

DOCUMENTO DE POSICIÓN DE LA JUNTA DE GOBIERNO DEL COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA SOBRE LAS LISTAS DE ESPERA

El debate recurrente sobre las listas de espera de la Sanidad pública catalana últimamente se ha visto acentuado por el impacto derivado de las restricciones presupuestarias. Este hecho ha generado confusión y preocupación tanto a la población como a los profesionales. En este contexto la Junta de Gobierno del COMB cree conveniente hacer las siguientes reflexiones y consideraciones:

1. Las listas de espera son el conjunto de registros de pacientes que necesitan una determinada prestación a la que el sistema sanitario no puede dar respuesta de manera simultánea o inmediata a su prescripción o indicación. Las listas de espera son un fenómeno propio y característico de los sistemas sanitarios públicos de carácter universal y gratuito, como es el nuestro y están presentes en la mayoría de los países europeos.
2. La existencia *per se* de una lista de espera no es calificable. El hecho de estar en una lista de espera no ha de ser necesariamente un hecho negativo, y el número de pacientes en espera no debería tener objetivamente, en sí, ningún significado si el tiempo de resolución es el adecuado.
3. La existencia de lista de espera tiene múltiples causas: relacionada con la oferta de servicios sanitarios, la demanda, el grado de autorregulación, los procesos de gestión y coordinación, y los recursos que se destinan. Las estrategias centradas en algunos factores aislados se han mostrado poco efectivas y cortoplacistas y por ese motivo es necesario un abordaje multifactorial de su gestión.
4. En la práctica, las listas de espera son herramientas o formas de regulación de la demanda asistencial en la prestación de servicios sanitarios públicos. Teniendo en cuenta el marco donde se genera, una lista de espera se debería entender como instrumento de carácter técnico de planificación del trabajo que representa el tiempo de demora para dar respuesta a una demanda sanitaria. Como consecuencia, hay tiempos de espera que suponen una gestión adecuada de los recursos y no suponen ningún problema de salud para el paciente.
5. En la mayoría de países de nuestro entorno, las actuaciones para gestionar las listas de espera se dirigen a:
 1. Reducirlas aumentando la oferta o moderando la demanda.
 2. Reducir el tiempo de espera, incrementando la oferta, incidiendo en cambios en la práctica clínica y utilizando los llamados tiempos de garantía.
 3. Adecuar las listas de espera con mejores sistemas de información que permitan una mejor priorización.
6. En la clasificación de la lista de espera el criterio de prioridad debería ser el que garantiza la equidad en el acceso. Por lo tanto, los criterios objetivos de priorización y la transparencia de las listas de espera son elementos básicos

- para su adecuada gestión y aceptación por parte de ciudadanos y profesionales.
7. En la gestión de las listas de espera es más importante la información de la situación particular que se pueda dar al propio paciente que la información estadística general.
 8. Para poder hacer una evaluación objetiva de las listas de espera, tanto global como por procesos patológicos específicos, es necesario disponer de un sistema de consenso y priorización clínica. La confección de la lista debe basar en sistemas de información y métodos de análisis estables, sólidos y transparentes. Algunas iniciativas en este sentido, llevadas a cabo en Catalunya (documentos de priorización del AQUAs), son una herramienta a tener en cuenta.
 9. En la práctica, las listas de espera se interpretan de forma diversa y en muchos casos de manera interesada: como un mecanismo de regulación económica, como un indicador de necesidades no atendidas, como indicador de asignación inadecuada, como responsabilidad solamente de quien gobierna... Esta disparidad interpretativa no contribuye en absoluto a una solución lógica, serena y racional de la situación de las listas de espera. A la vez que favorece la confusión y pérdida de confianza en los servicios sanitarios.
 10. La inexistencia de métodos y parámetros de evaluación de las listas de espera suficientemente consensuados y la dificultad de comprensión, por la mayoría de la población, de la complejidad de los procesos utilizados hace que a menudo el debate en torno al fenómeno de las listas de espera se sesgue y se aleje de la racionalidad y el rigor convenientes.
 11. La patología urgente y grave no está incluida en las listas de espera objeto de este documento. En términos generales, la patología urgente recibe una adecuada respuesta por parte del sistema sanitario.

