



## Servicios de urgencias y listas de espera

En los sistemas nacionales de salud (SNS) –con cobertura universal y sin coparticipación financiera en el momento de la prestación– el balance del desequilibrio oferta-demanda se realiza mediante la limitación del acceso a los recursos, es decir, a través de un típico mecanismo de colas –que no racionamiento por los precios– para diferir en el tiempo una determinada actividad. Esta herramienta de gestión se ha venido empleando, fundamentalmente, en la mayoría de los procedimientos diagnósticos de alto coste y en muchas de las intervenciones quirúrgicas no urgentes (IQNU)<sup>1</sup>.

Sin embargo, en más de la mitad de los países de la OCDE –sobre todo en aquellos que combinan financiación pública con provisión mixta (privada complementaria)– el retraso habitual para las IQNU se ha ido acompañando, en las dos últimas décadas, de tiempos excesivamente prolongados para otras actividades sanitarias, incluso no quirúrgicas ni propiamente terapéuticas, por ejemplo simples consultas a especialistas<sup>2</sup>.

La desproporción entre oferta y demanda ha llegado a constituir un importante motivo de preocupación para los ciudadanos, pero también para los profesionales y los responsables de las políticas sanitarias. Las listas de espera (LE) se han configurado, así, como elementos perversos de la calidad del sistema, motivando las reclamaciones constantes de la sociedad que las sufre. Sin embargo, este déficit no parece obedecer a una respuesta insuficiente o improductiva de la oferta sanitaria, sino a una limitación de la demanda financiada<sup>3</sup>.

La perpetuación del fenómeno, en un escenario internacional de críticas a la consolidación de los SNS y del estado o sociedad del bienestar, ha obligado a prestigeadas organizaciones de especial relevancia a profundas investigaciones sociales, sanitarias y económicas. El proyecto de la OCDE<sup>2,4,5</sup> sobre este tema gira, fundamentalmente, sobre objetivos encaminados a examinar las iniciativas realizadas por las administraciones para reducir esos retrasos en doce países miembros, analizar sus causas y las diferencias y similitudes observadas entre sus sistemas sanitarios.

Es preciso enfatizar que si algunos países de la OCDE tienen “retrasos no negligentes”, no obedecen en todos a los mismos motivos. En doce estados (Australia, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Italia, Nueva Zelanda, Noruega, Holanda, Reino Unido, Suecia y, por supuesto, España) constituyen un importan-

te problema de salud que parece obedecer a graves limitaciones de la financiación pública<sup>2,5</sup>.

Existe una neta correlación negativa entre las actuaciones diferidas y la capacidad de los recursos –que se suele medir en número de camas o de facultativos en ejercicio– y, en los países mencionados, la oferta médica es la que presenta una asociación más fuerte. Según estimaciones econométricas –análisis de regresión multivariante– un aumento marginal de 0,1 médicos y especialistas en ejercicio, por mil habitantes, conllevaría una reducción media del retraso de 8,3 y 6,4 días respectivamente. Por otra parte, un incremento de 100 dólares por habitante, en las arcas del sistema, induciría una disminución del retraso medio de 6,6 días<sup>2,5</sup>.

La comparación entre países de la OCDE –especialmente aquellos con pequeño o nulo retraso– muestra que en éstos la oferta de camas para cuidados de corta duración tiene una fuerte correlación con su reducida LE<sup>2,5</sup>. Además, también hay asociación entre la remuneración de especialistas por acto –frente al pago por salario– y las LE, comprobándose que en los modelos donde hay pago directo aumenta la productividad, lo que confirma que una financiación hospitalaria ligada a la actividad podría contribuir también a disminuir la espera<sup>2,5,6</sup>.

Aunque la revisión de la literatura sugiere que hay escasa evidencia de que el coste de la espera sea clínicamente peligroso para el paciente –sobre todo en procesos de cirugía electiva<sup>6</sup>– la realidad es que el número de patologías que producen *discomfort* o discapacidad –cuando no dolor o impotencia funcional– es muy amplio, pudiendo también complicarse y agravarse, incluso llegando ocasionalmente a provocar la muerte del enfermo. Por ello se afirma que es coste-efectivo mantener una corta LE, ya que las consecuencias adversas son pequeñas en comparación con la posibilidad de ahorro financiero de los centros sanitarios: a precio cero, demanda infinita<sup>7</sup>.

