mahtani V. *Proyecto de priorización de lista de espera quirúrgica en Canarias. Definición de variables y ponderación*. Comunicación presentada en el XXI Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Clínica. 10 de mayo 2019. Santiago de Compostela.

Propuesta
de un nuevo
modelo
de información
sobre la lista
de espera
quirúrgica

SALVADOR
NÚÑEZ DÍAZ
et al.