

# SEMINARIO “ACCESIBILIDAD Y ESPERAS EN LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD”

Experiencias en Gestión Sanitaria



5 de Junio de 2007, Santiago de Compostela

XUNTA DE GALICIA



SEMINARIO “ACCESIBILIDAD Y  
ESPERAS EN LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD”  
Experiencias en Gestión Sanitaria



EXPERIENCIAS  
EN  
gestión  
sanitaria

5 de Junio de 2007, Santiago de Compostela

XUNTA DE GALICIA

**EDITA**  
Fundación Pública Escola Galega de Administración Sanitaria FEGAS

**MAQUETACIÓN**  
ANDAINA PUBLICIDADE

**IMPRESIÓN**  
TÓRCULO Artes Gráficas, S.A.

**DEPÓSITO LEGAL**  
PO 4232-2007





## ÍNDICE

Introducción	<b>4</b>
Presentación	<b>5</b>
PONENCIA 1: Scotland's waiting time targets and performance. .John Connaghan	<b>7</b>
PONENCIA 2: Accesibilidad y esperas en los sistemas públicos de salud. .Enrique Bernal Delgado	<b>25</b>
PONENCIA 3: Definición de un modelo para estimar la demanda y el tiempo de espera en cirugía electiva: cirugía de cataratas y artroplastia de rodilla. .Xavier Castells Oliveres	<b>43</b>
PONENCIA 4: El Sistema de Información sobre Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud .Marian Gogorcena Aoiz	<b>67</b>
PONENCIA 5: Gestión de esperas y garantías de demora: ¿cómo orientar políticas efectivas y sostenibles para las listas de espera en el SNS? .José Luis Conde Olasagasti	<b>83</b>
CONCLUSIONES	<b>91</b>

## INTRODUCCIÓN

Esta publicación recoge las ponencias presentadas en el Seminario "Accesibilidad y esperas en los Sistemas Públicos de Salud", enmarcado en el ciclo Experiencias en gestión sanitaria, organizado por la Escuela Galega de Administración Sanitaria (FEGAS) con la colaboración de la Escuela Nacional de Sanidad y el Instituto de Salud Carlos III, y celebrado en Santiago de Compostela el día 5 de junio de 2007.

introducción



## PRESENTACIÓN

Este seminario tiene como objeto abordar el complejo problema de la relación entre oferta y demanda en los sistemas públicos de salud, donde la inexistencia de precios (aunque no de costes y de otras barreras) hacen que el acceso a servicios se produzca a través de distintos mecanismos que se visualizan en listas de espera y tiempos de demora. Para mejorar la calidad de los servicios de salud, se precisa articular políticas que permitan a los ciudadanos acceder a servicios efectivos en tiempo oportuno y de acuerdo a la naturaleza de su problema de salud, a sus necesidades y en su caso a sus preferencias.

El concepto de necesidad implica una valoración técnica, pero también un complejo balance entre prioridades del sujeto social, y perspectivas y preferencias del paciente. El reto de articular los mecanismos y garantías que requiere una buena gestión de la accesibilidad temporal a los servicios públicos de salud, es un desafío permanente de los sistemas de inspiración "Beveridge" o integrados, y por ello el debate trasciende de nuestro sistema y puede beneficiarse de las experiencias de otros países.

Este seminario busca incorporar y enriquecer el conocimiento de este ámbito a través de aportaciones desde el mundo académico, de las experiencias internacionales, desde el debate de gestión y priorización dentro del SNS español, y desde la perspectiva política y asociativa.

**José Ramón Repullo Labrador**  
*Jefe de Departamento de Planificación y Economía de  
la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad*

**Berta Rivera Castiñeira**  
*Directora de la FEGAS*







Scotland's **W**aiting **T**ime **T**argets  
and **P**erformance

1

*John Connaghan*



## SCOTLAND'S WAITING TIME TARGETS AND PERFORMANCE (5 June 2007)

Ladies and Gentleman I am delighted to be here today to provide this address which will cover Scotland's waiting time targets and the performance that Scotland has achieved against these targets. I would also like to say a few things about the strategy that we have for delivery against our national waiting times targets.

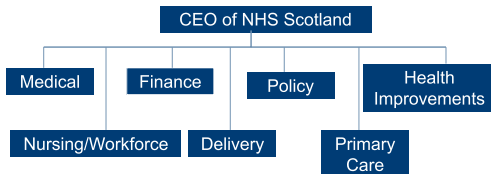


First of all I should introduce myself properly and say that I am the Director of Delivery for the NHS in Scotland. This is a job that brings together an element of

- Analysis
- Redesign and modernisation
- Capacity and demand management
- Support and intervention

While the job of Delivery largely focuses outwards towards the NHS I should also explain that we provide Delivery advice to Ministers and that we fulfil a very important general performance management function across all territorial NHS Boards. My post is one of eight Directorates which reports to the Chief Executive of the NHS in Scotland (Dr Kevin Woods). The slide attached (slide 1) provides an overview of the management structure for the Health Department in the NHS in Scotland.

### NHS National Management Board



Ponencia 1

Turning now to Scotland's waiting time targets we have a number of staged targets which are either

- Already in existence where we need to maintain performance
- New targets which are due for delivery in the course of the next 12 months.

These cover a range of general targets which are associated with inpatient and outpatient waiting (to reach a maximum 18 weeks by December 2007), condition specific targets (covering coronary heart disease, cancer and cataract surgery) and emergency access targets covering the maximum wait which should be expected in A & E departments.

The attached (slide 2) provides an overview of the targets that apply to waiting for the NHS in Scotland.

## WAITING TIME STANDARDS

**A&E** - 4 hours from arrival to discharge or transfer  
**Primary Care** - 48 hours to practice team  
**Outpatients** - 18 weeks from referral to attendance  
**Diagnostics** - 9 weeks for 8 key tests  
**Inpatients/Day cases** - 18 weeks from admission to treatment  
**Cancer** - two months from urgent referral  
**Cardiac conditions** - 16 weeks from referral to treatment  
**Cataract Surgery** - 18 weeks from referral to admission  
**Hip Fracture** - 24 hours from admission to operation

Before I go on to explain a little more of the waiting time targets I should explain that about one year ago, at the start of the 2006/07 financial year (when the Delivery Directorate was created) we took the opportunity to rationalise all of the Government NHS targets into 28 key areas (previously over the years leading up to 2006 the NHS had "grown" several hundred targets covering a wide number of areas). It was felt that with the creation of new directorates a focus on far fewer targets which could be explicitly measured, which could be delivered by the NHS with certainty was something that was very desirable.

Today the NHS in Scotland pursues these 28 key targets in four areas.

- **Health Improvement** – eight targets covering improvement in healthy life expectancy.

- **Efficiency and Governance** – these improve the efficiency and effectiveness of the NHS and cover three targets (including financial breakeven).

- **Access to services** (improving waiting times) this is the subject of today's symposium.

- **Treatment** – where patients should receive high quality services in a safe manner (seven targets).

These 28 key targets are reviewed on an annual basis through consultation with NHS Boards. We expect NHS Boards to produce a Local Delivery Plan which demonstrates how they will deliver these targets and to what timescale. One of the key aspects of a Local Delivery Plan is that it must set milestones for each month/quarter such that they can clearly measure progress on a step by step basis to delivery of all key targets.

The key aims and features of LDPs are to

- Clearly set out Ministerial priorities (Boards understand what they have to do).

- Provide a framework to help Boards understand how targets over the medium term align with longer term objectives.

- Support the scrutiny function and to ensure that performance can be readily assessed.

- Provide a whole systems view of performance across targets and Boards where targets are at risk of not being delivered allow early action to be taken.

- To reduce the burden on Boards through focussing on fewer key priorities and avoiding Boards for bureaucratic and lengthy documentation.

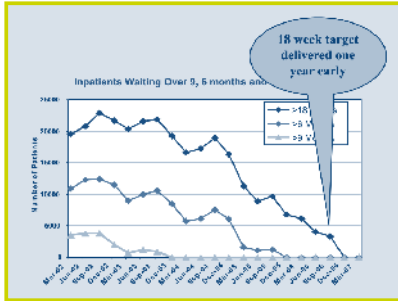
- To allow the Scottish Executive to develop a coherent approach to delivery and finance and workforce.

## Waiting Times Targets and Performance

Turning now to the waiting time targets. The first of these I would like to focus on is the **inpatient targets**. Currently we require to deliver a maximum wait of 26 weeks with this standard being in place from 2005 and we are due to deliver a further improvement by December 2007 whereby no one waits over 18 weeks.

## Inpatient Targets

- > 26 weeks maximum wait for December 2005
- > 18 weeks maximum wait for December 2007



## 18 Week Inpatient/Day Case Board Performance

NHSScotland									
Inpatient/Day Case Waiting Over 18 Weeks	31 Mar 2002	31 Mar 2003	31 Mar 2004	31 Mar 2005	31 Mar 2006	31 Dec 2006	31 Mar 2007	Change Over Last Year	
Argyll & Clyde	1,178	1,362	834	554	389	0	0	-254	100%
Ayrshire & Arran	1376	1,090	823	888	254	0	0	-392	100%
Borders	218	293	180	110	0	0	0	0	0%
Dumfries & Galloway	327	531	209	265	57	0	0	-57	100%
Fife	1323	1,290	1,145	643	339	0	0	-339	100%
Forth Valley	1040	920	769	569	392	0	0	-392	100%
Grampian	2135	1,624	1,306	591	612	0	1	-611	100%
Greater Glasgow & Clyde	5034	5,354	4,538	2,950	730	0	0	-730	100%
Highland & Shetland	470	670	966	554	235	0	0	-235	100%
Lothian	3730	3,325	2,565	1,896	1,308	0	0	-1308	100%
Orkney	4	13	15	7	6	0	0	-6	100%
Shetland	2	1	1	2	2	0	0	-2	100%
Tayside	1422	1,964	1,210	559	435	0	0	-435	100%
Western Isles	9	65	51	83	45	0	0	-45	100%
<b>SCOTLAND</b>	<b>19,546</b>	<b>20,316</b>	<b>16,648</b>	<b>11,297</b>	<b>6,117</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>-6116</b>	<b>100%</b>

Scotland's performance has been one of steady improvement since this set of targets was introduced in 2002. Slides 3 and 4 attached shows Scotland's performance in delivering the maximum 9 months wait by March 2004 and then in reducing waiting times still further such that it delivered a maximum 6 months wait or 26 weeks by December 2005 and the very latest data that we have available and which was published last week shows that by the end of March 2007 we

have now delivered a maximum 18 week wait and that this target has been delivered one year early. Since 31 March 2002 the number of patients waiting over 18 weeks has reduced from just under 20,000 to a position where from December 2006 no one waits longer than 18 weeks for inpatient or daycase treatment.

It should be noted that some Boards had significant numbers of patients (due to size) to remove over this time period. It should also be noted that this target is just one of many waiting times targets and needed to be delivered in conjunction with the other targets. Hence the importance of adopting a whole systems approach to waiting times.

During the same time period we have also noticed a significant reduction in the number of patients waiting who are recorded on our **waiting lists**. In Scotland we have decided not to set a waiting list target (we abolished list targets in 2002 in favour of "times" targets). This is because it does not matter how many people are waiting in the supermarket checkout queue but how fast they exit that queue.

**Waiting Lists**

Inpatient Total Waiting List with guarantee										% Reduction from Mar 06
Jun-05	Sep-05	Dec-05	Mar-06	Jun-06	Sep-06	Dec-06	Mar-07	Dec-06	Mar-07	
75,936	74,736	73,372	72,406	69,359	66,092	57,894	55,474			-23.4%

Lowest figure ever recorded

Total Outpatient Waiting List Within Scope of Guarantee										% change from Dec 05
Jun-05	Sep-05	Dec-05	Mar-06	Jun-06	Sep-06	Dec-06	Mar-07	Dec-06	Mar-07	
209,226	216,688	184,921	183,453	192,465	187,122	189,408	182,650			-3.6%

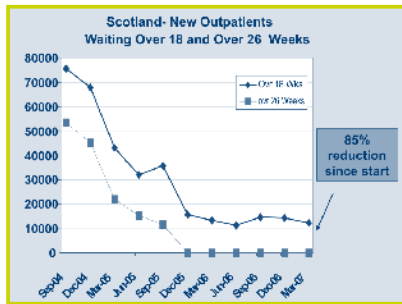
Slide 5 attached shows a reduction of some 23.4% in our inpatient and daycase waiting lists over the course of the last two years as we have delivered a maximum 18 week wait. It is important that we keep our waiting list size under review as a list which is too large constitutes a risk to delivery.

Turning now to our **outpatient targets** we have set similar targets for outpatients whereby from December 2005 no one should wait more than 26 weeks for an outpatient appointment and from December 2007 this should be reduced to 18 weeks. It should be noted that prior to December 2006 we had no outpatient waiting times targets and patients could wait 2-3 years for a specialist opinion – obviously this was for very routine and non-life threatening

conditions but nonetheless this was a significant source of worry to patients and a significant source of frustration for politicians. Slide 6 attached shows our performance since March 2005 and it shows that we have now delivered a maximum six months wait for outpatient treatment and we are heading to a maximum 18 weeks wait for December 2007.

## Outpatient Targets

- > 26 weeks maximum wait for December 2005
- > 18 weeks maximum wait for December 2007



One of the key issues that we have had to deal with in relation to such a dramatic reduction in outpatient waiting time is to cope with the additional demand which has come through from General Practitioners and also to cope with the knock-on impact of a reduction in outpatient waiting on the inpatient and daycase waiting lists. We have mitigated the effects of these circumstances by introducing a significant element of redesign and modernisation to the NHS in Scotland where we have adopted best practice techniques such as LEAN and SIX SIGMA and bottleneck management (after Deming) to ensure that such gains in our waiting times are made on a sustainable basis.

I should also say that we have made use (it is small but nonetheless significant) of the private sector in Scotland where we have used independent contractors to remove some of the backlog of inpatient and outpatient waiting such that these targets could be achieved. Our expenditure on this has been a relatively modest,



some £45m (£60m Euros) over the last three years. This represents less than 0.5% of our total spend. Generally contracts were let to independent providers of no more than one year's duration to work with NHS Boards who were under the greatest pressure. Funding was directed to Boards on a payments by results basis (in part) such that improvements were only paid for after they had been finally and full delivered.

Delegates will recognise that this way of funding is of course open to risks but we can demonstrate that it produced some of the most dramatic effects that we have ever seen in reduction of waiting times. I would like to say more a little later about our performance change strategy.

**Accident and Emergency waiting times** are an important aspect of measuring the performance of our National Health Service in Scotland. We have set a target for Accident and Emergency access such that no one will wait more than 4 hours from arrival at an A & E Department to discharge or admission to hospital. This target has a small tolerance of 2% attached as not all patients can be assessed and move through departments in such a small space of time. Thus we aim to achieve a 98% compliance against this target. Our latest data shows that we are operating at approximately 93-94% performance. Slide 7 attached refers.

