

Gestión de la lista de espera y de la actividad de los servicios quirúrgicos

Julio Miguel Vila y Carmen Garrote

Servicio de Cirugía. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo. España.

Resumen

Introducción. Exponemos nuestra experiencia en la gestión de la lista de espera (LEQ) y la actividad de los servicios quirúrgicos, en un hospital grupo 2 del INSALUD. Los objetivos son reducir la demora en LEQ, incrementar la actividad quirúrgica, implantar un sistema de información eficaz y mejorar la gestión de pacientes.

Material y método. Implantación, en agosto de 1998, de nuevas formas de gestión; desde 1999, la Circular 7/97 INSALUD; creación de la UDCA, la UCSI; gestión informática de LEQ; inicio quirófanos (a las 8.30), número intervenciones quirófano/día (> 3), índice ocupación (> 75%), suspensiones (< 3%) y programación quirúrgica; asignación mensual de quirófanos, según pacientes en lista, y envío mensual de información a los servicios. El período abarca 5 años (1997-2001).

Resultados. Mayor ingreso en LEQ (el 23,98% en 2001 respecto al 2000), intervenciones (7.000/año), intervenciones ambulatorias (el 59,33% en 2001 respecto a 1997) y CMA (59,75%). Hay un 79% de ocupación quirófanos. No existen esperas de más de 6 meses (desde 1998). Menor demora media IMSALUD (27,7 días en 1998; 36,87 en 1999). Suspensiones < 3% (desde 1998). Un 88,86% de intervenciones con pacientes de LEQ y un 78,82% de salidas en jornada ordinaria. Menos depuraciones (un 10,90% en 2001). Mayor complejidad (6,66%), peso medio (27,52%) y diagnósticos al alta (50%); disminución del índice de estancia media ajustada (6,66%) y de la estancia media (10,97%) en 2001 respecto a 1997.

Conclusiones. Mejor gestión de lista de espera quirúrgica al unificarse en una central; la programación quirúrgica debe realizarse en sesiones clínicas, no en consulta; la Normativa del Bloque Quirúrgico aumenta su rendimiento; el nombramiento de un responsa-

ble mejora su gestión, y el mejor funcionamiento del hospital y de los servicios quirúrgicos aumenta la demanda.

Palabras clave: *Lista de espera. Servicios quirúrgicos. Gestión.*

MANAGEMENT OF SURGICAL WAITING LISTS AND ACTIVITY

Introduction. We describe our experience of the management of surgical waiting lists and activity in the hospital of Ntra Sra. del Prado (a general hospital of the Spanish public health system [INSALUD]). The objectives were to reduce waiting list delays, increase surgical activity, implement an efficient information system, and improve patient management.

Material and method. New management techniques were introduced in August 1998: in 1999 INSALUD communiqué 7/97 was applied; the Admissions and Clinical Documentation Unit and the Ambulatory Surgery Unit were set up; computerized management of surgery waiting list; surgery rooms schedule (starting at 08.30); surgery procedures per room/day (> 3); usage index (> 75%); cancellations (< 3%) and surgery schedule; monthly allocation of surgery rooms depending on the type of patients on the list and monthly status report to services. The time frame studied was 5 years (1997-2001).

Results. The number of patients enrolled on the surgical waiting list increased by 23.98% (from 2000 to 2001), 7000 interventions were performed per year, ambulatory surgery interventions increased by 59.33% (from 1997 to 2001) and major ambulatory surgery increased by 59.75%. The surgery room usage index was 79%. No patient remained on the waiting list for more than six months (from 1998). The IMSALUD mean delay was reduced (27.7 days in 1998, 36.87 in 1999). Less than 3% of interventions were canceled (from 1998). Patients processed: 88.86% from waiting list and 78.82% regular working hours. Waiting list purges decreased (10.90% in 2001). Complexity (6.66%), mean hospital weight (27.52%) and discharge diagnosis (50%) increased while the adjusted mean

Correspondencia: Dr. J.M. Vila Blanco.
Avda. Pocito de las Nieves, 4, 2.º A.
28230 Las Rozas. Madrid. España.
Correo electrónico: jmvblanco@navegalia.com

Aceptado para su publicación en marzo de 2003.

length of hospital stay index (6.66%) and mean length of stay (10.97%) decreased from 1997 to 2001.

Conclusions. Management of the surgical waiting lists was improved by merging them all into one. Surgery scheduling should take place in clinical sessions and not in consultations; the surgical block's regulations improved efficiency, appointing a person in charge of the surgical block improved its management, and smoother running of the hospital and surgery services increased demand.

Key words: Waiting list. Surgery services. Management.

