

Estudio de la lista de espera quirúrgica (LEQ) en la "última" semana de agosto de 2023 en el Complejo Asistencial de Zamora.

María-Elvira Santos y Pérez*, **Concepción Calvo Castelani****, **Manuel Martín Pastor****, **Silvia Medel Escalas****, **María Paz Sánchez Calvo****, **Judith Vaquero Campano*****.

* LES. Servicio de Admisión y Documentación clínica. Complejo Asistencial de Zamora (España).

** Auxiliar Administrativo. Servicio de Admisión y Documentación clínica. Complejo Asistencial Zamora (España).

*** Enfermera. Servicio de Admisión y Documentación clínica. Complejo Asistencial Zamora (España).

Correspondencia: M^a Elvira Santos Pérez. esantosp@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción y objetivos: La lista de Espera quirúrgica (LEQ) es el conjunto de registros de pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud establece los criterios de priorización. La existencia de éstas listas se debe a la discordancia entre la oferta y la demanda. El Real Decreto 1039/2011 define el tiempo máximo de acceso y las garantías. Existen tres tipos de prioridad clínica en la demora asistencial.

Objetivo: poner en conocimiento de los trabajadores y usuarios del Sistema Nacional de Salud lo que significa la LEQ y las disposiciones al respecto.

Material y métodos: Se realizó una toma de datos anónima y se estudiaron las variables: especialidad que remitía la solicitud, número de peticiones absolutas (se tradujeron a %), prioridad para la realización de la cirugía, necesidad de ingreso hospitalario o no, solicitud de Cirugía Mayor Ambulatoria y necesidad o no de preoperatorio.

Resultados y conclusiones: La especialidad que solicitó mayormente la Prioridad 1 fue Urología en un porcentaje del 32,40%, la Prioridad 2: Traumatología con un 50% y la Prioridad 3, Cirugía en un 26,80%. Este tipo de solicitud de prioridades en LEQ está en relación directa con la patología que padecen los usuarios. La necesidad de Ingreso hospitalario la capitoneó Traumatología, debido a la necesidad de implantar prótesis articulares y/o complicaciones de las mismas. Las intervenciones quirúrgicas modelo

CMA, Dermatología interviniendo prioritariamente carcinomas de piel. Las solicitudes de preoperatorio se registraron por parte de Traumatología (35%) seguida de Urología y Cirugía (20%).

PALABRAS CLAVE

Lista Espera quirúrgica. Demanda quirúrgica. Registro de Demanda quirúrgica. Garantía quirúrgica.

ORIGINAL

INTRODUCCION Y OBJETIVOS

Se entiende por Lista de Espera Quirúrgica (LEQ), el conjunto de registros de pacientes pendientes de intervención quirúrgica PROGRAMADA, quedando excluidos de la misma los de carácter urgente, así como, las intervenciones de trasplante de órganos. Tampoco se incluirán los usuarios cuya intervención sea programada durante una estancia hospitalaria. El procedimiento a realizar puede ser terapéutico o diagnóstico para cuya realización se ha de emplear un quirófano. La prescripción será realizada por un especialista quirúrgico y aceptada por el paciente. [1, 2]

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud establece los criterios de priorización de los pacientes en LEQ y "con la participación de sociedades científicas, se elaborarán las guías clínicas

para los procesos quirúrgicos más frecuentes, que serán objeto de actualización periódica” [2].

La existencia de listas de espera se debe a la discordancia existente entre la oferta y la demanda. Existe la llamada **demora técnica**, aquella que se produce cuando los tiempos de espera se corresponden con los necesarios para la planificación del trabajo, la organización de los recursos y la actividad en los quirófanos hospitalarios. No es sinónimo de mala gestión.

Si existe un desequilibrio en la planificación y los tiempos de espera son prolongados la lista de espera quirúrgica pierde su “razón de ser”. Debe de existir una gestión eficaz y eficiente de la oferta.