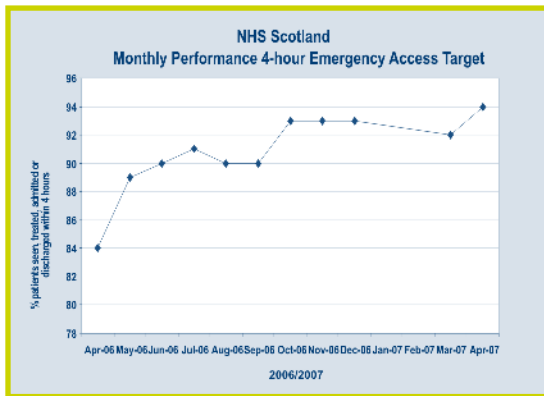
## Accident and Emergency Target

**> 4 hours maximum wait from Arrival to Discharge or Admission.**

It is important to recognise that the description of a simple target such as achieving and then maintaining a maximum 4 hour A & E wait should really be seen as a **"whole system"** type performance target. There is a requirement for good management information, effective liaison between primary and hospital based sectors and the necessity to act quickly where bottlenecks appear in relation to beds, diagnostics or indeed workforce issues such that patients can be streamed through the entire system as quickly and as effectively as possible. To ensure that we monitor this target effectively we measure a number of different types of patient flow from minor injuries through to major A & E requirements to ensure that each aspect of the flow proceeds effectively and is not caught up with bottlenecks which may impact on our general performance.

## Results of the Monthly A&E Data

- > 94% achievement of target up 10% on last month (well on course for December 2007 of 98%)
- > Since April 2006 waits have improved from 84%
- > Of the 34 A&E Departments 9 out of 10 now are at or above 90% with 1/3rd above 98%



I would now like to turn to one of the targets that Scotland has so far failed to deliver in full (though it has made much progress over the course of the last year) that is our cancer target. In the year 2000 the government set a target such that by December 2005 cancer patients had an expectation of being treated within a 62 day maximum period from urgent referral to start of treatment. Again, just like the A & E targets I have previously described this is a target which is not due for delivery at the 100% level. We have attached a 5% tolerance to this (mainly due to clinical considerations where some patients cannot access treatment properly within a 62 day time period). Slide 8 attached shows the latest cancer waiting times data which was published last week and which covers the October-December 2006 period. This shows that Scotland is operating at 85% compliance with our 62 day target. There is an 11% increase over the course of the last year but it is still some 10% short of our ultimate ambition to ensure that 95% of all patients who are urgently referred are treated within a 62 day time period.

## Cancer Targets

> Maximum 62 days from urgent referral to start of treatment.

### Cancer Waiting Times- Latest Data

Summary of Performance by Tumour Type

Tumour Sites	Oct-Dec 05	Jul-Sep 06	Oct-Dec 06	Ann. Jul Change
Breast	83.7%	83.3%	95.8%	12.2%
Colorectal	63.0%	73.1%	80.6%	17.6%
Head & Neck	62.7%	76.5%	75.7%	13.0%
Lung*	80.1%	85.3%	89.1%	9.0%
Lymphoma	65.8%	70.8%	78.9%	13.1%
Melanoma	84.3%	87.5%	87.3%	3.0%
Ovarian	91.9%	92.6%	95.5%	3.6%
Upper GI	72.2%	85.4%	82.9%	10.7%
Urology	61.0%	89.4%	69.5%	8.5%
All Cancers	74.2%	82.5%	84.7%	10.5%

I should also explain that our performance for certain tumour types is variable. We find it most difficult to tackle those cancers where the pathways are extremely complex (urology, head and neck and colorectal). Additional thought is now being given to redesigning aspects of the patient pathways such that performance standards can be reached and maintained by the end of this year. Other cancers such as breast and ovarian (small numbers) have already reached the performance target that we have set.

Again, delegates will recognise that this is very much a **whole systems type target**. We need to ensure that we have excellent communication with GPs (urgent referrals can be referred with generally vague symptoms where it is not immediately apparent that they have a cancer symptom). It is also important that we have excellent diagnostic waiting times to ensure that this is supported and this is one area that I would now like to explore in a little more detail.

**Diagnostic waiting times** now have a target or standard to achieve for December 2007 where we measure 8 key tests for this target. Such that no one waits more than 9 weeks by the end of this year. It goes without saying that cancer patients will have their diagnostic element of the patient pathway completed in a much shorter space of time.

Slide 9 attached shows our performance from July 2006 to the end of March 2007. We can see that there has been a dramatic reduction in the numbers waiting more than 9 weeks for our 8 key tests. These cover four common endoscopy procedures and four common radiological procedures. Prior to the introduction of this standard in July 2006 patients could wait up to one year for MRI and CT scanning. Now waiting times have been reduced by some 80% and patients are in most places now experiencing a maximum wait of more than 9-12 weeks and for most patients they obtain their diagnostics as an on demand service.

## Diagnostic Waiting Times

- > 9 week wait target for December 2007
- > Measures 8 key/more common tests
- > Boards making excellent progress

**DIAGNOSTIC TEST MONTHLY MANAGEMENT INFORMATION (DTMMI):  
31st July 2006 - 31st March 07**

Total No Waiting > 9 weeks	Jul-06	Aug-06	Sep-06	Oct-06	Nov-06	Dec-06	Jan-07	Feb-07	Mar-07	% Change from July
Upper Endoscopy	1,058	860	818	753	532	675	404	405	246	-77%
Lower Endoscopy	1,026	950	918	612	384	537	272	189	127	-88%
Colonoscopy	1,618	1,678	1,564	1,287	1,002	973	792	626	275	-84%
Cystoscopy	821	673	630	417	387	419	428	316	189	-77%
<b>All Endoscopy</b>	<b>4,624</b>	<b>4,239</b>	<b>3,918</b>	<b>3,073</b>	<b>2,305</b>	<b>2,407</b>	<b>1,881</b>	<b>1,433</b>	<b>837</b>	<b>-82%</b>
CT	690	615	498	543	246	245	136	154	141	-69%
MRI	2,342	2,197	2,140	1,627	1,448	1,429	793	456	394	-87%
Barium Studies	21	8	5	20	17	28	14	9	0	-100%
Ultrasound	2,358	1,452	1,486	1,439	1,454	667	663	916	756	-68%
<b>All Radiology</b>	<b>6,011</b>	<b>4,272</b>	<b>4,128</b>	<b>3,626</b>	<b>3,166</b>	<b>2,688</b>	<b>1,869</b>	<b>1,534</b>	<b>1,281</b>	<b>-79%</b>
<b>All Key Diagnostics</b>	<b>10,638</b>	<b>8,511</b>	<b>7,947</b>	<b>6,699</b>	<b>5,471</b>	<b>5,075</b>	<b>3,680</b>	<b>2,967</b>	<b>2,118</b>	<b>-80%</b>

This then explains our position on waiting times performance. In the time available I have talked only about selected targets – but I am happy to take questions. I would also like to say that since 1999 we have tracked the long term activity changes which we have seen in a number of key areas. With an elderly population we have seen cataract procedures in the last seven years increased by 38% (Scotland now does 27,000 cataract operations on an annual basis). Similarly hip replacements and knee replacements are up by 27% and 79% respectively over the last seven years and new techniques such as angioplasty are up 153% over the past seven years.

## Performance Change Strategy

I would now like to turn to some of the measures that we have taken to engineer such a dramatic performance change in the NHS in Scotland over the past few years.

I explained earlier that prior to 2002 the focus was on waiting lists rather than waiting times. Patients could wait three years or more for an outpatient appointment or an operation.

Also, prior to this time the past focus had been on a competitive NHS with a split between providers and commissioners and with separate management streams and multiple accountability and performance relationships.

Since 1992 the task has been to change the ethos of the NHS in Scotland to single system working. We no longer have a purchaser and provider split (this is different from England). Currently in Scotland we have a system which encompasses community and primary care and hospital based practitioners within one management structure within one single Health Board or region. Within Scotland there are 14 territorial NHS Boards.

We consider that this system has had significant benefits with less bureaucracy and with clear lines of accountability for performance.

Since 2002 we have also embarked on embedding a culture of continuous improvement within the NHS. Each year we have a very large change conference which takes the best of national and international practice and displays this to the staff in the NHS. We encourage the spread of good practice and the adoption of new techniques and technologies through the Delivery Directorate and we fund NHS Boards for pilot projects to promote the spread of this Best Practice. I should also explain that we have established a new performance management regime which is based on a system of performance contracts where delivery against government key targets (previously explained as HEAT) and where NHS Boards and the Scottish Executive agree a performance contract for the financial year ahead. This system lends itself to an early assessment of risks and requires Boards to take early action and agree milestones for Delivery. With the new system we have had to develop much quicker information management systems which allow proactive management and where we can anticipate problems arising in the near future. I should also say that we have moved to weekly performance management supports supplied from NHS Boards for key targets such as Cancer, Accident and Emergency and Inpatient and Outpatient targets.

Slides 10 to 17 provide further detail (attached)



## Elective Activity

Long term productivity change since 1999

- > Heart ops (Angio) up 153%
- > Cataracts up 38%
- > Hip replacements up 27%
- > Knee Replacements up 79%

## Where did we start?

- > Focus on Waiting Lists
  - . Patients could wait 3 years +
- > Past Focus on Competitive NHS
- > Hospital and Community Operational Management Split from 'Commissioners'

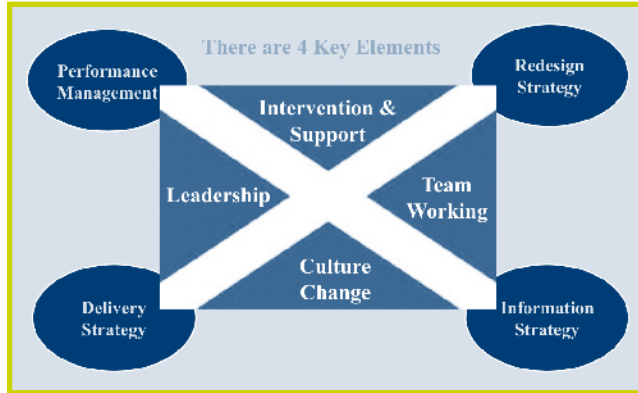
For performance management I would like to make the following key points.

## The Task Ahead

- > Change Ethos to Single System Working
- > Embed a Culture of Continuous Improvement
- > Establish a New Performance Management Regime (based on explicit Performance Contracts)
- > Assess Risks to Delivery/Take Action
- > Develop New Information Systems Which Allow Proactive Management

- We have established a system of annual reviews whereby each NHS Board's performance is scrutinised in public on an annual basis with a public meeting between the Executive and the relevant NHS Board. This is chaired by the Minister for Health.

### Strategic Overview – Performance Change Strategy



Boards performance is falling short then we need to intervene. There are various aspects to this intervention and we describe this as a "ladder" which starts with support but may end as intervention.

### Management Information – Key Points

- > Shift from Annual and Quarterly to Monthly/Weekly
- > Proactive Risk Management versus Reactive Crises Management
- > Focus on Fewer National (Key) Targets
- > Establish HEAT as Common Management Report
- > Combine Long Term Delivery Planning with Short Term Tactics

- We have shifted from annual and quarterly annual reporting to monthly and weekly management reporting to keep pace with the fast cycle time of targets.
- We have focussed on far fewer national key targets (HEAT).

### **Delivery Strategy Key Points**

- > **Delivery Method (NHS versus Private Sector)**
- > **Capacity/ Demand Planning**
- > **Financial Support / Payment by Results**
- > **Milestone Sign Up**
- > **Delivering for Health (Elective / Emergency Separation)**
- > **Whole Systems Approach**
- > **Support And Step-In Arrangements**
- > **Process of Delivery Proofing Prior to Launch**
- > **Avoiding 'Fire and Forget**

- We have adopted where possible a whole systems approach.

### **Performance Management – Key Points**

- > **Ministerial Role/Relationship with Chairs**
- > **CEO Relationship with Health Board CEO's**
- > **Process of Annual Reviews**
- > **LDP (Local Delivery Plan) Annual Performance 'Contract'**
- > **Process of Culture Change**
- > **Integrated Simple System of Working (Clarity of Responsibility)**
- > **The Ladder of Support to Intervention**

- We have avoided the position of firing off targets and forgetting about them. Each national target has a delivery plan which is launched in support.



- We have shared Best Practice across Scotland and imported the best international knowledge that we can find that is relevant.

## Redesign Strategy – Key points

- > Collaborative Programmes
- > Shared Best Practice
- > Escalating Intervention
- > Redesign based on Quantitative as well as Qualitative Approach
- > Practical Application of Six Sigma/Lean/TOC
- > Communications Strategy
- > Picking Clinical / Managerial Champions

- We have redesigned our services, based as much on quantitative as well as qualitative approach strategies.

## Things we are working on

- > Improving Workforce Planning
- > Efficiency & Productivity (incl Benchmarking Upper Quartile)
- > IT / Measurement
- > Whole Systems – Demand versus Capacity
- > Shifting Performance 'Whole Journey' Target

- Last but not least our strategy has included the support of clinical as well as managerial champions because without this staff support, nothing can be achieved.

There are other things I could mention today such as our ambitions to improve our workforce planning and the work we are carrying

out on efficiency and productivity changes where we are employing benchmarking tools to produce cost improvements.



However, I think this is enough material for today and I am happy now to take questions.

**John Connaghan**  
*Director of Delivery*

Accesibilidad y Esperas en los  
Sistemas Públicos de Salud

2

*Enrique Bernal Delgado*

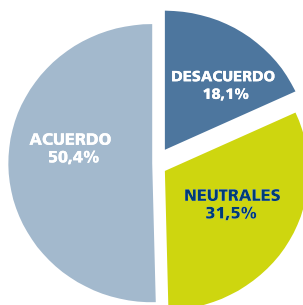


## ACCESIBILIDAD Y ESPERAS EN LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD

### Sabemos muy poco...

130 encuestas (28% tasa de respuesta)

#### LA INFORMACION ACTUALMENTE DISPONIBLE ES SUFICIENTE PARA TOMAR DECISIONES



Experiencias autonómicas en la gestión de las listas de espera  
Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud  
Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud  
MSC, 2004

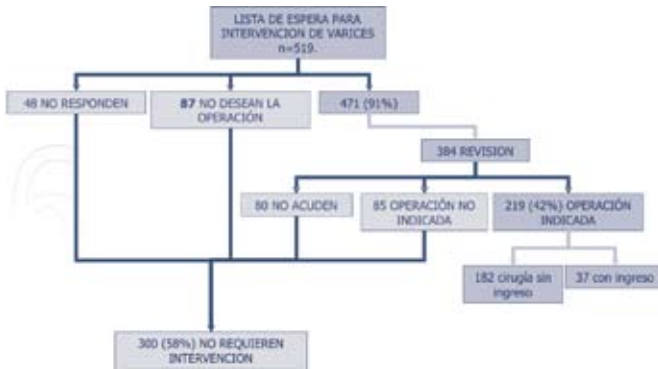
*(...) No se ha hallado ninguna evaluación publicada del impacto de las diversas medidas sobre las listas de espera en nuestro país que incluyera un grupo control, (...)*

> un programa de reducción de la lista de espera quirúrgica basado en el pago por acto y fuera del horario ordinario en hospitales públicos (...) durante el programa aumentó la productividad de las camas en el grupo experimental, pero la selección de diagnósticos no coincidió con las prioridades clínicas (**selección positiva de fimosis y ligadura de trompas y selección negativa de bocio e hiperplasia de próstata**).