Introducción

La sanidad pública española garantiza la universalidad de acceso a prácticamente todos los servicios sanitarios. Por ello, las listas de espera constituyen un claro factor regulador de la demanda. Sin embargo, los tiempos muy prolongados, tanto en los procedimientos diagnósticos como en los terapéuticos, pueden comprometer de manera sensible el principio de equidad que inspira a estos sistemas sanitarios¹⁻³.

En términos generales, las listas de espera pueden estar motivadas por dos tipos de circunstancias, cada una de las cuales precisará actuaciones diferentes por la dirección de los centros de las instituciones sanitarias:

1. Desequilibrios estructurales entre la demanda asistencial (necesidad expresada de la población) y la capacidad de oferta (provisión de servicios de la Administración), entendidos ambos términos para un tiempo y un espacio determinado.

2. Limitaciones en la utilización de la capacidad de la oferta teórica existente.

Cualquier estrategia de actuación frente a las listas de espera debe partir del análisis inicial de las causas que las motivan, dimensionando y/o descartando, en primer lugar, los posibles problemas estructurales, para centrarse, a continuación, en las limitaciones de la capacidad de oferta.

Por otro lado, las listas de espera son un claro ejemplo de sistema de información para la toma de decisiones, para lo que resultan obligadas la normalización y la actualización permanente de los datos.

En España, a principios de los años noventa, comienzan a estudiarse, aplicarse y evaluarse todas las técnicas de gestión. Desde su instauración paulatina, ha habido un proceso constante de revisión y evaluación de resultados, para mejorar la efectividad en la gestión diaria del hospital³⁻⁵.

El objetivo general fue reducir la demora de pacientes en lista de espera quirúrgica (LEQ), y los objetivos específicos fueron mejorar la gestión de pacientes, incrementar la actividad quirúrgica e implantar un sistema de información eficaz para la toma de decisiones.

Material y método

El Hospital Nuestra Señora del Prado, hospital público del grupo 2 gestionado por el IMSALUD, con 275 camas de agudos, está situado en el Área Sanitaria de Talavera de la Reina, y da cobertura a 139.976 habitantes (censo del INE de 1996), de los cuales 67.768 (48,41%) vi-

ven en la ciudad de Talavera y 72.208 (51,59%) en los restantes 78 municipios del Área, cuya mayoría tiene padrones por debajo de los 1.000 habitantes. El Área abarca, también, la zona de Anchuras (Ciudad Real) y del Valle del Tiétar (Ávila). El hospital realiza las actividades de asistencia especializada propia de los hospitales de su grupo. Dispone de cuatro quirófanos generales para cirugía programada, uno para urgencias y dos para locales, en los que se lleva a cabo cirugía con ingreso (CI), cirugía mayor ambulatoria (CMA) y cirugía local (CL).

Los servicios quirúrgicos existentes en el hospital son: cirugía, dermatología, ginecología, oftalmología, otorrinolaringología, traumatología y urología. Además, se utilizan sesiones quirúrgicas: cardiología (marcapasos y Holter), digestivo (endoscopias y gastrostomías endoscópicas), hematología (accesos venosos), neumología (broncoscopias y biopsias torácicas), planificación familiar (ligadura de trompas por laparoscopia) y psiquiatría (electroshock).

Desde agosto de 1998 se aplican nuevas formas de gestión, y se marca como objetivo la mejora continua de los indicadores de actividad, calidad y costes, que sistemáticamente se recoge en los contratos de gestión desde 1999⁶⁻⁷. Por ello, se aplicaron nuevas formas de gestión para mejorar el control de la LEQ y obtener un mayor rendimiento en los quirófanos, dando mayor calidad a los usuarios.

Gestión de las listas de espera quirúrgicas

Hasta diciembre de 1998 estuvo vigente la Circular 3/94, y desde enero de 1999 se aplica la 7/97, "Guía para la Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica", con el objetivo de tener criterios homogéneos para la inclusión de pacientes en la LEQ en todo el territorio IMSALUD⁸.

Desde mayo de 1999, tras su creación, la LEQ se centraliza en la Unidad de Documentación Clínica y Admisión (UDCA), y antes, en el Servicio de Admisión. Para un mayor y mejor control de los ingresos hospitalarios se ha procedido a crear una nueva carpeta de ingreso/inclusión en LEQ, que incluye, también, la notificación de alta (a entregar en la UDCA) y un consentimiento para ingreso y tratamiento. Además, se han implantado los protocolos recomendados por las sociedades científicas. La gestión informática de la LEQ, por su volumen en la captación y procesado de información, recae en el Departamento de Informática.

Por la incapacidad del archivo de historias clínicas para gestionar de manera adecuada y eficaz la demanda de historias clínicas hacia consultas y quirófanos, que originaba el mayor número de reclamaciones que se producían en el hospital, estos archivos se externalizaron (septiembre 1999).