Los factores que influyen en la demora de las listas de espera son variados y múltiples, pueden estar relacionados **con la población**, por ej.en Zamora es manifiesto el envejecimiento poblacional y por tanto hay una alta demanda por este tipo de usuarios; **pueden deberse al propio centro sanitario**, debido entre otros al aumento de las nuevas tecnologías, el ejercicio de la medicina defensiva etc.; o **relacionados con los profesionales** -la aparición de nuevos tratamientos y técnicas quirúrgicas-. Este grupo de factores se incluirían entre los que MODIFICAN LA DEMANDA QUIRÚRGICA. Pero existen otros que MODIFICAN O LIMITAN LA OFERTA como son: la dotación, el rendimiento y la productividad de los recursos no sólo de los quirófanos, sino también de las camas disponibles, de los puestos de hospital de día (H.D), el equipamiento técnico etc. Todos ellos **relacionados con los propios Centros sanitarios. También pueden deberse a circunstancias profesionales** -el rendimiento individual de cada sanitario, la implicación y la responsabilidad sobre las LEQ e incluso el nivel de formación y especialización de la plantilla-. Y como factor fundamental, la carga de trabajo. Para finalizar, hablaremos de los posibles **factores relacionados con la eficiencia y organización del centro**. Se debe de actuar de modo incentivado por objetivos, con correcta adecuación de la programación y planificación quirúrgica. Sería conveniente observar el posible grado de ambulatorización de los procesos. [1].

El Real Decreto 1039/2011 establece los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Señala que “el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva”. Esta disposición no es más que la aplicación en el ámbito sanitario del derecho a la Igualdad reconocido en el artículo 14 de la Constitución” [3].

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, regula las prestaciones sanitarias y los aspectos esenciales de las mismas. En ella se tratan los referentes a las garantías de accesibilidad, movilidad, tiempo de acceso, información, seguridad y calidad. La necesaria cooperación de las Administraciones públicas sanitarias son el medio para asegurar a todos los ciudadanos el derecho a la protección de la Salud, a fin de garantizar la Equidad, en la línea del principio constitucional de Igualdad, garantizando el acceso a las prestaciones y así, el derecho a la protección de la Salud en paridad para todo el territorio [3, 4].

Quedan excluidas del ámbito de aplicación del Real Decreto 1039/2011, las intervenciones quirúrgicas de trasplantes de órganos y tejidos, la atención sanitaria de catástrofes, las de reproducción humana asistida, las de urgencia incluyendo la reimplantación de miembros y la atención a los quemados. Y también aquella atención sanitaria que no se incluya en la cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud que era regulada por el Real Decreto 1030 /2006 de 15 de septiembre (al que remitimos para su lectura a los que estén interesados para no prolongar este artículo en demasía). [3].

También se contemplan en este Real Decreto de 2011 las definiciones, siendo lo que se entiende por:

a.- **Tiempo máximo de acceso:** “Plazo de tiempo, expresado en días naturales, que no podrá excederse para intervenir quirúrgicamente, atender en consultas externas o realizar una prueba diagnóstica o terapéutica a un usuario del Sistema Nacional de Salud”. **Se computará desde el momento de la indicación de la atención por el facultativo, y será la fecha de entrada en el registro de espera.**

b.- **Garantía de tiempo máximo de acceso:** Compromiso adquirido por el servicio de salud de la correspondiente comunidad autónoma. Supone atender al usuario con las adecuadas condiciones de calidad, dentro del tiempo máximo de acceso establecido y que no excederá de lo previsto en este real decreto. (Imagen 1).

La garantía de tiempo máximo de acceso se refiere exclusivamente a la atención sanitaria por la que el usuario ha sido incluido en la lista de espera. No cubre ninguna atención diferente a la que se registra en la inscripción.

Los servicios de salud de las autonomías han de establecer los mecanismos necesarios para la adecuada atención sanitaria a los pacientes, con este fin, los servicios de salud ofertarán las alternativas más apropiadas para la efectiva realización de la

atención garantizada. Esta garantía, puede quedar en suspenso o sin efecto por causa imputable al usuario.

c.- **Pérdida de la garantía:** "Situación que genera que quede sin efecto, para un determinado usuario, la garantía del tiempo máximo de acceso por parte del correspondiente servicio de salud".