> En términos generales, los estudios sin grupo control y la propia evolución de las listas de espera sugieren que:

- No existe evidencia de que el incremento estructural reduzca -a largo plazo- la lista de espera o el tiempo de espera.
- A medio plazo parece que estas políticas han producido una reducción del tiempo medio de espera y un incremento del número de personas en espera.
- No existen estudios sobre si la reducción de la espera media (casos de larga duración) se ha realizado a expensas de demoras en los casos más urgentes.
- No existe evidencia de que el incremento del sector privado reduzca las listas o los tiempos de espera.
- No existe ninguna evidencia sobre el impacto de la garantía de tiempo máximo, ni de la publicidad de las listas.

### Sabemos muy poco... de los pacientes que están en la lista de espera



Brewster SF et al. The varicose vein waiting list: results of a validation exercise. Ann R Coll Surg Engl 1991; 73(4): 223-226



Schou J et al. The anatomy of a prostate waiting list: a prospective study of 132 consecutive patients. Br J Urol 1994; 74(1): 57-60

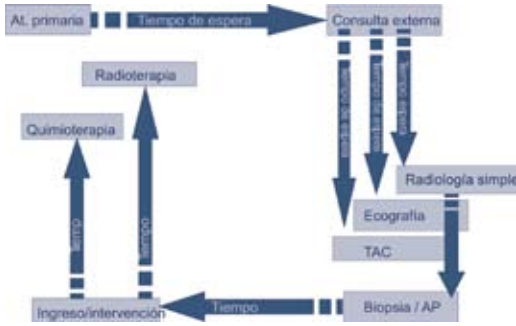


Willians RL et al. Impact of MRI on knee arthroscopy waiting list. Ann R Coll Surg Engl 1996; 78(5): 450-452.

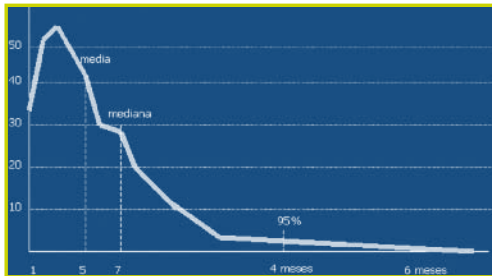
Tenemos un enfoque parcial y parcelado...  
... ATENCIÓN A TIEMPO

A los proveedores de servicios se les juzga por seleccionar intervenciones/tecnologías **eficaces** y realizarlas de forma **EFFECTIVA** y **con pericia técnica**, en las poblaciones **apropiadas** buscando obtener la mayor **eficiencia social**.

... visión transversal y no longitudinal... justo lo contrario de lo que ve el paciente.



La consecuencia es que los esfuerzos informativos se centran en lo que sucede en torno a la media



## UN MARCO PARA EL ANÁLISIS: ATENDER A TIEMPO





## HIPÓTESIS DE LA INCERTIDUMBRE

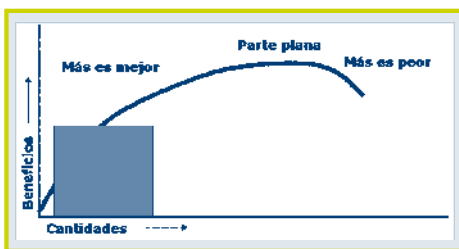
**1.** En los procesos con escasa incertidumbre sobre lo que se debe hacer es esperable poca influencia de la oferta (...)

(...) de existir variabilidad en estas situaciones, la causa más posible es la ignorancia y la consecuencia es el no acceso a servicios efectivos y seguros a tiempo.

**2.** Cuando el grado de incertidumbre sobre la efectividad de una tecnología es alto, la "oferta" se configura como el factor más relevante en las decisiones médicas y, eventualmente, en la generación de la lista de espera (...)

**3.** (...) especialmente, si no existen mecanismos para que los pacientes expresen sus preferencias a ser intervenidos.

Si no se proveen tecnologías eficaces y seguras de forma efectiva, las personas que lo necesitan **no reciben atención a tiempo**.



Si se producen servicios sensibles a la oferta la lista de espera se llena de pacientes inapropiados.

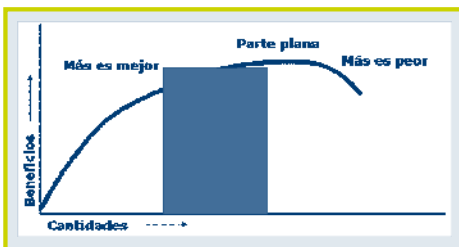


TABLE 4. Relationship Between Sex and Usage of Interventional Cardiovascular Procedures: Analysis Stratified by Diagnosis\*

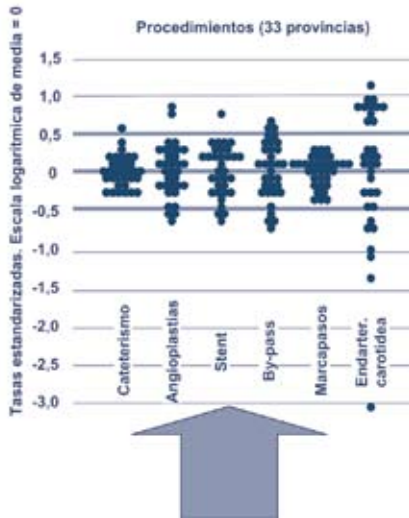
	Sex (Total)	No. of Patients	%	OR Ratio	95% CI	P <sup>†</sup>
CADG	Women (7564)	26	0.3	0.31	0.20-0.47	<.0001
	Men (11 788)	129	1.1			
AMI	Women (8627)	38	0.4	0.39	0.27-0.56	<.0001
	Men (17 828)	183	1.1			
PCCA	Women (7564)	286	3.5	0.42	0.36-0.48	<.0001
	Men (11 788)	936	7.9			
AMI	Women (8627)	884	10	0.48	0.45-0.52	<.0001
	Men (17 828)	3,318	18.6			
Diagnosis: catheterization	Women (7564)	805	10.6	0.54	0.50-0.59	<.0001
	Men (11 788)	2,100	17.8			
AMI	Women (8627)	1,409	16.5	0.53	0.50-0.56	<.0001
	Men (17 828)	4,826	27.1			

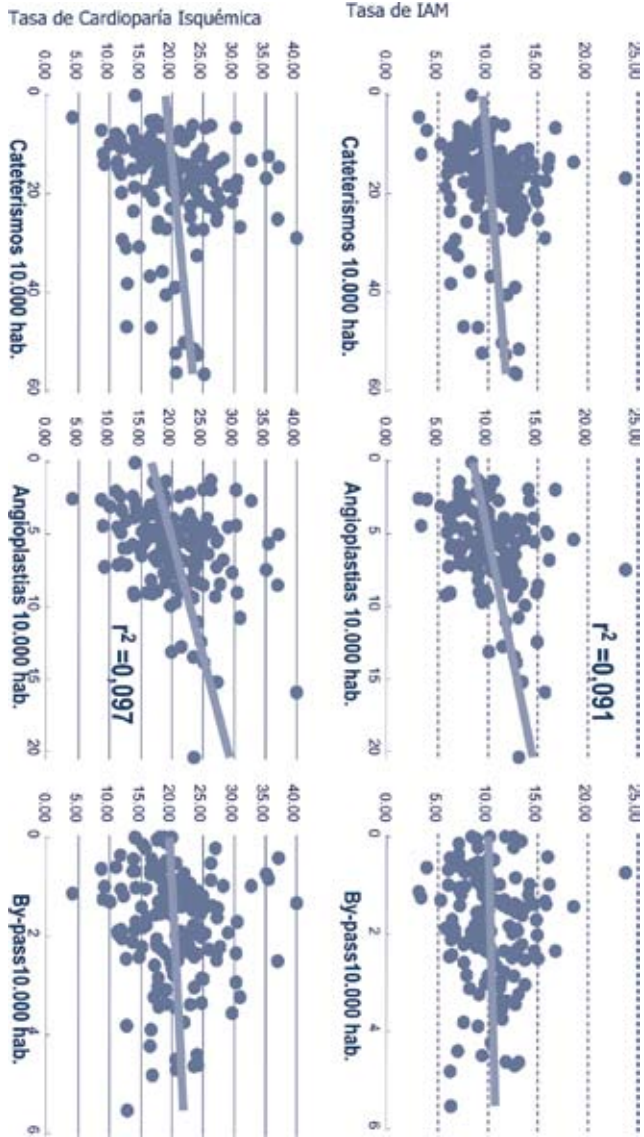
\*PCCA indicates percutaneous transluminal coronary angioplasty; UA, unstable angina; CADG, coronary artery bypass grafting; AMI, acute myocardial infarction; CI, confidence interval.

Rev Esp Cardiol. 2006;59(8):795-93

### ¿Infrautilización de cuidados efectivos y seguros?

Dado que las tasas está ajustadas, las áreas con baja utilización de angioplastia o by-pass coronario podrían considerarse áreas con infrautilización de procedimientos eficaces.





# Ponencia 2

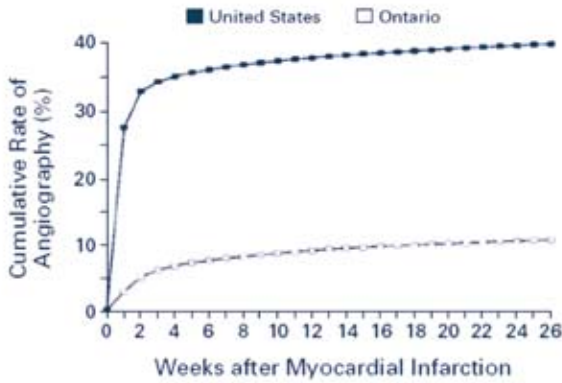


Figure 1. Cumulative Rates of Coronary Angiography after Acute Myocardial Infarction among Elderly Patients in the United States and Ontario, 1991.

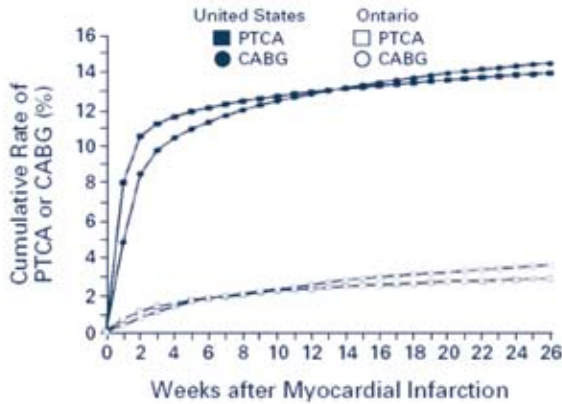
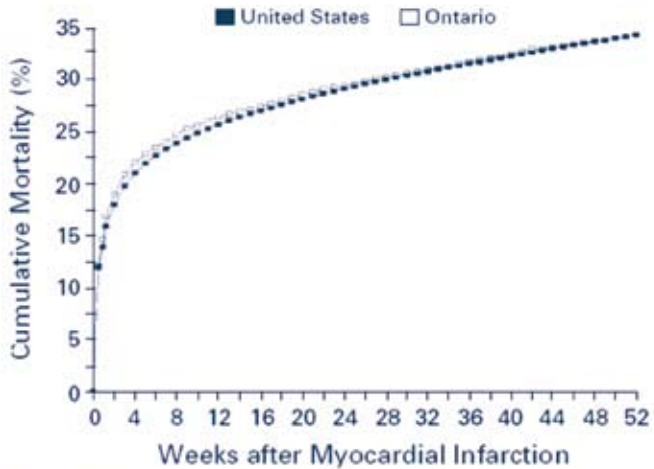
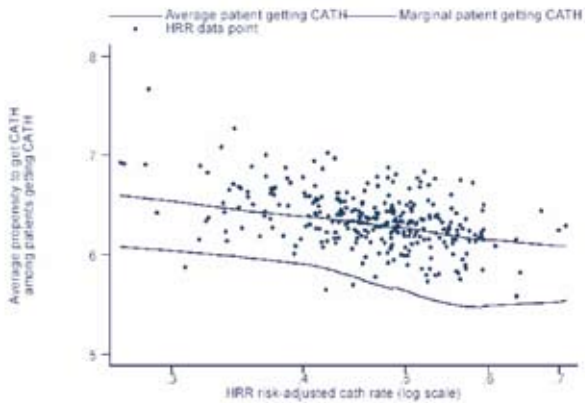


Figure 2. Cumulative Rates of Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA) and Coronary-Artery Bypass Grafting (CABG) after Acute Myocardial Infarction among Elderly Patients in the United States and Ontario, 1991.

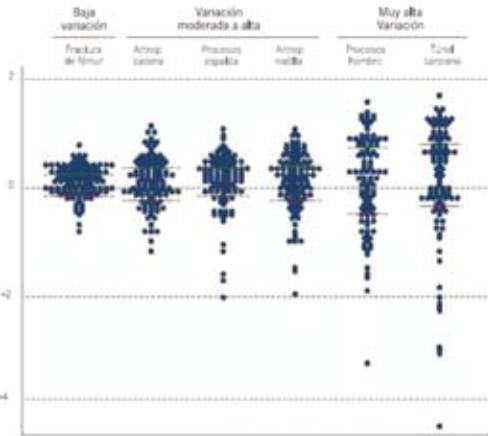


**Figure 3.** Cumulative Mortality after Acute Myocardial Infarction among Elderly Patients in the United States and Ontario, 1991.

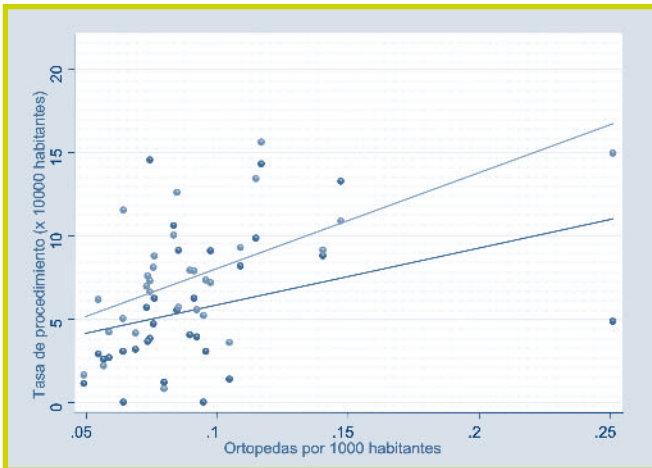
**Figure 4:** Relation Between Average Patient and Marginal Patient Receiving Cardiac Catheterization



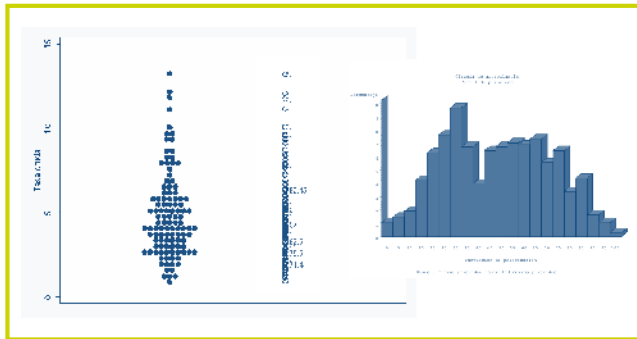
## Variaciones en COT: España, hoy



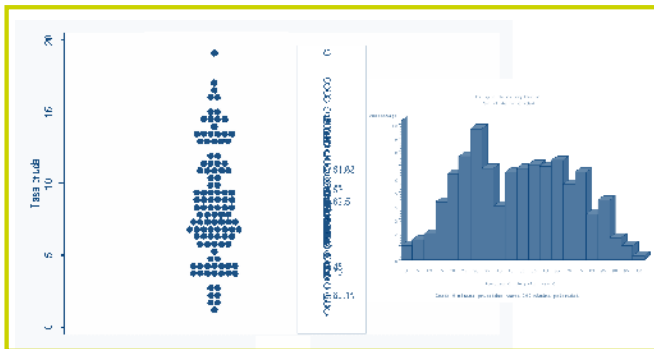
Relación entre la oferta poblacional de ortopedas en cada área de salud y las tasas de artroplastias de cadera y rodilla.