Actividad quirúrgica

Desde 1999, la distribución mensual de quirófanos (programación cerrada por jornadas) la realiza el subdirector médico y coordinador quirúrgico, atendiendo a la LEQ de los distintos servicios quirúrgicos, asignando el mayor porcentaje a las especialidades que más pacientes tienen en lista de espera o que, aun teniendo menos pacientes, sus enfermedades y los tiempos de intervención son mayores (mediante manejo de los listados de espera y creación de bases de datos con las intervenciones, personal que interviene y tiempos). También, existe una programación abierta semanal.

Además, el subdirector médico controla la programación quirúrgica (para disminuir la estancia media pre y posquirúrgica y aumentar el peso medio de las enfermedades atendidas), el horario de los quirófanos (que comienza a las 8.30 h) y su porcentaje de ocupación (> 75%), el número de intervenciones por quirófano y día (media > 3) y las causas de las suspensiones (disminuir a menos del 3%), la aplicación de consentimientos informados y la protocolización de los procesos. Todos ellos objetivos del Contrato de Gestión y pactados con los servicios. El control se lleva a cabo mediante el conocimiento de la actividad quirúrgica semanal programada, el estudio diario de las hojas de quirófano y la relación de toda la actividad quirúrgica realizada (urgente y programada) y la presencia diaria en el bloque quirúrgico (primera hora, a mitad y al final del día). Al inicio de cada mes se realiza un control con el estudio de los cuadros de mandos (UDCA del hospital y del IMSALUD).

La programación quirúrgica se realiza en las sesiones clínicas de los servicios (semanal o quincenal), programándose los pacientes incluidos en LEQ, aplicando la Normativa de Gestión de Listas de Espera del IMSALUD: "los preferentes tienen prioridad y, a igualdad de enfermedad,

los no preferentes más antiguos en LEQ". Dicha programación es supervisada por el subdirector médico y coordinador quirúrgico y, ante divergencias en la programación, es discutida con el jefe del servicio. Los pacientes de CMA son siempre no preferentes, al igual que los locales, y se programan de la misma manera. No se admiten programaciones desde las consultas externas (salvo excepciones).

Con carácter mensual se envía a los diferentes servicios información de la evolución de su actividad quirúrgica, datos de la LEQ, indicadores de hospitalización y estancias por grupos relacionados con el diagnóstico (GRD), comparativas con el estándar de hospitales del mismo grupo del IMSALUD.

Desde el 4 de octubre de 1999 funciona la unidad de cirugía sin ingreso (UCSI), unidad integrada de tipo mixto, para aglutinar en ella los procedimientos de CMA, tener datos más fiables y mayor agilidad en la resolución de múltiples procesos que no precisan ingreso, estando todo protocolizado. Cada servicio quirúrgico ha incluido distintos procesos susceptibles de CMA, indicando sus tiempos aproximados de intervención y la recuperación posquirúrgica para poder ser dados de alta.

El trabajo se ha llevado a cabo mediante un análisis y una síntesis de la información disponible de la actividad llevada a cabo en el hospital. El período estudiado abarca de 1997 hasta 2001. Se analizan los siguientes parámetros: datos de la LEQ, intervenciones y hospitalización. Los datos se obtienen del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) y del Cuadro de Mando Seguimiento Contrato Gestión (IMSAUD)⁸ y de los cuadros de mando (UDCA. Hospital Nuestra Señora del Prado)⁹. Otros datos se incluyeron en una hoja de cálculo (Excel[®]), con diferentes epígrafes.

Las variables categóricas se expresan como porcentaje y las continuas, como media.

Resultados

La actividad quirúrgica ha oscilado entre 6.331 intervenciones (1997) y 7.000 (de 1998 a 2001), entre programadas y urgentes, con y sin hospitalización. La cirugía programada con ingreso alcanzó su máximo en 1999 (3.107) y descendió en 2001 (1.867), debido a que hubo

que disminuir el número de quirófanos funcionantes, ya que de nueve anestesistas se pasó a tener cinco (lo que provocó que sólo fueran operativos dos o tres quirófanos, y en épocas de vacaciones sólo el de urgencias), y por un incremento importante de la cirugía sin ingreso. Además, ingresaron en LEQ un 23,98% (1.345) pacientes más que en el año 2000, pero, a pesar de todas las dificultades, se intervino a un 7,22% (450) pacientes más que el año anterior (tablas 1 y 2).