La garantía quedará sin efecto cuando el usuario se ajuste a una de las siguientes situaciones que se expresan en la Imagen 2.

En el artículo 7 de este Real Decreto se reflejan las que se consideran obligaciones que ha de cumplir el usuario: mantener actualizados los datos sobre su teléfono, domicilio y/o correo electrónico. Justificar la existencia de motivos personales, la solicitud de aplazamiento de la atención garantizada y facilitar al servicio de salud la información necesaria para asignarle una alternativa para la realización de la misma. Comunicar con antelación suficiente la decisión de no presentarse a una citación. Poner en conocimiento de los responsables de las instituciones sanitarias las irregularidades que observe en el ejercicio del derecho de la garantía de tiempo máximo de acceso. En este Real Decreto también se informa de que, el usuario continuará en el registro de lista de espera aunque pierda la garantía [1,3].

d. **Suspensión de la garantía:** Situación provisional en la que queda suspendida de manera transitoria (en tanto persistan las causas que motivaron la situación), la garantía del tiempo máximo de acceso por parte del correspondiente servicio de salud. (Imagen 3) [3].

A continuación, nos referiremos a la **PRIORIZACIÓN y TIEMPOS DE ESPERA.**

Según sus prioridades clínicas los usuarios se identifican según:

1.- **Prioridad 1:** El tratamiento quirúrgico programable no admite una demora superior a 30 días

2.- **Prioridad 2:** La situación permite una demora relativa, la intervención ha de realizarse en menos de 90 días.

3.- **Prioridad 3:** La patología del paciente permite la demora del tratamiento y puede llevarse a cabo posteriormente a los 90 días de la inclusión en lista de espera [1].

Según el tipo de espera podemos hablar de:

a.- **Pacientes en espera estructural (EE):** Aquellos que se encuentran en situación de ser intervenidos quirúrgicamente y cuya espera es atribuible a la organización o recursos disponibles.

b.- **Pacientes en espera tras rechazo a la propuesta de intervención en un centro alternativo (RC):** Aquellos que pendientes de una intervención quirúrgica, la espera es motivada por la libre elección del ciudadano. Quedan sin efecto las garantías previstas.

c.- **Pacientes transitoriamente no programables (TNP):** Aquellos que pendientes de la realización de una cirugía, su programación no es posible porque en un momento determinado se origine alguno de los siguientes motivos:

c.1.- por motivos clínicos que contraindican o no aconsejan temporalmente la intervención (AM)

c.2.- por solicitud de aplazamiento de la intervención por motivos personales y/ o laborales (AV), en cuyo caso, quedan sin efecto las garantías previstas.

Pero en ambos casos, la fecha de entrada en LEQ no se modifica y el paciente conserva su antigüedad.

d.- **Pacientes en espera no estructural:** Los que en un momento dado se encuentran pendientes de intervención quirúrgica pero cuya espera no es atribuible a motivos de organización y/o a los recursos disponibles. Son los pacientes RC (rechazado la propuesta en un centro alternativo) y los TNP (transitoriamente no programables).

En Castilla y León con el Decreto 68/2008 de 4 de septiembre se creó el registro de pacientes en lista de espera (LE) de Atención especializada y se regularon las garantías de espera máxima en intervención quirúrgicas para esta comunidad [1].

Con este estudio queremos alcanzar **el Objetivo** de poner en conocimiento de los trabajadores y usuarios del Sistema Nacional de Salud lo que significan los términos de la LEQ y cuáles son las disposiciones al respecto.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se realiza un estudio de las solicitudes de inclusión en la Lista de espera quirúrgica (LEQ) del complejo asistencial de Zamora efectuadas en la "última" semana del mes de agosto de 2023 (24 a 31 de agosto, inclusive), alcanzando un total de 121 peticiones (n=121).