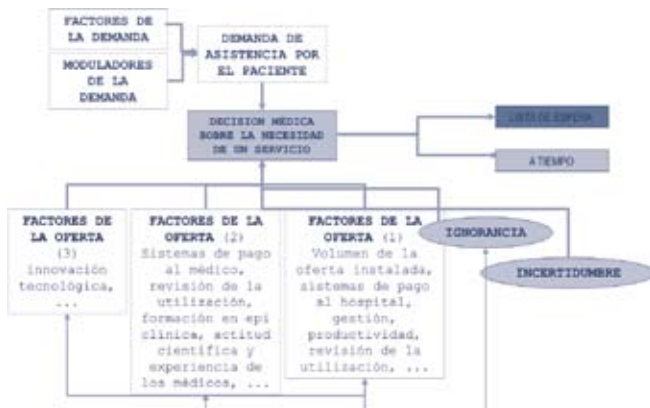
### Artroplastia de cadera (WOMAC)



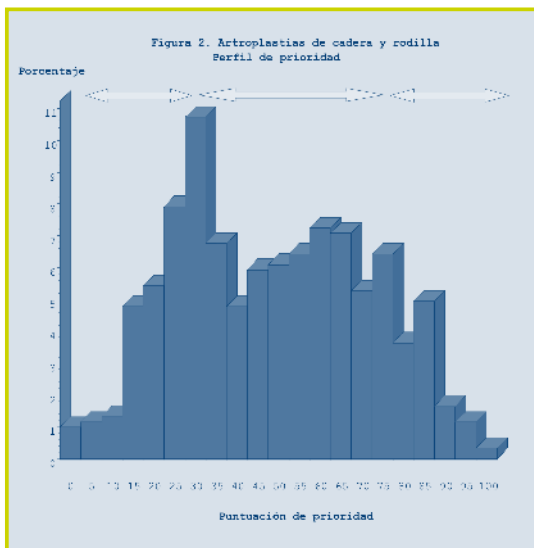
### Artroplastia de rodilla (WOMAC)



## ... CAMINO HACIA LA GESTIÓN DEL CUIDADO A TIEMPO

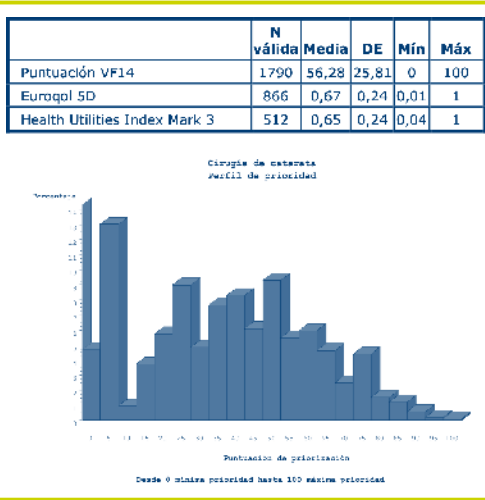


Marión J, Peiró S, Marquez S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica. Importancia, causas e implicaciones. Med Clin (Barc) 1998; 110: 382-39.

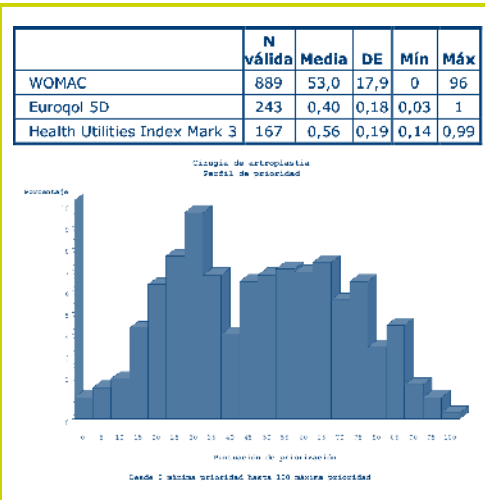




## CIRUGÍA DE CATARATA

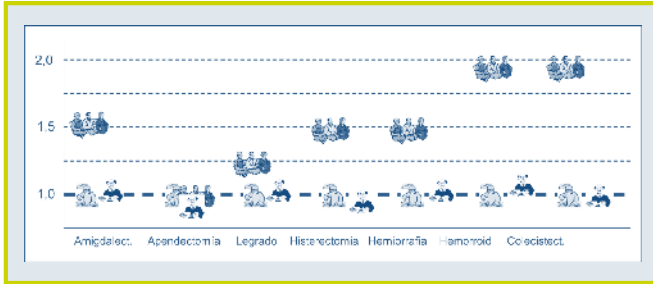


## ARTROPLASTIA



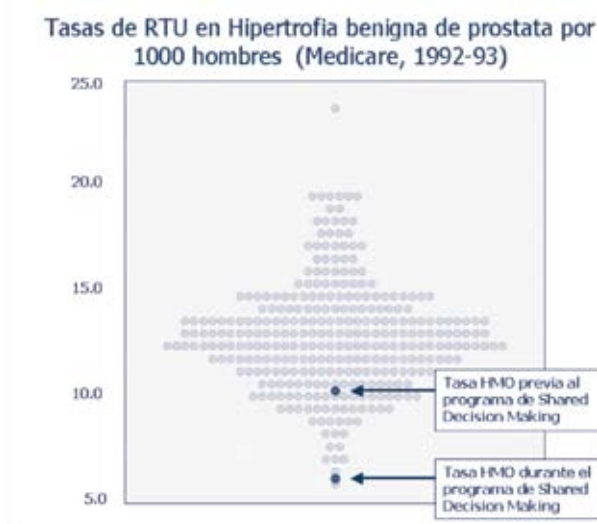
Promencia 2

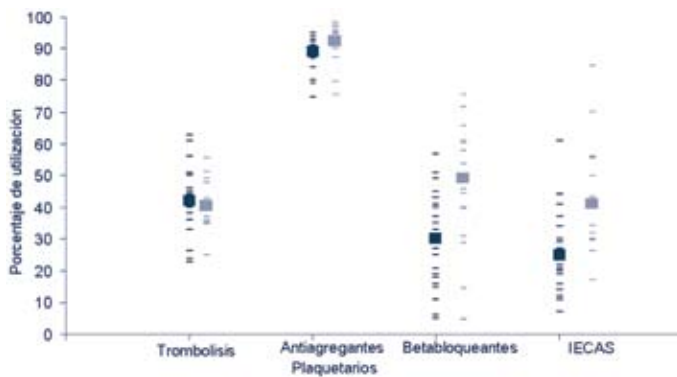
## El índice DOME de consumo adecuado de servicios médicos



Domenighetti G, Casabianca A, Gutzwiller F, Martinoli S.  
Revisiting the most informed consumer of surgical services.  
The physician-patient. Int J Technol Assess Health Care  
1993; 9:505-513 .

Reducción del 40% en la tasa de cirugía RTU entre las personas que usaron un programa de toma de decisiones compartidas.





Arós F, Cuñat J, Loma-Osorio A, et al.  
Tratamiento del infarto agudo de miocardio en España en el año 2000.  
El estudio PRIAMHO II. Rev Esp Cardiol 2003;56:1165-73.

**Enrique Bernal Delgado**

*Unidad de Investigación en Servicios de Salud*



Definición de un Modelo para Estimar la Demanda y el  
Tiempo de Espera en Cirugía Electiva.

Cirugía de Cataratas y Artroplastia de Rodilla

3

*Xavier Castells Oliveres*



**DEFINICIÓN DE UN MODELO PARA ESTIMAR LA DEMANDA Y EL TIEMPO DE ESPERA EN CIRUGÍA ELECTIVA: CIRUGÍA DE CATARATAS Y ARTROPLASTIA DE RODILLA. Resultados de las diferentes Comunidades Autónomas simuladas: Andalucía, Aragón, Canarias, Catalunya, Euskadi.**

### Introducción

> Proyecto desarrollado dentro del marco de la Red IRYSS (Red sobre Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios).

– Perteneciente a la Línea 3.1: Análisis de necesidades / Modelización de la demanda.

- Se ha producido un fuerte aumento de las tasas de utilización de cirugía electiva causado por el progresivo envejecimiento de la población y la introducción de nuevas tecnologías menos invasivas que han provocado una reducción del riesgo de la cirugía y una ampliación de los criterios de indicación.

## Cirugía electiva



- Estos cambios han generado una necesidad no cubierta e importantes listas y tiempos de espera. Esta necesidad se traduce en una demanda no atendida en la que la oferta no se adecua a la demanda.

## ANTECEDENTES

Priorización de pacientes en lista de espera de cirugía electiva:

- > A pesar de haber adecuación en la intervención quirúrgica, se sabe que el beneficio de la cirugía no es el mismo para todos los pacientes. De aquí surge la idea de introducir niveles de necesidad según beneficio.
- > Se modifica el principio actual first in, first out (FIFO) y se introduce el sistema de priorización de pacientes desarrollado por la AATRM\*.
- > Se establece una equivalencia entre Necesidad y Prioridad.

\* Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

## SISTEMA DE PRIORIZACIÓN: CIRUGÍA DE CATARATAS\*

Crterios y niveles	Puntuación
<b>Incapacidad visual</b>	
Leve	0
Moderada	20
Grave	35
Muy Grave	45
<b>Limitación de las actividades de la vida diaria</b>	
Tiene algunos problemas	0
Tiene bastantes problemas	11
Es incapaz de realizar la mayor parte de las actividades	15
<b>Probabilidad de recuperación</b>	
Moderada (50%-75%)	0
Alta (76%-95%)	6
Muy alta (>95%)	7



Criterios y niveles	Puntuación
<b>Limitación para trabajar</b>	
No trabaja o no está limitado para trabajar	0
Está limitado para trabajar	14
<b>Tener alguna persona que lo cuide</b>	
Tiene alguna persona que lo cuide	0
No tiene ninguna persona que lo cuide	11
<b>Tener alguna persona a su cargo</b>	
No tiene personas a su cargo	0
Tiene personas a su cargo	8

\* Sistema elaborado por la AATRM: Espallargues M, Sampietro L, Castells X, Pinto JL, Rodríguez E, Comas M: Elaboració d'un sistema de prioritització de pacients en llista d'espera per a cirurgia de cataracta i artroplastia de maluc i genoll. Barcelona; 2003.

### SISTEMA DE PRIORIZACIÓN: ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA \*

Criterios y niveles	Puntuación
<b>Gravedad de la patología</b>	
Patología moderada	0
Patología muy avanzada	18
<b>Dolor</b>	
Leve	0
Moderado	17
Grave	33
<b>Probabilidad de recuperación</b>	
Moderada	0
Alta	4
<b>Limitación de las AVD</b>	
Tiene algunos problemas...	0
Tiene bastantes problemas...	10
Es incapaz de realizar la mayor parte...	20

Criterios y niveles	Puntuación
<b>Limitación para trabajar</b>	
No trabaja o no esta limitado para trabajar	0
Está limitado para trabajar	10
<b>Tener alguna persona que le cuide</b>	
Tiene alguna persona que le cuide	0
No tiene ninguna persona que le cuide	9
<b>Tener alguna persona a su cargo</b>	
No tener personas a su cargo	0
Tener personas a su cargo	6

\*Sistema elaborado por la AATRM: Espallargues M, Sampietro L, Castells X, Pinto JL, Rodríguez E, Comas M:Elaboració d'un sistema de prioritizació de pacients en llista d'espera per a cirurgia de catarata i artroplàstia de maluc i genoll. Barcelona, 2003.

## OBJETIVOS

- Evolución del volumen de necesidad
- Comparación entre FIFO y Sistema de Priorización
  - Cirugía de cataratas
  - Artroplastia de rodilla

## MÉTODOS

La simulación de eventos discretos:

- Contrasta escenarios hipotéticos sin tener que intervenir en el proceso real.
- Introduce la variabilidad propia del sistema real.
- Permite hacer un análisis de forma dinámica, evaluando las variables de interés en diferentes momentos de tiempo.
- Modela la **competencia** entre individuos en situaciones de **escasez de recursos**.

## MEDIDA DEL BENEFICIO:

- Tiempo de espera ponderado por puntuación de prioridad de todos los casos que han pasado por la lista de espera

$$wt_{ps} = \frac{\sum_i wt_i ps_i}{\sum_i ps_i}$$

- El tiempo de espera tiene más peso cuanto mayor es la puntuación de prioridad del paciente.

## Cirugía de cataratas

### RESULTADOS: DESCRIPTIVO INFORMACIÓN

Resultados descriptivos sobre cataratas seniles

Comunidades Autónomas					
	Andalucía	Aragón	Canarias	Cataluña	Euskadi
<b>Población</b>	7.357.558	1.204.215	1.894.477	6.343.110	2.082.597
Población > 50 años	2.142.202 (29%)	457.631 (38%)	449.819 (27%)	2.164.467 (34%)	744.419 (36%)
<b>Prevalencia</b>	479.370	117.990	91.929	308.309	189.771
Prevalencia en > 50 años	22,4%	25,8%	20,4%	23,5%	22,8%
<b>Número de cirugías anuales</b> (Financiación pública)	29.805	6.371	7.524	46.674	12.835
<b>Tasa cirugías / 100.000 hab.</b>					
Tasa anual	405	529	388	685	607
Tasa de cirugías > 50 años	1.391	1.392	1.850	2.156	1.724
<b>Lista de espera</b>	9.205	2.826	5.771	19.586	2.313
% sobre población prevalente	1,92%	2,40%	6,29%	3,95%	1,38%

Porcentaje de la estimación de población prevalente que está en lista de espera

Nº Cirugías financiadas por la sanidad pública.

## RESULTADOS: DESCRIPTIVO INPUTS

Variables referentes a la cirugía de cataratas relacionadas con el modelo de simulación.