Se han planteado varios modelos de intervención para intentar limitar los efectos de las LE: aumentar la productividad en el sector público financiando actividades específicas, introduciendo pagos directamente relacionados con éstas, reformando el tipo contractual de los especialistas, incrementando la funcionalidad de los bloques quirúrgicos y utilizando recursos privados<sup>2,5</sup>. Pero todos, de una u otra forma, no han conseguido claramente el objetivo: el problema es, sin duda, económico, y para resolverlo ha-

bría que pasar por la inyección presupuestaria, sin olvidar nuevas fórmulas de gestión de personal.

Pero como la solución definitiva –incremento financiero, incluso en áreas con alta renta<sup>8</sup>– no es fácilmente implantable, la sociedad ha asumido que, si el problema radica en la accesibilidad, el criterio de “necesidad percibida” puede traducirse en “necesidad expresada” y, de este modo, en demanda urgente ante el sistema de salud. La conceptualización de un proceso clínico bajo el carácter de urgencia es complejo y comprometido pues, aunque no científicamente, sí es aceptable desde un punto de vista puramente social. Si, además, el desarrollo tecnológico facilita progresivamente los resultados positivos en actuaciones médicas sofisticadas, disminuyendo los riesgos y consiguiendo una rápida y mejor calidad de vida, la necesidad y la demanda de salud va a ser mucho más tangible en nuestros ciudadanos.

Solamente el convencimiento individual de estar haciendo una mala utilización de los recursos públicos, y del coste que lleva aparejado, podría alterar esta dinámica. Pero, lamentablemente, todavía estamos muy lejos de alcanzar el nivel de cultura social que precisa ese reconocimiento personal. Como, además, los mecanismos de coparticipación financiera no influyen claramente como elemento recaudatorio ni disuasorio, pudiendo afectar negativa e inequitativamente a los más desfavorecidos y verdaderamente enfermos, la utilización de la vía urgente para acceder al sistema se ha convertido ya en rutinaria. En otras palabras, se ha oficializado.

Cada vez es más frecuente leer y recibir quejas, reclamaciones o sugerencias de profesionales de la asistencia urgente sobre la desproporción de recursos, la elevadísima tasa de usuarios que no deberían acudir a los hospitales como puerta de acceso, la escasa utilización de la atención primaria y mil formas más de manifestaciones en contra de una dinámica ciudadana que ya se ha desarrollado. Desde mi punto de vista, el problema radica en que no se trata de tal, sino de una transformación de la demanda so-

cial que no ha encontrado respuesta adecuada en las soluciones políticas, y que debe ser asumida cuanto antes para poder implantar las herramientas y mecanismos necesarios que permitan un equilibrio sostenible.

La medicina de urgencia ya no es sólo una especialidad –y lo vengo anunciando hace años– sino que se ha convertido en un subsistema del modelo sanitario, un conjunto de recursos y actividades de extraordinaria complejidad, que conforman una fase específica de la enfermedad o la discapacidad del ciudadano. Su demanda de utilización, cada vez más ampliada, no hace sino ratificar la percepción y la necesidad de la sociedad. Y si no, tiempo al tiempo...

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Lindsay CM, Feigenbaum B. Rationing by waiting lists. *Am Econ Rev* 1984;74:404-17.
- 2- Hurst J, Siciliani L. Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries. *OECD Health Working Paper num 6*, 2003.
- 3- Camps V, López G, Puyol A. Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas. Informe núm. 4, Fundación Grifols, Barcelona, 2006.
- 4- Martínez de Pancorbo C, Moral L. Surgical waiting list reduction programme. The Spanish experience. *European Hospital and Healthcare Federation (HOPE)*, 2002.
- 5- Siciliani L, Hurst J. Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries. *OECD Health Working Papers num. 7/2003*, OECD, 2003.
- 6- Gravelle H, Dusheiko M, Sutton M. The demand for elective surgery in a public system: time and money prices in the UK National Health Service. *J Health Econ* 2002;21:423-9.
- 7- Iversen T, Luras H. Waiting times as a competitive device: an example from general medical practice. *Int J Health Care Finan Econ* 2002;2:189-204.
- 8- Baerlocher MO, Detsky AS. Do richer provinces have shorter waiting times to see specialists? *CMAJ* 2006;174:447.

**E. Moreno Millán**  
Sevilla