Para ello, se ejecutó la recogida de las solicitudes que se remitían al Servicio de Admisión del Hospital Virgen de la Concha en dichas fechas y se realizó un Excel con los datos totalmente anonimados (en ningún momento se copiaron ni guardaron los de la filiación de los pacientes, ni de su patología, ni tratamiento a

recibir, como tampoco se registró el nombre del facultativo solicitante) que se refieren:

- a.- especialidad que remitía la solicitud
- b.- número de peticiones absolutas que se han traducido en %.
- c.- prioridad para la realización de la técnica quirúrgica.
- d.- necesidad de ingreso hospitalario o no.
- e.- solicitud de Cirugía Mayor ambulatoria (CMA).
- f.- necesidad de realizar preoperatorio o no.

De este análisis se obtuvieron una serie de resultados que se expondrán a continuación

RESULTADOS.

Los resultados absolutos se tradujeron en porcentajes.

1.- Las especialidades que solicitaron inclusión en lista de Espera quirúrgica en la última semana del mes de Agosto de 2023 fueron:

Traumatología en un 28,11%; Urología con un 22,31%; Cirugía en el 16,53% del total, Dermatología con el 14,88%, Otorrinolaringología arrojó el 9,92% de las solicitudes, alcanzando Ginecología el 3,30%. La Unidad de Patología mamaria (UPM) en un 2,48%, Oftalmología lo hizo con el 1,65% y por último la Unidad del Dolor lo solicitó en un 0,82% del total (Figura 1)

2.- Si tenemos en cuenta la *Prioridad de los tiempos de Espera*, el/os facultativos solicitaron que los pacientes fueran intervenidos con **Prioridad 1** (< 30 días de espera): Urología en un porcentaje del 32,40%, seguida de Dermatología con el 27,0%; Cirugía y Traumatología lo realizaron con un 10,80 % cada una; la UPM lo solicitó en un 8,10% de los casos y por último Otorrinolaringología y Ginecología lo efectuaron en un 5,40% (Figura 2).

3.- En cuanto a la **Prioridad 2**, demora relativa de 90 días. La mayor frecuencia la realizó Traumatología con un 50% del total, seguida de Urología con un 20,80% y posteriormente tanto ORL como Dermatología lo hicieron en un 12,50% de los casos, de entre 30 y 90 días (**Prioridad 2**) fue Traumatología y las especialidades que primaron en la solicitud de la **Prioridad 3** fueron Cirugía y también, Traumatología con escasa diferencia de porcentaje entre ellas (26,80% y 25% respectivamente) Lógicamente, este tipo de solicitud de prioridades en LEQ está en relación directa con la patología que padecen los usuarios.

cada una. Siendo Cirugía la especialidad que menos solicitó esta prioridad con un 4,20% del total (Figura 3).

4.- La prioridad 3 (> a 90 días de espera) fue solicitada por: Cirugía en un 26,80% de los casos y Traumatología en un 25%, posteriormente Urología lo realizó en un 17,80% de los pacientes y ORL con el 12,50%; Dermatología arrojó el 8,90%; Oftalmología y Ginecología el 3,60% y la Unidad del Dolor ocupó el 1,80% del total de pacientes en esta prioridad (Figura 4).

5.-En cuanto a la necesidad de Ingreso hospitalario de los pacientes previa o tras la Intervención quirúrgica, el porcentaje se dividió entre las especialidades de la siguiente forma: Traumatología lo solicitó en el 31,50%, Urología en el 23,30%, seguida de Cirugía con el 19,20% de los casos, ORL lo hizo con un 15,10%, Ginecología arrojó el 5,50% del total, UPM el 4,10% y Dermatología lo precisó en un 1,20%. Oftalmología y la Unidad del dolor no precisaron en ningún caso internamiento hospitalario de los pacientes intervenidos (Figura 5).

6.- Se solicitó intervención quirúrgica según el modelo CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria) principalmente por Dermatología (36%), después por el servicio de Traumatología (23,4%), seguido de Urología (21,3%) y Cirugía (12,8%) . Siendo las especialidades que mostraron menor porcentaje en esta modalidad ORL (2,2%) y Oftalmología (4,3%) El resto de especialidades no registró ninguna inclusión en las listas de la CMA (Figura 6).