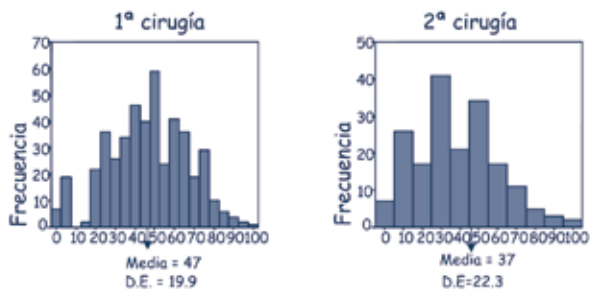
	Comunidades Autónomas				
	Andalucía	Aragón	Canarias	Cataluña	Euskadi
<b>Probabilidad de segunda cirugía</b>	53,89%	49,34%	49,34%	49,34%	50,49%
<b>Número de entradas Lista de espera (2003)</b>	45.032	9.089	10.208	48.484	13.687
Tasa entradas/ 100.000 hab.	612	755	602	733	656
<b>Prioridad media (entrada en WL)</b>					
Primera cirugía (DE)	47,1 (19,9)	28,3 (22,4)	39,3 (22,7)	36,5 (22,8)	39,3 (22,7)
Segunda cirugía (DE)	36,8 (22,3)	13,7 (11,7)	28,8 (22,6)	26,1 (22,2)	28,8 (22,6)
*DE: Desviación Estándar.					

Los datos referentes a la prioridad media a la entrada de la lista de espera proceden de la prueba piloto realizada por la AATRM. A falta de datos específicos sobre priorización en Euskadi y Canarias, los datos de estas dos Comunidades son un promedio de las puntuaciones de la prueba piloto realizada por la AATRM en Andalucía, Aragón y Cataluña.

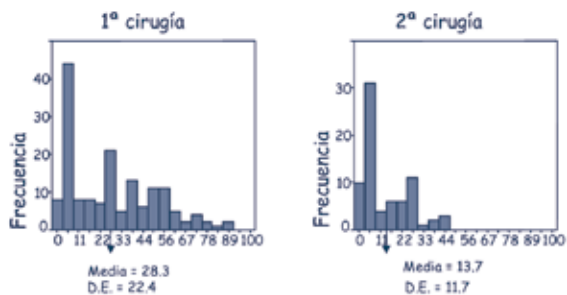
\* Esta cifra expresa la probabilidad de que un individuo que se haya operado de un ojo lo haga también del segundo.  
 \* La probabilidad de segunda cirugía de Canarias y Aragón se ha calculado a partir de la información de Cataluña.

## RESULTADOS: DISTRIBUCIONES DE LA PUNTUACIÓN DE PRIORIDAD

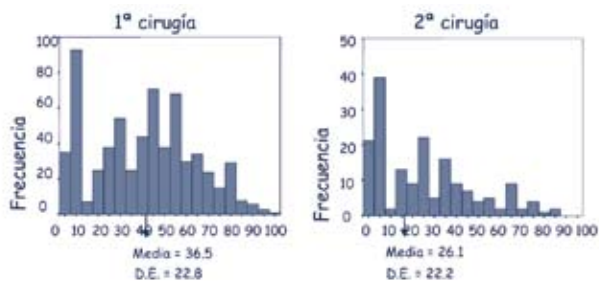
### Andalucía



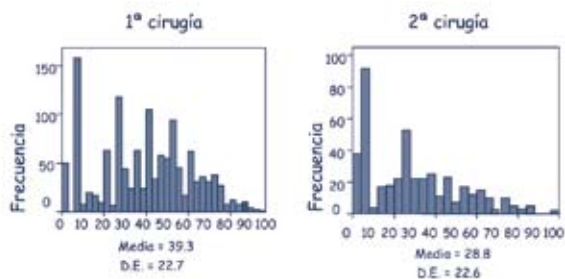
### Aragón



### Catalunya



Distribución promedio: utilizada en Euskadi y Canarias



EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON NECESIDAD DE CIRUGÍA DE CATARATAS

		Estado Inicial	Final	Diferencia
Asturias	Necesidad no Expr. 1ª Cx	398.149	369.620	1.1571
	Necesidad no Expr. 2ª Cx	73.242	111.515	52.773
	Lista de Espera	9.205	9.824	619
	Total	396.596	480.859	64.263
Aragón	Necesidad no Expr. 1ª Cx	75.126	94.968	19.642
	Necesidad no Expr. 2ª Cx	16.795	25.203	6.448
	Lista de Espera	2.927	3.164	337
	Total	95.768	123.335	28.627
Canarias	Necesidad no Expr. 1ª Cx	88.026	86.326	10.990
	Necesidad no Expr. 2ª Cx	14.789	23.452	8.663
	Lista de Espera	5.771	6.528	697
	Total	75.586	95.306	19.720
Castilla-La Mancha	Necesidad no Expr. 1ª Cx	310.782	364.080	46.143
	Necesidad no Expr. 2ª Cx	81.585	122.040	40.455
	Lista de Espera	19.586	16.518	1.939
	Total	411.953	502.638	90.685
Euskadi	Necesidad no Expr. 1ª Cx	103.648	122.399	12.751
	Necesidad no Expr. 2ª Cx	27.966	361.173	363.206
	Lista de Espera	2.313	2.143	-173
	Total	133.927	162.699	29.772

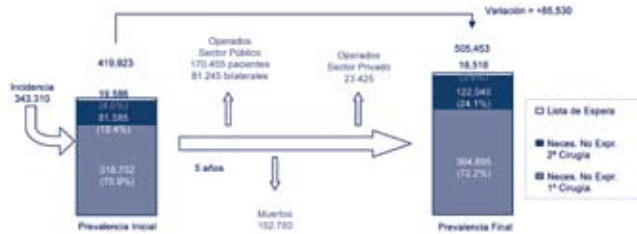
El volumen de *necesidad no expresada* incrementa en todas las comunidades. Este aumento está estrechamente ligado con la prevalencia e incidencia estimadas ya que el criterio de indicación considerado ( $AV \leq 0,5$ ) puede ser excesivamente amplio.

El volumen de la lista de espera, está más influenciado por la tasa de cirugías, lo que hace que las variaciones no sean demasiado grandes.

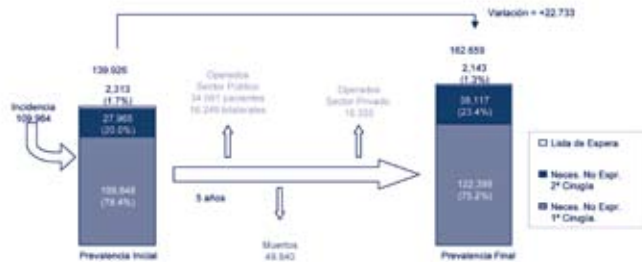




### Catalunya



### Euskadi



Se prevé un aumento de la **necesidad** de cirugía, que varía entre un 16% y un 27% dependiendo de la Comunidad, dentro del horizonte temporal de 5 años. El aumento es más marcado dentro de la necesidad no expresada de segunda cirugía y más moderado en la necesidad no expresada de primera cirugía.

### RESULTADOS: TIEMPOS DE ESPERA

El tiempo crudo de espera en Canarias es mucho mayor que en las demás comunidades, debido a que la tasa de cirugías es mucho menor que la de entradas en lista y esto provoca largos tiempos de espera. En términos generales se observa una tendencia que indica que a mayor tiempo de espera crudo, mayor será el beneficio de introducir el sistema de priorización. Aunque, este beneficio está también influenciado por la variabilidad existente en las puntuaciones de prioridad entre Comunidades Autónomas.

	Tiempos de espera ponderados por prioridad							
	Tiempos crudos (FIFO)		FIFO		Sistema de priorización		Beneficio del Sistema de Priorización	
	Media	DE de la media	Media	DE de la media	Media	DE de la media	Media	DE de la media
Andalucía	2,91	[ 0,09 ]	2,81	[ 0,09 ]	1,69	[ 0,11 ]	1,12	[ 0,08 ]
Aragón	5,19	[ 0,21 ]	4,89	[ 0,18 ]	2,16	[ 0,12 ]	2,73	[ 0,12 ]
Canarias	10,02	[ 0,24 ]	7,23	[ 0,21 ]	5,63	[ 0,13 ]	1,60	[ 0,16 ]
Cataluña	4,48	[ 0,57 ]	4,26	[ 0,52 ]	1,99	[ 0,36 ]	2,27	[ 0,20 ]
Euskadi	1,97	[ 0,27 ]	1,93	[ 0,26 ]	0,73	[ 0,11 ]	1,20	[ 0,16 ]

FIFO: First-in, first-out. DE: Desviación estándar.

### RESULTADOS: EVOLUCIÓN EN LA PRIORIDAD MEDIA DE LA LISTA DE ESPERA

La puntuación media de los pacientes en lista de espera desciende rápidamente durante los 10 primeros meses. Aragón, Cataluña y Euskadi se estabilizan con puntuaciones entre 5 y 10 puntos al cabo de 18 meses o menos. Andalucía y Canarias se estabilizan entre 10 y 15 puntos al cabo de 30 meses. Al introducir el sistema de priorización los pacientes más prioritarios se operan antes y los pacientes con puntuaciones más bajas esperan más tiempo.



### RELACIÓN ENTRE TIEMPO Y PRIORIDAD

A medida que disminuye la puntuación de prioridad aumentan los tiempos de espera de garantía. Canarias es la comunidad que necesita una puntuación de prioridad más alta para garantizar

tiempos de espera menores de tres meses (54 puntos), frente a Aragón que con 24 puntos asegura tiempos de espera de menos de 3 meses.



## Artroplastia de rodilla

### RESULTADOS: DESCRIPTIVO INFORMACIÓN

Resultados descriptivos sobre artrosis de rodilla

	Comunidades Autónomas			
	Andalucía	Aragón	Canarias	Cataluña
<b>Población</b>				
Población > 50 años	7.357.558	1.204.215	1.694.477	6.343.110
	2.142.202 (29%)	457.631 (38%)	449.819 (27%)	2.164.467 (34%)
<b>Prevalencia</b>				
Población Prevalente	243.957	51.936	50.436	245.210
Prevalencia en > 50 años	11,4%	11,3%	11,2%	11,3%
<b>Número de cirugías anuales (Financiación pública)</b>	5.553	1.080	1.484	7.799
<b>Tasa cirugías (pública) / 100.000 hab.</b>				
Tasa anual	75	90	88	98
Tasa de cirugías > 50 años	259	236	330	308
<b>Lista de espera</b>	2.475	780	1.859	9.891
% sobre población prevalente	1,0%	1,5%	3,7%	4,0%
<p>% de la estimación de población prevalente que está en lista de espera</p>				
<p>Nº Cirugías financiadas por la sanidad pública</p>				

## RESULTADOS: DESCRIPTIVO INPUTS

Variables referentes a la artroplastia de rodilla relacionadas con el modelo de simulación.

	Comunidades Autónomas			
	Andalucía	Aragón	Canarias	Catalunya
<b>Probabilidad de segunda cirugía</b>	19,20%	19,20%	19,20%	17,98%
<b>Número de entradas Lista de espera (2003)</b>	8.142	1.914	1.973	8.928
Tasa entradas/ 100.000 hab.	111	159	116	141
<b>Prioridad media (entrada en WL)</b>	41,08	55,34	56,53	49,6
<b>Desviación estándar</b>	19,26	21,30	21,00	22,5

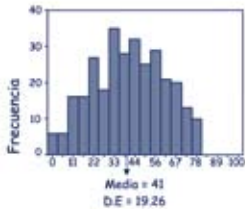
Los datos de prioridad media a la entrada en la lista de espera proceden de la prueba piloto realizada por la AATRM. Se considera la misma perturbación de prioridad para primera y segunda cirugía ya que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas

•Esta cifra expresa la probabilidad de que un individuo que se haya operado de una rodilla lo haga también de la segunda.

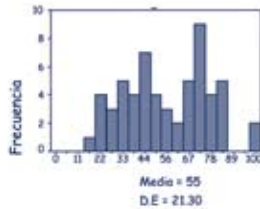
• La probabilidad de segunda cirugía de Andalucía, Aragón y Canarias se ha estimado a partir de los datos de Euskadi. Finalmente Euskadi fue excluida del análisis para artroplastia de rodilla por falta de datos referentes a la lista de espera.

## DISTRIBUCIONES DE LA PUNTUACIÓN DE PRIORIDAD

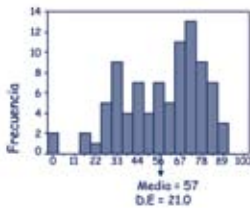
### Andalucía



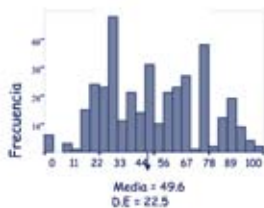
### Aragón



### Canarias



### Catalunya



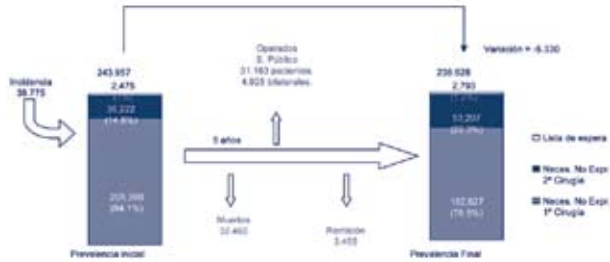
## EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON NECESIDAD DE CIRUGÍA DE RODILLA

		Estado Inicial	Final	Diferencia
Andalucía	Necesidad no Expr. 1ª Cx	205,200	182,627	-22,633
	Necesidad no Expr. 2ª Cx	36,222	53,207	16,985
	Lista de Espera	2,478	2,793	318
	<b>Total</b>	343,907	238,628	<b>-5,329</b>
	Incidencia	35,779		
Aragón	Necesidad no Expr. 1ª Cx	45,483	38,783	-3,720
	Necesidad no Expr. 2ª Cx	7,872	18,686	2,960
	Lista de Espera	790	927	157
	<b>Total</b>	51,335	51,377	<b>-59</b>
	Incidencia	6,323		
Canarias	Necesidad no Expr. 1ª Cx	41,290	27,673	-3,717
	Necesidad no Expr. 2ª Cx	7,396	16,889	3,603
	Lista de Espera	1,896	2,062	223
	<b>Total</b>	50,438	50,544	<b>100</b>
	Incidencia	8,253		
Catalunya	Necesidad no Expr. 1ª Cx	191,614	171,600	-19,924
	Necesidad no Expr. 2ª Cx	42,789	66,171	16,470
	Lista de Espera	3,891	14,420	4,544
	<b>Total</b>	248,218	248,200	<b>-180</b>
	Incidencia	40,238		

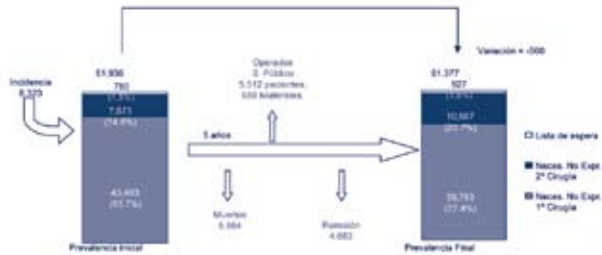
El volumen de Necesidad de cirugía se mantiene estable con ligeros cambios a lo largo del periodo simulado. Se observa una tendencia de la Necesidad no Expresada de primera cirugía a reducirse y de la Necesidad no Expresada de segunda cirugía a aumentar.

## EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE NECESIDAD DE CIRUGÍA

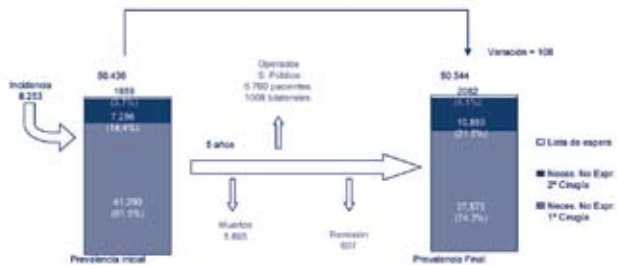
### Andalucía



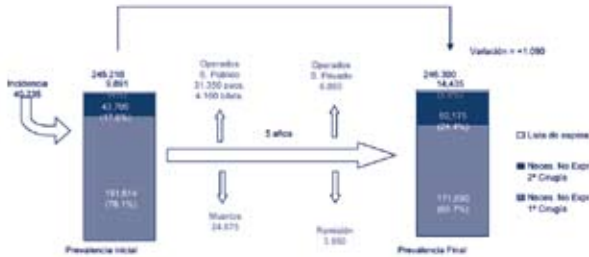
### Aragón



### Canarias



Catalunya



**RESULTADOS: TIEMPOS DE ESPERA**

El tiempo crudo de espera en Canarias y Catalunya es mayor que en Andalucía y Aragón. Se observa que cuanto mayor es el tiempo de espera crudo, mayor es el beneficio de introducir el sistema de priorización.

	Tiempo de espera ponderados por prioridad							
	Tiempo de espera crudos (FIFO)		FIFO		Sistema de priorización		Beneficio del Sistema de Priorización	
	Media	DE de la media	Media	DE de la media	Media	DE de la media	Media	DE de la media
Andalucía	4.57	[ 0.24 ]	4.37	[ 0.22 ]	1.64	[ 0.12 ]	2.73	[ 0.13 ]
Aragón	9.00	[ 0.40 ]	8.27	[ 0.34 ]	4.30	[ 0.21 ]	3.97	[ 0.17 ]
Canarias	16.25	[ 1.07 ]	13.03	[ 0.69 ]	7.31	[ 0.47 ]	5.73	[ 0.42 ]
Cataluña	18.70	[ 1.22 ]	14.23	[ 0.90 ]	7.60	[ 0.54 ]	6.63	[ 0.49 ]

FIFO: First-in, first-out. DE: Desviación estándar.

**RESULTADOS: EVOLUCIÓN EN LA PRIORIDAD MEDIA DE LA LISTA DE ESPERA**

La puntuación media de los pacientes en lista de espera disminuye al introducir el sistema de priorización. Aragón, Canarias y Cataluña se estabilizan con puntuaciones entre los 30 y los 35 puntos al cabo de 30 meses. Andalucía se estabiliza en torno a los 15 puntos en el mismo período de tiempo.





### RELACIÓN ENTRE TIEMPO Y PRIORIDAD

A medida que disminuye la puntuación de prioridad aumentan los tiempos de espera de garantía. Aragón, Canarias y Cataluña necesitan prioridades por encima de 60 puntos para garantizar tiempos de espera de 3 o menos meses, mientras que en Andalucía solo son necesarios 32 puntos para garantizar este mismo tiempo.



## Conclusiones

### CATARATAS

- Se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de prioridad medias de la prueba piloto realizada por la AATRM en Andalucía, Aragón y Catalunya.
- La necesidad de cirugía aumento entre un 16% y un 27% en 5 años en todas las Comunidades.
- Se observó una tendencia a obtener mayor beneficio del sistema de priorización cuanto mayor es el tiempo de espera crudo.

El beneficio está también influenciado por la variabilidad existente en las puntuaciones de prioridad.

- Los tiempos de espera de garantía aumentan a medida que disminuye la puntuación de prioridad. Puntuaciones altas aseguran tiempos de espera menores.
- Al introducir el sistema de priorización los pacientes más prioritarios se operan antes y los pacientes con puntuaciones más bajas esperan más tiempo. La puntuación media de los pacientes en lista de espera desciende rápidamente en los primeros meses para estabilizarse posteriormente.

### RODILLA

- Se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de prioridad medias entre las diferentes Comunidades. Se consideró la misma puntuación de prioridad para primera y segunda cirugía al no encontrarse diferencias significativas entre las puntuaciones de primera y segunda cirugía.
- El volumen de 'Necesidad de cirugía' se mantuvo estable a lo largo del periodo simulado. Se observa una tendencia de la 'Necesidad no Expresada de primera cirugía' a reducirse y de la 'Necesidad no Expresada de segunda cirugía' a aumentar.
- El beneficio de introducir el sistema de priorización aumenta cuanto mayor es el tiempo de espera crudo.
- Los tiempos de espera de garantía aumentan a medida que disminuye la puntuación de prioridad. Aragón, Canarias y Cataluña necesitan prioridades por encima de 60 puntos para garantizar

tiempos de espera de 3 o menos meses, mientras que en Andalucía solo son necesarios 32 puntos para garantizar este mismo tiempo.

- Al introducir el sistema de priorización la puntuación media de los pacientes en lista de espera desciende para estabilizarse al cabo de unos 30 meses.

**Equipo coordinador:**

Xavier Castells, Mercè Comas, Rubén Román

**Equipo trabajo:**

Lorena Hoffmeister, Francesc Cots, Javier Mar,  
Santiago Gutiérrez-Moreno, Txema Quintana,  
Soledad Márquez, Enrique Bernal, Mireia Espallargues,  
Alberto Jiménez-Puente



El Sistema de Información sobre Listas del  
Espera en el Sistema Nacional de Salud

4

*Marian A. Gogorcena*



## **MEDICIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA: El sistema de Información sobre Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud.**

### **Introducción**

La Constitución Española, que data de 1978, establece en su artículo 43 el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud. La organización territorial del Estado Español recoge la existencia de 17 Comunidades Autónomas y coherentemente con dicha organización territorial, en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se diseña el Sistema Nacional de Salud Español, distribuyendo las competencias en materia de sanidad a las 17 Comunidades Autónomas; se configura de ese modo un sistema de salud descentralizado, con autonomía de gestión por parte de las administraciones autonómicas.

Esta descentralización tuvo su culminación en 2002 con la transferencia de las competencias de la gestión sanitaria a 10 de las 17 Comunidades Autónomas que aún dependían de la Administración Central (Insalud).

Con esta organización, es necesario establecer mecanismos, en virtud de los cuales, se garanticen los derechos a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria en condiciones de igualdad efectiva en el conjunto del sistema, de acuerdo con el mandato del propio texto constitucional y de la Ley General de Sanidad. En la actualidad el abordaje de las listas de espera es una responsabilidad compartida entre las distintas Administraciones Públicas sanitarias. La Administración Central del Estado mantiene entre sus competencias las de la coordinación de los Servicios de Salud en general a través de diferentes figuras y órganos de coordinación, y la regulación normativa nacional en diferentes materias entre las que destacan los sistemas de información.

### **El Sistema de Información sobre Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud. Antecedentes**

El problema de las listas de espera, por otra parte común al de otros países como el nuestro con un Sistema de Salud financiado públicamente y de acceso universal, es una preocupación de los ciudadanos respecto al funcionamiento de los servicios sanitarios. Así se pone de manifiesto en las sucesivas ediciones del Barómetro Sanitario, que bajo la responsabilidad del Ministerio

de Sanidad y Consumo, desde 2002 hace públicos sus resultados. En el se aprecia que los ciudadanos, que en general mantienen una excelente opinión sobre el Sistema de Salud, valoran negativamente los aspectos que tienen que ver con el acceso a los diferentes tipos de servicios (Tablas I y II).

Valoración de aspectos referentes a la asistencia pública especializada en consultas	
Tiempo dedicado por el médico a cada usuario	6,2
Número de especialidades a las que se tiene acceso	7,4
Tiempo de espera hasta entrar en consulta	5,3
Conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada usuario	6,4
Confianza y seguridad que le transmite el médico	6,9
Facilidad para conseguir cita	5,2
Equipamiento y medios tecnológicos existentes en los centros	7,2
Trato recibido del personal sanitario	7,1
Información recibida sobre su problema de salud	6,9
Consejos del médico sobre alimentación, ejercicio, tabaco y alcohol, etc.	6,6
Tiempo que tarda el médico en verle desde que pide cita	4,7

Fuente: Barómetro Sanitario 2005 (Instituto de Información Sanitaria)

Valoración de los servicios de Atención Especializada (hospitalización)	
Aspectos de hostelería (comidas, aseos y comodidades generales de las habitaciones)	6,4
Trámites administrativos para el ingreso	6
<b>Tiempo de demora para el ingreso no urgente</b>	<b>4,3</b>
Cuidados y atención por parte del personal médico	7,1
Cuidados y atención del personal de enfermería	7,2
Número de personas que comparten habitación	5,4
Trato recibido del personal no sanitario (celadores, administrativos, limpiadores...)	6,9
Equipamiento y medios tecnológicos existentes en los hospitales	7,7
Información recibida sobre la evolución de su problema de salud	7,1
Consejos del médico sobre alimentación, ejercicio, tabaco y alcohol, etc.	6,7

Fuente: Barómetro Sanitario 2005 (Instituto de Información Sanitaria)

También, y con objeto de mejorar el conocimiento del problema de las listas de espera, se viene recogiendo información relacionada con las mismas a través de la Encuesta Nacional de Salud



que cada dos años se realiza a nivel nacional (la muestra abarca aproximadamente 22.000 ciudadanos o residentes en España). En la última edición publicada de dicha encuesta (2003) aproximadamente un 9% de las personas entrevistadas habían estado hospitalizadas en el último año y de ellas casi la cuarta parte había permanecido en lista de espera (23,7%), una media entre tres y seis meses.

En este marco, varias han sido las iniciativas llevadas a cabo en diversas instancias sobre el problema de las lista de espera en nuestro país, de las que como antecedentes del sistema de información cabe destacar dos:

> **El acuerdo del Consejo Interterritorial del 6 de Junio de 2000** sobre Listas de Espera, creando un grupo de expertos para el análisis y elaboración de propuestas sobre ese problema, que dio como resultado la publicación de un informe técnico sobre Listas de Espera, en 2002.

> **El Informe del Defensor del Pueblo**, presentado en pleno a **las Cortes Generales el 13 de diciembre de 2002**, sobre la situación de las listas de espera en el SNS; en el, amén de reclamar medidas para mejorar la gestión, llama la atención sobre la heterogeneidad de la situación entre Comunidades Autónomas y propone mejorar la coordinación de los servicios en la atención del problema y armonizar y compartir la información sobre la misma.

Recogiendo las recomendaciones vertidas en ambos, se publicó en Mayo de 2003 el **Real Decreto 605/2003** (BOE de 23 de mayo), norma básica por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud y en la que se basa el sistema de información sobre listas de espera del Sistema Nacional de Salud (SISLE-SNS).

El **Objetivo** que se persigue con el mencionado RD es:

Establecer los criterios, indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en materia de información sobre las listas de espera con el fin de obtener una información homogénea y válida para el análisis y evaluación de sus resultados, necesidades y funcionamiento de los servicios sanitarios, garantizando la transparencia y uniformidad en la información facilitada al ciudadano.

**Ambito:**

- consultas externas
- pruebas diagnósticas/terapéuticas
- intervenciones quirúrgicas

**Medidas:** Contempla el establecimiento de cuatro medidas:

- a)** La implantación de un **sistema de información en materia de listas de espera** para consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas en el Sistema Nacional de Salud.
- b)** La definición de los criterios e indicadores básicos, mínimos y comunes para una adecuada indicación y priorización de los pacientes en lista de espera en el Sistema Nacional de Salud.
- c)** Los criterios sobre la información que deba facilitarse a los ciudadanos en materia de listas de espera.
- d)** Las garantías de información sobre demora en el acceso a consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas en el Sistema Nacional de Salud.

## Consideraciones de partida para el desarrollo del SISLE-SNS

La información sobre las listas de espera no refleja sino uno de los numerosos aspectos que tienen que ver con las condiciones efectivas en que los ciudadanos obtienen la cobertura de sus garantías de protección de la salud por parte del sistema sanitario, garantía establecida como un derecho en el artículo 43 de nuestra Constitución. Por otra parte, esta información no puede ir desligada a la de otros muchos componentes de la atención sanitaria.

Así pues, un SI sobre listas de espera no solo debe satisfacer las necesidades de estadísticas sobre el fenómeno en cuestión, sino que debe contemplarse como parte integrante de un SI global, donde se combine, se integre, con otros subsistemas relacionados con la utilización de recursos y la producción de servicios. Otro aspecto de gran relevancia en la información sobre listas de espera, es la que debe ir dirigida al ciudadano, y que debe tenerse presente en la concepción de este SI. Debe cubrir necesidades que van desde el puro enfoque de estadística sanitaria, al conocimiento general del funcionamiento del Servicio Sanitario a través de uno de sus componentes, e incluso como instrumento de evaluación de un servicio público. No debe olvidar sin embargo la obligación de proporcionar información dirigida a la educación para la salud en los aspectos relacionados con los problemas incluidos en Lista de Espera.

De manera que el sistema de información sobre listas de espera se abordó por parte de los responsables del Ministerio de Sanidad y

Consumo con la pretensión de darle este enfoque integral, intentando abarcar la mayor parte posible de los elementos que de una u otra manera intervienen o están asociados con el problema.

Previamente al inicio del proyecto se efectuó un análisis de situación en las Comunidades Autónomas a través de una encuesta de disponibilidad de datos y tras ello un plan de desarrollo que cubrió las siguientes etapas:

- 1.** Encuesta e informe sobre disponibilidad de información en los Servicios de Salud relacionada con los datos del RD.
- 2.** Creación del grupo de trabajo sobre Sistemas de Información con participación de expertos de todas las Comunidades Autónomas.
- 3.** Revisión y puesta en común de los criterios y definiciones del RD
- 4.** Diseño y desarrollo de las aplicaciones informáticas de soporte al SISLE
- 5.** Pilotaje de los procesos de carga, validación y envío de datos
- 6.** Puesta en funcionamiento de los módulos (progresivamente en ediciones sucesivas empezando por Lista de espera quirúrgica, consultas externas y pruebas diagnósticas)
- 7.** Análisis por parte del grupo de trabajo de los resultados del primer envío
- 8.** Elaboración de propuestas de información a los ciudadanos sobre Listas de Espera del SNS

Paralelamente y tras su entrada en funcionamiento, se ha estado trabajando en varios aspectos:

- Mejora de las definiciones operativas
- Análisis de variabilidad
- Evaluación de la calidad de la información
- El grupo mantiene abierto un foro de trabajo a través de la herramienta de comunicación del MSC, en Web donde se circula la documentación de trabajo y se discuten las propuestas entre reunión y reunión (2 por año).

Desde Enero de 2004, fecha en la que entró en funcionamiento el primer módulo del sistema de información sobre listas de espera, hasta el momento, son ya seis las ediciones publicadas con la información agregada de la situación de las Listas de Espera Quirúrgica del Sistema Nacional de Salud, siendo la última la correspondiente a la situación a Junio de 2006. Está ya elaborada

y pendiente de su aprobación en el Consejo Interterritorial la información correspondiente a 31 de Diciembre de 2006.