RECLAMAMOS, por tanto, que:

1. Haya un esfuerzo de las instituciones sanitarias y, en nuestro caso, del Departamento de Salud, para clarificar los parámetros de análisis y discusión relativos a las listas de espera utilizando instrumentos previamente consensuados con los profesionales y los agentes implicados, con la máxima transparencia. Entre otros, es necesario revisar la lista de los 14 procedimientos garantizados, algunos de los cuales no cuentan con el consenso profesional mayoritario y distorsionan la actividad asistencial de los centros.
2. Todos los interlocutores del sistema sanitario hacen un esfuerzo para situar el debate sobre las listas de espera dentro del rigor y la objetividad, utilizando una visión global y constructiva, y huyendo de situaciones particulares, a menudo analizadas o presentadas fuera de contexto. Para esta tarea pedimos la colaboración de los medios de comunicación.
3. Se aumente y facilite el conocimiento de los pacientes sobre su proceso de enfermedad para ayudar a incidir sobre la demanda. La información a los

ciudadanos y enfermos, y su participación activa en los procesos de toma de decisiones y de educación sanitaria favorecerían la corresponsabilidad y la gestión de las demoras.

4. En ningún caso los tiempos garantizados por los 14 procedimientos se conviertan en el único objetivo de gestión de la lista de espera. Ya que el objetivo debería ser atender en primer lugar a aquellos enfermos que por sus necesidades clínicas más lo necesiten.
5. Los profesionales sanitarios tengan un papel más activo y decisivo en la gestión y los resultados de las listas de espera dejando de ser únicamente prescriptores o unos elementos más de la cadena. En este sentido, también se debe reducir la excesiva burocratización de los procesos. Los profesionales sanitarios han de ser elementos clave de la gestión de las listas de espera, han de tener autonomía, información y los incentivos adecuados para poderlas gestionar correctamente. Este papel es clave en la priorización de las listas de espera y en su adaptación a la realidad clínica cambiante de cada paciente.
6. Es necesario reducir la variabilidad diagnóstica-terapéutica, que es un elemento importante en las indicaciones de prescripciones. La adecuación de la evidencia a través de protocolos y guías consensuadas, y con el apoyo de los mejores datos científicos disponibles tienen un papel destacado.
7. Mejore la coordinación entre niveles asistenciales. La atención primaria ha de tener un papel clave en el proceso diagnóstico y de priorización, dado su rol de acompañamiento integral al enfermo, porque es quien cuenta con más elementos para contextualizar las necesidades concretas y globales de los pacientes. Es importante destacar el proceso de cura, mantenimiento, recuperación y acompañamiento a parte del objetivo curativo.
8. Mejore el contínuum asistencial y se evite la demora en la resolución, no solo de los 14 procesos quirúrgicos garantizados, sino de muchos otros procesos diagnósticos y terapéuticos, a menudo más trascendentes para la salud de los pacientes.
9. Se incorporen las nuevas tecnologías de la información y comunicación para mejorar el rendimiento de los procesos de atención. Así mismo, es necesario el refuerzo de métodos y dispositivos sanitarios como la cirugía sin ingreso, la cirugía mayor ambulatoria (CMA) y las consultas de alta resolución, que ya se han demostrado eficaces en muchos casos.
10. Se frene la disminución progresiva de los presupuestos de la sanidad pública que por cuarto año consecutivo sufre el sistema sanitario. La disminución del presupuesto ha incidido directamente en la disminución progresiva de las inversiones en reposiciones y nuevas inversiones de los centros sanitarios y en la disminución de las retribuciones de los profesionales, hechos que perjudican el desarrollo del sistema sanitario.

Barcelona, 10 de diciembre de 2014