

Los médicos piden decidir la prioridad en demoras

La lista de espera ha subido de 76 días a 100 y Sanidad anuncia un decreto para fijar pacientes prioritarios. Menos conciertos, eliminación de 'peonadas', despido de eventuales y jubilaciones elevaron las demoras.

DIARIO MEDICO. Laura G. Ibañes. Madrid | laura.gutierrez@diariomedico.com | 02/09/2013 00:00

Hace tan sólo unos días que se dispararon las alarmas tras la publicación de los datos de las listas de espera en el SNS a cierre de 2012. Las cifras dejaban poco lugar a dudas sobre el fuerte incremento experimentado: en sólo seis meses, desde junio de 2012 a diciembre del mismo año, la demora media en cirugías creció de los 76 días a los 100, fijando un récord histórico nunca visto desde que se empezó a hacer esta estadística, en 2004. No sólo creció el retraso en poder ser intervenido, sino también la bolsa de pacientes en espera, que subió un 6 por ciento, rozando ya los 600.000. De éstos, además, el 16,5 por ciento lleva en espera más de seis meses, un porcentaje que nunca antes había superado el 10 por ciento.

Es difícil que los datos cogieran a alguien por sorpresa: el colectivo médico, las patronales sanitarias y las asociaciones de pacientes llevaban meses alertando de posibles incrementos en las listas de espera como consecuencia de la eliminación de las peonadas, la congelación de la compra de tecnología sanitaria, la reducción de los conciertos con la sanidad privada, las jubilaciones forzosas, la prohibición de sustitución completa del personal de baja y el despido de eventuales. Y la Administración, a su vez, había avisado de incrementos como consecuencia de las huelgas y hasta se había visto obligada en algunas autonomías, como Navarra, a dejar en suspenso la ley de garantías de demora.

- **Algunas sociedades reclaman mejoras en el acceso a la información clínica y contacto directo entre especialista y primaria para evitar esperar hasta citar al paciente**
-

Los porqués del incremento de las demoras son tan evidentes como difíciles de cuantificar en impacto, más aún teniendo en cuenta la disparidad de criterios autonómicos en la medición de listas de espera.

Comoquiera que sea, los datos han servido para despertar de nuevo el debate sobre cómo deberían gestionarse las listas de espera, no sólo ante la actual situación de recortes económicos sino a tenor de lo

que clínicamente parece más adecuado. El propio Ministerio de Sanidad se ha apresurado a anunciar que trabaja ya en un real decreto "para establecer prioridades y unificar los criterios clínicos que las comunidades autónomas deben seguir para atender a los pacientes que tienen en lista de espera, tanto para la realización de pruebas diagnósticas como para intervenciones quirúrgicas".

La idea es regular no sólo la garantía máxima de espera, que da derecho a ser atendido en un centro privado si se supera el plazo, cuestión ya regulada, sino también la propia gestión de las listas, fijando prioridades por paciente. No es una idea nueva -algunas autonomías, como Galicia, ya la aplican por ley y otras tantas la han incluido en los planes de gestión y pilotan la experiencia, como Cataluña-. Estaba ya en boca de profesionales, como el presidente de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, Juan González Armengol, que en una reciente entrevista con DM apostaba por "introducir términos de triaje programado, quirúrgico y diagnóstico" en la gestión de las demoras para "hacer como en Urgencias: atender antes según la gravedad del paciente".

En línea parecida se expresa Javier Vaquero, vocal de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatológica, la especialidad con mayor número de pacientes que sufren demoras. Según Vaquero, hay dos motivos fundamentales por los que crece la lista de espera, "la eliminación de la actividad de tarde en los quirófanos y los acuerdos de garantías máximas de algunas autonomías, como Madrid, que fijan una garantía general de 30 días y, en caso de rechazar la posibilidad de ser intervenido en otro hospital, 180 días". En su opinión, ese sistema de garantías máximas es "absolutamente perverso porque fuerza a atender a pacientes que no son prioritarios en 30 días mientras que permite 180 días en pacientes que sí pueden ser prioritarios".

Vaquero va más allá y afirma que esa falta de criterios clínicos actuales en la gestión de las listas "nos plantea incluso un problema ético", por lo que apela a la fijación de criterios clínicos "que actualmente sólo se aplican en oncología".

Desde la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), su presidente, Enrique Cruz, reconoce que "el orden es por prioridad del paciente", pero celebra que "se establezcan criterios de carácter nacional que eviten las diferencias autonómicas".

Cruz descarta que deban entrar en juego valoraciones económicas sobre el coste que podría generar el retraso en intervenciones a un paciente concreto, pero alerta de que el problema real no está en las demoras quirúrgicas "sino en las diagnósticas, que deberían tener también un sistema de priorización, aunque reconozco que es difícil de establecer. Cruz comparte su énfasis por la prioridad por el diagnóstico con Luis Javier Álvarez, presidente de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculuar, otra de las especialidades con datos más controvertidos en demoras: "Un paciente sin diagnosticar es un peligro en

potencia y por eso la prueba diagnóstica debe ser la prioridad y a partir de ahí el uso de criterios clínicos entendiendo que cada paciente es diferente, sin rigideces".

Según Álvarez, "establecer tiempos máximos de seis meses con carácter general no tiene sentido, como se ha demostrado en el caso de prótesis de cadera y rodilla, que han colapsado el acceso en los quirófanos a pacientes que podían tener mayor prioridad". Álvarez carga las tintas no sólo contra la actual norma estatal, que fija esa garantía genérica de 180 días para varios procesos, sino también contra la eliminación de las peonadas: "Con independencia de si se retribuye de una forma u otra, los quirófanos no pueden estar parados por las tardes. La cirugía es cada vez menos invasiva, lo que hace que crezca el número de pacientes intervenidos y no podemos permitirnos el lujo de cerrarlos a las tres de la tarde".

En un paso más allá, Fernando Carballo, presidente de la Sociedad de Patología Digestiva, dice que "hasta ahora las listas se han abordado pensando que lo importante es incrementar la actividad, cuando lo relevante es tener acceso a la información clínica para poder valorar y clasificar a los pacientes por prioridad. Se trata de resolver problemas clínicos y éstos pueden resolverse entre profesionales a veces sin necesidad de esperar a citar al paciente".

A esta idea apela también Rogelio Altisent, responsable de la Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica de Zaragoza. En su opinión, una norma rígida "no garantiza nada: la responsabilidad del médico ante una espera excesiva quedaría diluida, pero su responsabilidad ética no. Y eso es lo que provoca que el médico advierta en el informe que es un paciente prioritario o que ante una espera previsiblemente larga opte por saltarse el camino y derive al paciente a urgencias".

Altisent concluye así que, "aunque sea positiva, una norma de priorización no basta: hace falta coordinación y diálogo directo entre AP y especializada".

Con todo, Fernando Sánchez, profesor de Economía de la Salud de la Universidad de Murcia, duda de que Sanidad pueda regular criterios muy específicos "porque la gestión corresponde a las autonomías e incluso a los hospitales". En su opinión, la priorización debería incluir "no sólo aspectos clínicos sino también sociales, ya que en los estudios académicos que hemos hecho, los pacientes y los clínicos otorgan también un peso importante, de 30 puntos sobre 100, a cuestiones como la incapacidad para trabajar o la dependencia al de decidir la prioridad en listas y en esa línea caminan autonomías como Cataluña".