En cuanto a las listas de espera para consultas externas y pruebas diagnósticas, desde Enero de 2005 se encuentran operativos los módulos para la carga, validación y envío de los datos por parte de las Comunidades Autónomas, y se está trabajando, aunque no sin dificultades, en la elaboración de la información, si bien hasta el momento no ha sido posible publicar los indicadores resumen para el Sistema Nacional de Salud ya que no se ha completado información con suficientes garantías de fiabilidad y representatividad para todo el país.

En este momento los esfuerzos del Grupo de Trabajo de Sistemas de Información se dirigen a:

- Consolidar la serie de indicadores y estadísticas de referencia estatal de Lista de Espera Quirúrgica.
- Completar los trabajos de normalización de los sistemas de información de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas para garantizar la disponibilidad de datos en relación con consultas y pruebas diagnósticas/terapéuticas.
- En base a la información disponible, elaborar y proponer indicadores globales para la lista de espera de consultas externas y pruebas diagnósticas.

## Medidas en relación a la Gestión de listas de espera

Paralelamente al desarrollo del Sistema de Información y por iniciativa del Consejo Interterritorial, en Diciembre de 2004 se constituyó un grupo de expertos en gestión de listas de espera, integrado por expertos de todas las Comunidades Autónomas y técnicos del Ministerio de Sanidad y Consumo, con la idea de establecer un foro de discusión y punto de encuentro de las distintas administraciones autonómicas para compartir conocimientos y experiencias de buenas prácticas puestas en marcha por las Comunidades Autónomas.

El grupo, es complementario, y trabaja en paralelo con el grupo ya existente de Sistemas de Información, ambos coordinados desde la Agencia de Calidad del SNS. Está constituido por un representante de cada una de las 17 Comunidades Autónomas y del Ministerio de Sanidad y Consumo, y está presidido por el Secretario General de Sanidad.

En la actualidad se ha elaborado ya un informe de situación, que servirá para que este Grupo de expertos conozca el estado de la cuestión en todas las Comunidades Autónomas.

En su primera reunión de 11 de enero se acordó que este Grupo elaborase un documento base de guías de buenas prácticas para la gestión de listas de espera, y redactase un documento técnico sobre estándares de tiempos de espera.

En Febrero de 2005 celebró el I Seminario Taller sobre gestión de listas de espera, tras el que se acordaron las líneas de trabajo a seguir:

- Gestión de listas de espera en el ámbito de la práctica clínica
- Herramientas y elementos estructurales de la Gestión de listas de espera.
- Sistema de garantías –normativa y estándares- en listas de espera.

Este grupo también cuenta con un 'Foro virtual' como herramienta básica de trabajo, para que las conclusiones, comunicaciones y toda la información relativa a estos tres temas resulte fácilmente accesible a los miembros del grupo.

**Nota:**

Se adjunta informe sobre situación de la lista de espera quirúrgica a 30 de Junio de 2006 (últimos datos hechos públicos)

# anexo SISLE-SNS

## Sistema de Información sobre Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud

### Situación de la lista de espera quirúrgica en el SNS Datos a 30 de junio de 2006

#### DISTRIBUCIÓN POR ESPECIALIDADES

ESPECIALIDADES	Total pacientes en espera quirúrgica	Diferencia con Junio 2005	Tasa por 1000 hab.	Porcentaje más de 6 meses	Tiempo medio de espera (días)
Grupos de Emergencia y de Urgencias	71.050	-1.100	1,81	1,17	79
Cardiología	22.261	-2.202	0,39	1,49	50
Oncología	60.426	-609	1,11	4,91	62
ODL	20.221	-4.207	0,30	4,40	60
Transmisión	181.226	-4.722	2,88	10,27	81
Urología	25.640	-2.902	0,47	3,27	62
Grupos Cardíacos	2.117	-77	0,30	2,05	55
Angiología /Oñ. Vascular	62.818	-264	0,27	3,00	72
Grupos de Emergencias	1.229	-2.048	0,14	1,80	61
Grupos de Urgencias	9.220	-79	0,24	4,23	71
Grupos de Urgencias	63.342	21	0,28	6,79	82
Grupos de Urgencias	504	-46	0,02	11,34	60
Neurología	8.214	-228	0,18	7,22	61
Neurocirugía	1.038	-441	0,11	0,10	61
TOTAL	379.264	-28.918	0,67	6,52	72

Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera del SNS RD 605/2003  
Los datos corresponden a 16 CCAA y el INGESA  
El glosario y la metodología figuran al final del documento

## DISTRIBUCIÓN PROCESOS SELECCIONADOS

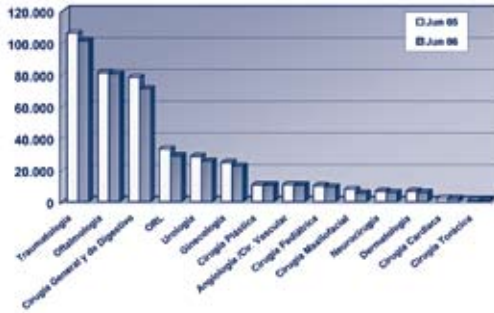
PROCESOS	Total pacientes en espera estructural	Diferencia con Junio 2005	Tasa por 1000 hab.	Porcentaje de pacientes con más de 6 meses de espera	Tiempo medio de espera (días)
Catarata	62.948	-7.379	1,65	5,03	69
Hernia inguinal / crural	19.726	-3.476	0,52	10,42	90
Proctitis crónica	9.091	-1.040	0,34	17,40	134
Atroscopia	15.965	-180	0,42	9,88	104
Varices HM. III.	12.114	-1.800	0,32	7,83	83
Colectec-tomía	10.150	-312	0,27	12,71	103
Hélicus vulgus	14.331	-982	0,38	23,63	145
Adeno-amipectomía	9.629	-1.215	0,25	6,93	77
Hiperplasia benigna de próstata	4.745	-247	0,12	7,36	82
Quiste pilonidal	4.157	-914	0,11	8,03	85
Tónel carpiano	10.341	-247	0,27	8,59	89
<b>Total Procesos seleccionados</b>	<b>173.197</b>	<b>-17.852</b>	<b>4,55</b>	<b>9,38</b>	<b>91</b>

Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera del SNS RD 605/2003  
 Los datos corresponden a 16 CCAA y el INGESA  
 El glosario y la metodología figuran al final del documento

## Lista de espera quirúrgica del SNS. Evolución junio 2005 - junio de 2006

### DISTRIBUCIÓN POR ESPECIALIDADES (NÚMERO DE PACIENTES)

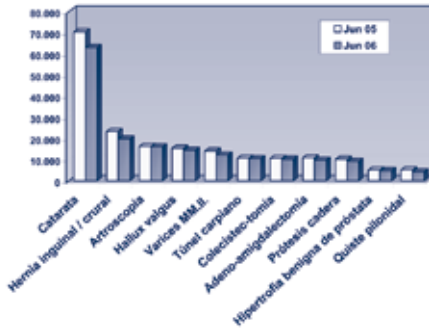
En orden descendente Junio 2006



Los datos corresponden a 16 CCAA y el INGESA. El glosario y la metodología figuran al final del documento.

### DISTRIBUCIÓN PROCESOS SELECCIONADOS (NÚMERO DE PACIENTES)

En orden descendente Junio 2006

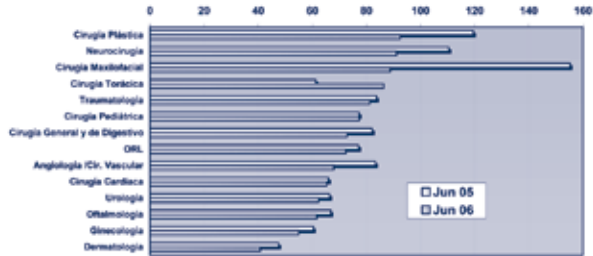


Los datos corresponden a 16 CCAA y el INGESA. El glosario y la metodología figuran al final del documento.



## TIEMPOS MEDIOS DE ESPERA POR ESPECIALIDADES (DÍAS)

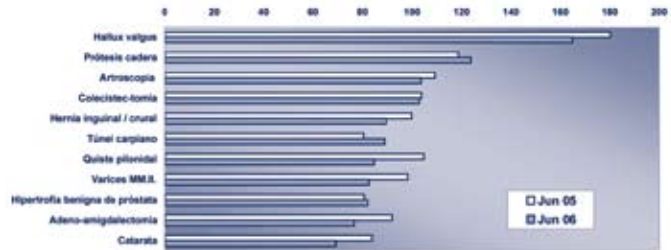
En orden descendente tiempos medios en Junio 2006



Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera del SNS RD 605/2003  
Los datos corresponden a 16 CCAA y el INGESA  
El glosario y la metodología figuran al final del documento

## TIEMPOS MEDIOS DE ESPERA PROCESOS SELECCIONADOS (DÍAS)

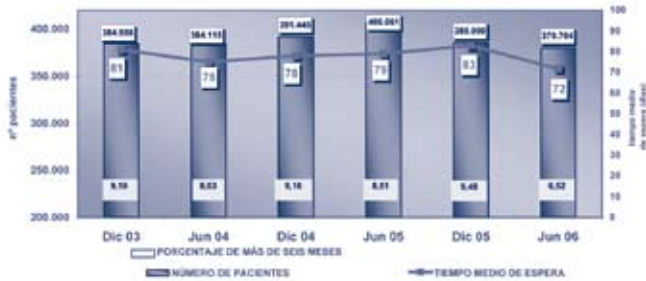
En orden descendente tiempo medio de espera en Junio 2006



Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera del SNS RD 605/2003  
Los datos corresponden a 16 CCAA y el INGESA  
El glosario y la metodología figuran al final del documento

## Lista de espera quirúrgica del SNS. Evolución diciembre 2003 - junio de 2006

### PACIENTES EN ESPERA ESTRUCTURAL, TIEMPO MEDIO DE ESPERA Y PORCENTAJE DE MÁS DE SEIS MESES



Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera del SNS RD 605/2003  
 Los datos corresponden a 16 CCAA y el INGESA  
 El glosario y la metodología figuran al final del documento

## Evolución entradas y salidas en LEQ en la serie de datos del SNS ( 20034 - 2006)

### PRIMEROS SEMESTRES DE CADA AÑO

	Primer semestre 2004	Primer semestre 2005	Primer semestre 2006	Dif 2006/2005	Dif 2006/2004
Número total de entradas en el período	652.882	636.323	654.551	2,86%	0,26%
Número total de salidas en el período	640.753	654.428	686.461	4,89%	7,13%
Número salidas por intervención	518.338	508.842	556.596	9,38%	7,38%
Población protegida	29.428.368	30.094.010	30.907.201	2,63%	4,78%

Fuente MSC / SISLE SNS  
 Datos de 15 CCAA e INGESA. Población protegida según la BD TSI  
 Instituto de Información Sanitaria

## GLOSARIO DE TÉRMINOS Y METODOLOGÍA

> La información corresponde al corte realizado a 30 de junio de 2006 por 16 Comunidades Autónomas y el INGESA.

- Número de pacientes pendientes de una intervención quirúrgica programada en la fecha de corte.

**Criterios** (RD 605/2004 anexo II):

- Total de pacientes en Lista de Espera Estructural (en situación de ser intervenidos quirúrgicamente) cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles).

- Como pacientes pendientes de una intervención se entiende aquellos que se les ha prescrito una intervención no urgente para la cual se tiene previsto el uso del quirófano, además, deberán estar incluidos en un registro de pacientes pendientes de una intervención y la fecha de entrada en dicho registro es la de la prescripción.

- Para una de las 16 CCAA informantes los datos se han estimado a partir de sus datos sobre procesos quirúrgicos establecidos en el RD 605/2003.

- Tasa por 1000 habitantes

La población de referencia es la de tarjeta sanitaria de 15 de Diciembre 2005 de acuerdo con las cifras de la base de datos de Tarjeta Sanitaria del Sistema Nacional de Salud /CCAA.

- **Proporción de pacientes pendientes con espera mayor de seis meses en el momento de corte.**

**Criterio:**

- Del total de pacientes en Lista de Espera Estructural, porcentaje de los que en ese momento llevan esperando más de seis meses.

- Tiempo medio de espera de los pacientes pendientes

**Criterio:**

- Promedio en días del tiempo de espera de los pacientes en espera estructural, calculado como la diferencia en días naturales entre la fecha de corte y la fecha de entrada (para el global del SNS se calcula la media ponderada de los tiempos de espera de las Comunidades Autónomas).

. En el caso de las especialidades incluye los tiempos medios de 15 CCAA y el INGESA, en el caso de los procesos corresponden a las 16 CCAA informantes y al INGESA.



# Gestión de Esperas y Garantías de Demora:

¿Cómo Orientar Políticas Efectivas y Sostenibles para las Listas de Espera en el SNS?

5

*José Luis Conde Olasagasti*



**Mesa de debate sobre gestión de esperas y garantías de demora: ¿cómo orientar políticas efectivas y sostenibles para las listas de espera en el SNS?**

**Experiencias en Gestión Sanitaria: accesibilidad y esperas en los sistemas públicos de salud: Visión de un ex (Dtor.Gral.; Subsecretario; Evaluación Tecnologías) Hoy médico en activo.**

## Listas de espera :Significado y Medida

- > N° personas que desean/necesitan una atención médica y están en espera de recibirla.
- > Tiempo medio/máximo de espera.
- > % Pacientes del total que superan un tiempo de seguridad establecido.
- > Representan el grado de ajuste entre la demanda de atención médica (actos) y la capacidad de producción de dichas atenciones (actos).
- > Se asume que el desajuste o desequilibrio (lista o demora largas) representa una deficiente atención a la salud.
- > Por analogía podría asumirse la proposición inversa: el ajuste representa correcta atención a la salud(?).

## Políticas para el reequilibrio: Desde la oferta

### Incremento de recursos

- Más centros/unidades de producción:consultas,quirófanos,equipos.
- Más personas.
- Contratación externa

### **Intensificación de su uso:**

- Más horas :ampliación horarios, autoconcertación.
- Más producción por hora.

## **Logros y fracasos de las políticas de incremento de la oferta**

### **Logros seguros**

- Aumento de la producción de actuaciones médicas.

### **Logros probables**

- Reducción de tiempos medios y extremos de algunas esperas ( casi siempre quirúrgicas).

### **Fracasos probables (casi seguros)**

- Rebrote de listas inicialmente atemperadas (c.externas,diagnóstico).
- Aparición de nuevas listas.
- Incertidumbre acerca de los resultados en salud.

## **Otras políticas de reequilibrio: Reducción de la demanda?**

### **Elementos no modificables de la demanda:**

- Prolongación de la esperanza de vida (aumento de la morbilidad)
- Avance tecnológico :Crecimiento de lo técnicamente posible.

### **Elementos modificables de la demanda:**

- Demanda y uso inapropiados de actos y tecnologías médica.

## **Demanda y uso inapropiados de actos/tecnología médica**

### **Práctica médica inapropiada:**

- Inútil
- Innecesaria



- Insegura
- Inclemente
- Insensata

### **Existen hoy en el SNS?**

- Se ha probado empíricamente en algunos casos
- Existe una percepción generalizada afirmativa entre profesionales, administradores y pacientes :se sobreatiende una demanda espontánea o inducida sin beneficio sanitario claro.