7.-Por último la solicitud de preoperatorio según especialidades arrojó los siguientes porcentajes:

Traumatología lo realizó en un 35% de los casos, seguida de Urología y Cirugía (20% cada una) ORL (13%), a continuación Ginecología (5%), UPM (4%), Oftalmología (2%) y Dermatología finalmente, con un 1% (Figuras 7 y 8).

CONCLUSIONES

1.- La especialidad que solicitó menor demora en la lista de espera quirúrgica (**Prioridad 1**) fue Urología, seguida de Dermatología. La que alcanzó mayor porcentaje en la petición de una garantía de demora

Siendo los de prioridad 1 principalmente, casos de carcinomas.

2.- La especialidad que solicitó mayor número de ingresos hospitalarios fue, nuevamente, Traumatología, debido a la necesidad de implantar prótesis articulares y/o complicaciones de las mismas.

3.- La Cirugía Mayor Ambulatoria se lleva a cabo principalmente por la especialidad de Dermatología, siendo predominantemente intervenciones de cáncer de piel, tanto Carcinomas Basocelulares como Epidermoides.

4.- La especialidad que solicita mayor número de preoperatorios es Traumatología, seguida de Cirugía y Urología, estando muy relacionada esta petición con el tipo de patologías que han de intervenir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saludcastillayleon.es. 2023 [cited 2023 Nov 28]. Available from: https://campus2.saludcastillayleon.es/prg_archivo.cgi?wAccion=ver_archivo&id_archivo=858781&id_curs=5559&id_unidad=50888
2. BOE-A-2003-11266 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. [Internet]. www.boe.es. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-11266>
3. BOE-A-2011-14190 Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. Wwww.boe.es. 2023 [cited 2023 Nov 28]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-14190>
4. BOE.es - BOE-A-2003-10715 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. www.boe.es. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

TABLAS Y FIGURAS

Tiempos máximos de acceso garantizados a los usuarios del Sistema Nacional de Salud

Intervenciones quirúrgicas	Tiempo máximo de acceso (días naturales)
Cirugía cardíaca valvular	180
Cirugía cardíaca coronaria	180
Cataratas	180
Prótesis de cadera	180
Prótesis de rodilla	180

Imagen 1.- Anexo Real Decreto 2011

1. La garantía de tiempo máximo de acceso quedará sin efecto cuando el usuario:
 - a) deje de tener la indicación que justificaba la atención garantizada.
 - b) renuncie voluntariamente a la atención garantizada.
 - c) no hubiera optado, en el plazo establecido al efecto, por alguna de las alternativas ofertadas por el servicio de salud o hubiera rechazado el/los centro/s alternativo/s ofertado/s para la realización de la asistencia.
 - d) no se presente, sin motivo justificado, a la citación correspondiente en el centro que le ofrezca el servicio de salud.
 - e) retrase la atención sin causa justificada.
 - f) incumpla alguna de las obligaciones señaladas en los apartados a), b) y d) del artículo 7.
2. No obstante, en los supuestos c), e) y f) del apartado anterior, el usuario continuará en el registro de lista de espera, aunque pierda la garantía respecto a esa atención.

Imagen 2. Garantía de Tiempo máximo de acceso. Obtenida del Real Decreto 1039/2011

Suspensión de la Garantía.

- a) Cuando el usuario solicite un aplazamiento de la atención garantizada durante un tiempo determinado, sin renunciar a la misma, y siempre que alegue causas debidamente justificadas, tales como nacimiento o adopción de hijo, matrimonio, fallecimiento o enfermedad grave de un familiar o cumplimiento de un deber inexcusable de carácter personal durante los días que resulten indispensables para atenderlo.
- b) Cuando concorra causa clínica que justifique el aplazamiento del proceso de atención.
- c) En caso de acontecimientos catastróficos, epidemias, huelgas o disfunciones graves que afecten a uno o más centros o servicios sanitarios.
4. El cómputo del tiempo máximo de acceso se reanudará una vez desaparezcan las circunstancias que hubiesen motivado la interrupción del plazo.