### **Consecuencias de la actividad ambulatoria especializada inapropiada**

- Desdibujamiento del papel central del médico de familia en el proceso asistencial.
- Retraso en la resolución de problemas concretos
- Descoordinación e interferencias en el proceso asistencial
- Molestias y cargas a pacientes y familiares
- Despilfarro de recursos
- *Generación de listas de espera*

### **Probables circunstancias que los facilitan**

- El modelo de organización asistencial imperante.
  - Taylorista: Producción masiva de actuaciones especializadas. La accesibilidad al/los especialistas como un bien en si mismo.
  - Desgobernado :“cadenas de montaje” poco coordinadas
  - Expansivo:El crecimiento de producción como aspiración y objetivo institucional.
- La tipología de médico predominante.
  - La superespecialidad meta del profesional de excelencia : desprestigio del generalista.
  - Las guías y protocolos centradas en patologías y no en pacientes.
  - Médicos que saben mucho de poco incapaces (no entrenados) para la atención integral.

¿Cómo Orientar Políticas Efectivas y Sostenibles para las Listas de Espera en el SNS?

- Generalistas (A.Primaria) sometidos a carga burocrática limitados para ejercicio profesional reflexivo.
- El paciente emergente.
  - Es crónico y pluripatológico
  - Cree (le han hecho creer) que los especialistas resuelven mejor sus problemas.

**Redundancia y solapamiento de actuaciones médicas: El paciente repartido itinerante y “mensajero.”**

- Un paciente (que es único) puede convertirse en un listado de n diagnósticos atendidos por n especialistas, a veces multiplicado por n<sub>1</sub> personas distintas en cada especialidad.Resultado final:Un paciente visto por nxn<sub>1</sub> médicos distintos.
- Cada especialista (o cada médico) propende a tratar lo que cree más importante, que suele ser “lo suyo”, ignorando a veces las consecuencias que ello tiene en otras patologías o intervenciones terapéuticas que acaecen en el mismo paciente.
- Con frecuencia el médico de familia (teórico *director* y *gestor de agenda de cuidados* ) es ajeno a y desconocedor de lo que sucede en parte de estos circuitos.

**El paciente repartido: una situación posible?**

CONDICIONES CLÍNICAS	ESPECIALISTAS	MEDICACIONES
Diabetes	Endocrino	ADOs, Insulina
Dislipemia		Estatinas
HTA	Cardio/Nefro	IECAs, ARAII
C. Isquémica	Cardio	Calcioantagonistas, Nitritos
Vasculopatía periférica	Cirugía Vascular	Beta/Alfabloqueantes
ACV	Neurología	Diuréticos(asa, ahorradores de K)
I. Renal	Nefrología	Antiagregantes plaquetarios
Poliartrosis/itis/osteoporosis	Reumatología/Trauma	Quelantes de fósforo
Anticoagulación	Hematología	EPO
		AINES Calcio, VitD
		Difosfonatos, THS
		Dicumarínicos

### Listas de espera consecuencia inevitable de una conjunción sinérgica

- De una sociodemografía sanitaria en la que la aplicación de lo técnicamente posible no tiene límites.
- De unos patrones de conducta profesional cada vez más inhábiles para la atención integral.
- De un SNS que pretende legitimarse por la producción más o menos eficiente de actos médicos.

### Distribución de lista de espera para primera vez en el Área médica (C.externas) CH.Toledo Nov 2006

Cardiología	477
Digestivo	438
Endocrinología	466
Geriatría	86
Medicina Interna	42
Nefrología	57
Neumología	200
Neurología	583
Reumatología	730
Todas	3079

### Líneas estratégicas para un cambio

- Redefinición de la misión del médico de atención primaria enfatizando y posibilitando su papel de auténtico director de biografía sanitaria e hilo conductor permanente de los procesos asistenciales que tienen lugar en sus pacientes (especialmente en los crónicos).
- Delimitación de la función de los especialistas en los procesos diagnóstico-terapéuticos para reducir la participación simultánea de varios en el manejo de pacientes que en todo momento deben disponer de una dirección de proceso responsable identificada.
- Modificación del contenido curricular de los profesionales sanitarios (truncalidad).
- Estímulo institucional efectivo a la práctica clínica apropiada (política salarial, promoción profesional, formación continuada).

### **Propuestas de acción para la reducción de la demanda inapropiada(I)**

I. Establecimiento y difusión de principios axiomáticos de buena práctica clínica:

- El médico de familia es el coordinador habitual y continuo del proceso asistencial llevado a cabo en sus pacientes en el ámbito ambulatorio.
- El especialista cumple una función intermitente,actuando sobre el paciente de manera directa sólo en los casos y circunstancias en las que el generalista no pueda o deba hacerlo.
- El paciente solo será desplazado físicamente al nivel especializado cuando ello sea imprescindible.
- El proceso asistencial multidisciplinar deberá ser ejecutado por el menor número de médicos posible.

### **Propuestas de acción para la reducción de la demanda inapropiada(II)**

II. Fomento de la formación continuada y el apoyo asesor a la AP.

- Desplazamiento de especialistas al área de primaria (Centro de Salud) para consulta sobre pacientes concretos o situaciones-tipo.
- Actualización periódica y rigurosa acerca de la utilidad de las tecnologías diagnóstico-terapéuticas que cada especialidad ofrece.

III. Fomento de la conexión permanente y acceso a la información disponible.

- Creación de servicios de interconsulta telefónica y/o telemática.
- Posicionamiento en Internet de información clínica relevante documentada.

*José Luis Conde Olasagasti*

*5 de junio 2007, Santiago de Compostela*

## CONCLUSIONES

Presentamos a continuación, a modo de conclusiones, el resumen de las distintas intervenciones de los ponentes, incluyendo todas las sesiones desarrolladas.

Estamos seguros que el análisis de las distintas fórmulas de inclusión y priorización de pacientes en las listas de espera desarrollada, supondrá una importante contribución en cuanto a una minoración de la demora media y mejorar la gestión de las mismas.

> **En el acto inaugural** la Conselleira de Sanidade María José Rubio Vidal, definió este encuentro como un debate serio sobre un problema que está en los sistemas públicos de salud, donde expertos aportan soluciones y potencian gestiones. En este sentido, este seminario busca conocer e incorporar todas aquellas soluciones que hayan dado resultados.

Compartió con los allí presentes, dos propuestas gallegas para el avance en este difícil tema, que son: la activación de un sistema informático que permita al paciente comprobar personalmente y en todo momento el lugar que ocupa en el sistema; y la puesta en marcha de un mecanismo informático que permita relacionar la consulta del especialista con el diagnóstico o resultado de la prueba que se solicita.

> **En la primera conferencia**, el director ejecutivo de gestión del Sistema Nacional de Salud escocés, John Connaghan, destacó que en su sistema se pasó de una espera de nueve meses en diciembre de 2003, a una de seis meses en diciembre de 2006 y a una de 18 semanas en la actualidad.

Apuntó que es necesario abordar la problemática de la lista de espera desde una perspectiva completa del sistema, midiendo la capacidad de diagnóstico, de infraestructura y de los recursos humanos para la consecución de objetivos.

Para conseguir esto, en el Sistema Nacional de Salud escocés, se supervisan las listas de espera y se produce un plan anual de gestión. Así mismo, es imprescindible la gestión de la información, un rediseño del sistema e incrementar la eficacia, introduciendo grupos de expertos e implicando a los profesionales para comprender la capacidad y los límites del sistema y reconocer el flujo de pacientes que se producen.



### > Mesa redonda: problemas de medición y priorización de las listas de espera.

Enrique Bernal Delgado, del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, afirmó que considera necesario incorporar el concepto de “a tiempo” en la gestión, ya que, atender de forma eficiente es atender a tiempo. Así mismo, señaló que no existe evidencia de que el incremento de la oferta reduzca a largo plazo la lista de espera o el tiempo de espera; al contrario, “incrementar la intensidad de los servicios en zonas que de por sí ya tienen alta intensidad tiende a promover que se atiendan personas menos apropiadas, en las que los riesgos superan a los beneficios”.

En la lista de espera quirúrgica existen tres categorías de pacientes: aquellos para los que existen pruebas de que se beneficiarán de la cirugía, pacientes que se sabe no van a tener beneficios con la cirugía y pacientes con incertidumbre sobre los resultados de la misma. La lista de espera se puede llenar de personas no apropiadas para la cirugía, si los incentivos favorecen la realización de cirugía (pago por acto o peonada). En este sentido, Bernal Delgado aboga por la incorporación de instrumentos para la valoración de la idoneidad de los pacientes.

Xavier Castells Oliveres, del Hospital del Mar de Barcelona, aludió a un estudio desarrollado en las Comunidades Autónomas de Canarias, Aragón, Cataluña y Andalucía. Incidió en que “hay que priorizar el sistema, priorizar que quien más lo necesite entre antes”.

En la actualidad, existe un rango de prioridad muy amplio, y personas con baja necesidad se unen a personas que sí tienen necesidad quirúrgica, por lo que habría que establecer una aplicación de tiempos de garantía según el nivel de prioridad. A esto hay que sumar que en la actualidad no se conoce la demanda, porque no existen estudios de la población de calidad que analicen la prevaleza de las enfermedades.

Mariano Gogorcena Aoiz, del Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo, esbozó cómo funciona el sistema de recopilación de datos y cómo se generan los indicadores básicos homogeneizados para todas las Comunidades Autónomas, cuyos resultados publica de manera integral tras el acuerdo en el Consejo Interterritorial.

Los criterios comunes para las listas de espera a nivel estatal son: el número de pacientes pendientes de una intervención quirúrgica programada en la fecha de corte, la tasa por cada mil habitantes, la proporción de pacientes que esperan más de seis meses y el tiempo medio de espera que, según indicó, se comporta de manera estable en los últimos cuatro años.

Señaló las claves del Plan de Trabajo 2007 en las que figuran: completar la implantación de indicadores, publicar jóvenes indicadores básicos en consultas y analizar la información sobre lista de espera.



**> Mesa redonda ¿Cómo orientar políticas efectivas y sostenibles en el Sistema Nacional de Salud?**

Contó con la participación de los exsubsecretarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, Enrique Castellón Leal y José Conde Olasagasti; y el presidente de la Asociación de Economía de la Salud, Pere Ibern Regás. Los tres ponentes debatieron sobre la gestión de la espera y la garantía de demora, y de cómo orientar políticas efectivas y sostenibles para las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

Incidieron en que cualquier decisión que se tome debe satisfacer la demanda del paciente y que deben estar implicados los profesionales y la ciudadanía. En este sentido coincidieron en el concepto de conectar equidad con priorización y en la necesidad de integrar atención primaria y especializada, en incluir modelos innovadores de gestión, y en introducir cambios en los sistemas de información.

**> En la última conferencia**, el Director General de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud, Julio Villar Barreiro, perfiló las estrategias de actuación existentes para reducir el tamaño y el tiempo en lista de espera y para mejorar los resultados.

En este sentido, desglosó las medidas en el incremento de la oferta, a través del presupuesto y concertación de la actividad, en el avance en la gestión aumentando la eficiencia, donde mencionó la coordinación asistencial, la gestión de los recursos, y también de la propia gestión administrativa de la lista; y, por último, en la merma de la demanda, mejorando los criterios de inclusión en la lista de espera con medidas basadas en la evidencia técnica. Concretó las áreas de actuación de la Sanidad pública gallega en las áreas de consultas, quirúrgicas y de pruebas diagnósticas. En el área quirúrgica, mencionó el incremento de procesos de cirugía mayor ambulatoria, y el avance del empleo y rendimiento de las zonas quirúrgicas en jornada común como ya se mencionó.

Finalmente, en el campo de las pruebas diagnósticas aludió al avance de la eficiencia en el uso de los recursos tecnológicos, e, incidió en la elaboración, implantación y desarrollo de Sistemas de Información de procedimientos ambulatorios.

*Berta Rivera Castiñeira*  
Directora de la FEGAS

*José Repullo Labrador*  
Jefe de Departamento de Planificación y Economía de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad



## CURRÍCULUMS DE PARTICIPANTES

### > ENRIQUE BERNAL DELGADO

Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista de Medicina Preventiva y Salud Pública Máster en Salud Pública y Administración Sanitaria. Máster en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria.

Profesor asociado Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Zaragoza. Associate Visiting Professor at Centre for the Evaluative Clinical Sciences. Department. of Community and Family Medicine. Dartmouth Medical School. Editor de "Atlas de Variaciones de Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud". Editor asociado de "Gestión Clínica y Sanitaria".

### > XAVIER CASTELLS OLIVERES

Jefe de servicio de Epidemiología Clínica del Hospital del Mar de Barcelona. Investigador de servicios sanitarios del IMIM. Profesor de la Universidad Autónoma de Barcelona. Profesor del Master de Salud Pública de la UPF.

### > JOSÉ LUIS CONDE OLASAGASTI

Licenciado en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Nefrología por la Universidad Complutense.

Director General del INSALUD (Junio 1991 - Julio 1993). Subsecretario de Sanidad y Consumo (desde Julio 1993- Julio 1994). Director de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo) Julio 1994-Julio 2000. Jefe de Servicio de Nefrología en el Hospital "Virgen de la Salud" de Toledo desde mayo de 2003.

### > JOHN CONNAHAN

Director Of Delivery, Health Directorate General, Scottish Government

### > MARÍA ÁNGELES GOGORCENA AÓIZ

Licenciada en Medicina y Cirugía, Especialidades de Medicina Familiar y Comunitaria y de Medicina Preventiva y Salud Pública. Desde 2003, Consejera Técnica del Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo (DG de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud).

Responsable de los Sistemas de Información Asistenciales entre otros: Recursos, dotación, actividad y gasto de hospitales – ESCRI - Registro de altas (CMBD) y Sistema de Información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud (SISLE-SNS). Coordinadora del grupo de expertos de Comunidades Autónomas para la implantación del Sistema de información de listas de espera.





Responsable de calidad y normalización de los sistemas de información, y representante del Ministerio de Sanidad y Consumo en el grupo coordinador de estadísticas asistenciales de Eurostat y en el grupo de trabajo sobre sistemas de salud en la Dirección General de Salud Pública – DG sanco de la CE.

> **JOSÉ RAMÓN REPULLO LABRADOR**

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid. Doctor en Medicina por la Universidad Autónoma de Madrid. Investigador Titular de los Organismos Públicos de Investigación.

Estudios de especialización en Medicina de Empresa (IMST, 1981), Salud Pública (Diplomado en Sanidad por la ENS, 1982), Dirección de Hospitales (Escuela de Gerencia Hospitalaria, 1984-1986), Economía y Planificación de Empresas (U.Politécnica, 1984-1985), y ha completado el grado de Master en Planificación y Financiación Sanitaria por la Universidad de Londres (1991-1992).

Jefe de Departamento de Planificación y Economía de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad (Instituto de Salud Carlos III-Ministerio de Sanidad y Consumo).

> **BERTA RIVERA CASTIÑEIRA**

Doctora en Economía por la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona.

Profesora titular de Economía Aplicada en la facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de A Coruña. Investigadora asociada del Centro de Investigación en Economía y Salud (cres) de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona. Directora de la Fundación Pública Escola Galega de Administración Sanitaria (FEGAS).