Imagen 3.- Suspensión de la Garantía.

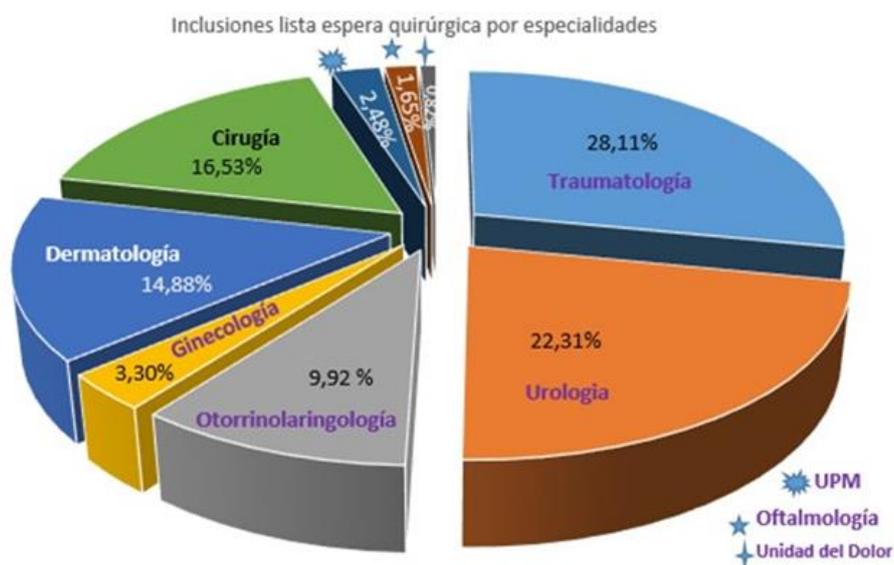


Figura 1.- Porcentaje inclusión lista espera quirúrgica por especialidades. (Elaboración propia)

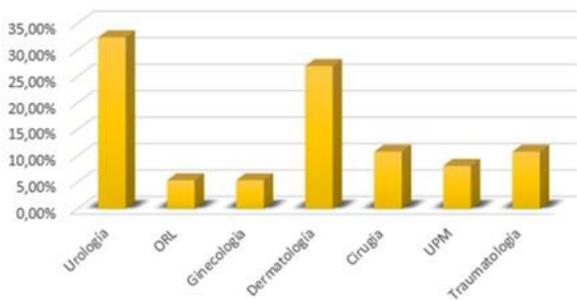


Fig. 2 Prioridad 1 según especialidades. (Elaboración propia)

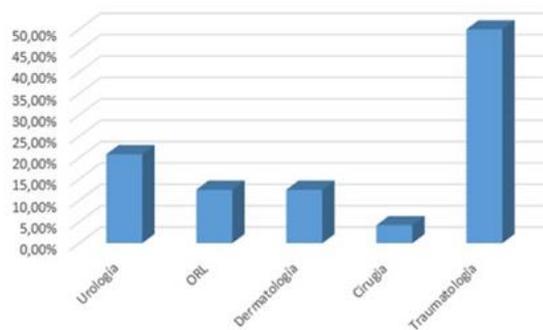


Fig. 3 Prioridad 2 según especialidades. (Elaboración propia)

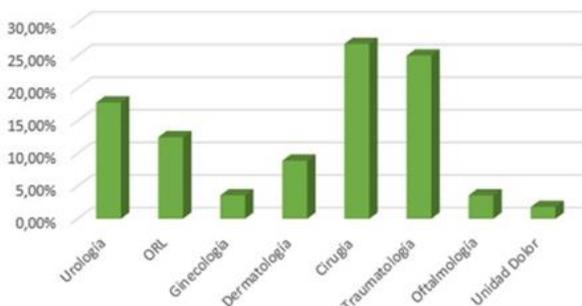


Fig. 4 Prioridad 3 según especialidades. (Elaboración propia)

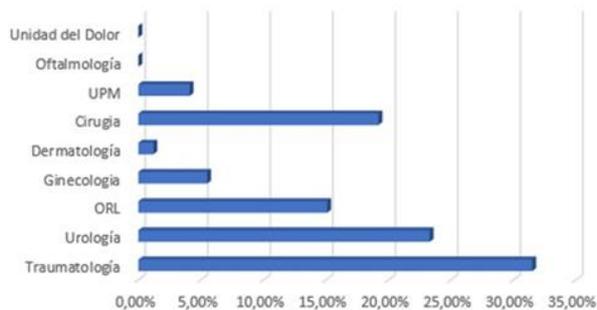


Fig. 5 - Necesidad Ingreso Hospitalario tras realización actividad quirúrgica. (Elaboración propia)

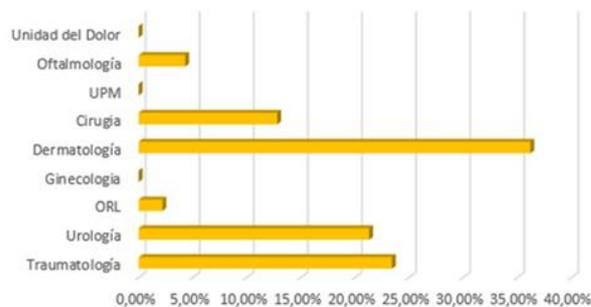


Fig. 6 - Realización quirúrgica modelo CMA. (Elaboración propia)

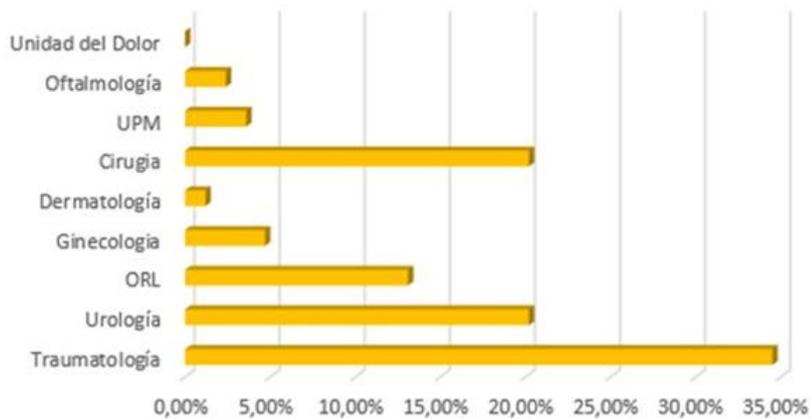


Fig. 7 Solicitud preoperatorio según especialidades. (Elaboración propia)

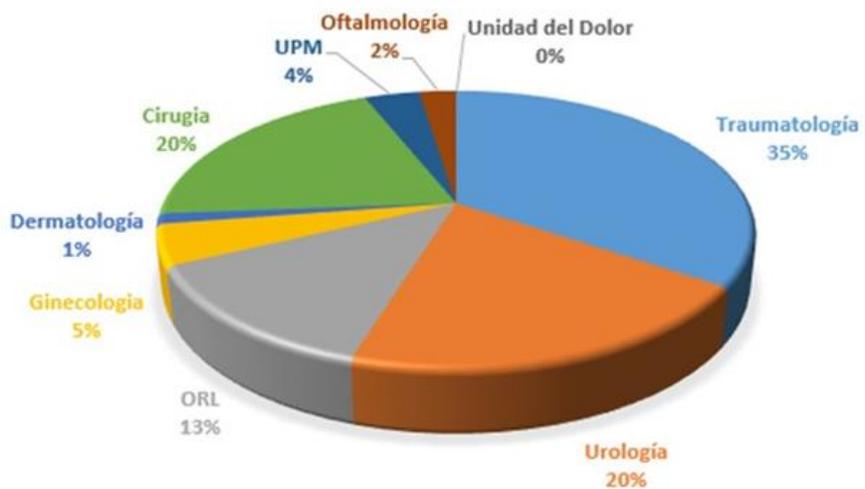


Fig. 8 Solicitud preoperatorio según especialidades. (Elaboración propia)