En 2001 se llevaron a cabo 3.644 intervenciones mediante cirugía ambulatoria (aumento del 59,33% respecto a 1997) y con CMA se intervino a 1.948 pacientes (aumento del 59,75% respecto a 1997), con un índice de sustitución medio global del 50% (1999, 2000 y 2001), siendo del 100% en las biopsias de nódulos de mama, tanto simples como radioguiadas (cirugía general) y del 96% en cataratas (oftalmología). En 2000 la cirugía con ingreso ha tenido peso medio de 1,99 y en 2001 de 1,89, y el de la CMA ha sido de 0,82 y de 0,78, respectivamente. Desde agosto de 1998 las intervenciones suspendidas con hospitalización se han mantenido por debajo del 3% mensual (> 12% mensual y menos del 8% en 1997) y del 2% en la CMA (tabla 1). Y las reprogramaciones han pasado del 25% (1997) a menos del 2% (desde 1999).

En la figura 1 se expone la actividad de los servicios: índice de estancia media ajustada (IEMA), índice de complejidad, peso medio, intervenciones programadas con CMA e índice de sustitución.

Los ingresos totales se mantienen en alrededor de los 10.000 pacientes/año; la estancia media global descendió en 2001 un 10,97% (6,98 días) respecto a 1997 (7,84 días); en los tres últimos años se mantiene una estancia

TABLA 1. Indicadores quirúrgicos

Conceptos/indicadores	1997	1998	1999	2000	2001
Quirófanos programados funcionantes	3,53	4,00	4,48	4,80	3,63
Total intervenciones quirúrgicas	6.331	7.093	6.990	6.689	6.971
Intervenciones programadas con ingreso	2.489	2.723	3.107	1.892	1.867
Intervenciones quirúrgicas programadas procedentes LEQ (%)	40,06	77,01	82,32	86,13	88,86
Intervenciones programadas con ingreso al mes (n)	207	228	259	158	156
Intervenciones programadas con CMA (n)	784	1.084	1.472	1.786	1.948
Índice sustitución	23,95	28,47	56,29	48,50	51,06
Intervenciones programadas con CMA al mes	65	90	123	149	165
Peso medio quirúrgico (con ingreso)	1,22	1,52	1,75	1,99	1,89
Peso medio CMA	0,42	0,52	0,65	0,82	0,78
Intervenciones programadas ambulantes	1.482	1.692	2.439	3.432	3.644
Intervenciones programadas ambulantes al mes	124	140	203	286	304
Otros procedimientos quirúrgicos ambulatorios fuera del quirófano				1.309	2.500
Intervenciones quirúrgicas urgentes con ingreso	1.099	1.189	1.148	1.101	1.135
Intervenciones quirúrgicas urgentes ambulantes	1.486	1.692	296	264	325
Suspensión intervención programada con ingreso (%)	8,00	5,13*	2,63	1,90	2,10
Suspensión intervención programada CMA (%)	1,63	1,52	1,40	1,60	1,60
Intervención programada (ingreso + CMA)/quirófano funcionante/día hábil	2,64	4,19	4,57	4,99	5,20
Estancia media preoperatoria en cirugía programada	22,97	1.22**	0,21	0,20	0,17
Índice entradas/salidas LEQ	0,79	1,00	0,94	0,93	1,05
Salidas intervención quirúrgica programada jornada ordinaria hospital (%)	56,78	64,70	72,45	72,50	78,82
Salidas por depuración (%)	43,22	23,70	19,22	16,26	10,90
Total demanda quirúrgica	870	1.039	1.100	1.210	1.528
Demandas quirúrgicas a los 3-6 meses	246	181	100	141	341
Demandas quirúrgicas > 6 meses	19	0	0	0	0
Demandas quirúrgicas > 9 meses	3	0	0	0	0
Demora media total anual LEQ (días)	77,49	59,88	43,00	50,00	55,72
Demora media a 31 de diciembre (días)		27,70	36,87	48,13	62,00

LEQ: lista de espera quirúrgica; CMA: cirugía mayor ambulatoria.

*Media anual: desde agosto hasta diciembre fue del 2,34%. **Media anual: desde agosto hasta diciembre fue 0,63.

Datos: CMBD y Cuadro de Mando Seguimiento Contrato Gestión (IMSAUD). Cuadros de Mando (UDCA Hospital Nuestra Señora del Prado).

TABLA 2. Evolución de los indicadores de LEQ

	Totales				Totales			
	1999	2000	2000 – 1999	2000 – 1999	2000	2001	2001 – 2000	2001 – 2000
Índice entradas/salidas en LEQ	0,994	0,954	-0,040		0,954	1,040	0,086	
N.º entradas	5.583	5.609	26	0,46%	5.609	6.954	1.345	23,98%
N.º salidas	6.457	6.233	-224	-3,47%	6.233	6.683	450	7,22%
Intervenciones LEQ (%)	82,32	86,13	3,81	4,64%	86,13	88,86	2,73	3,17%
Demora media	36,87	48,13	11,26	23,39%	48,13	62,00	13,87	22,37%
Demora máxima	155	178,00	23	12,92%	178,00	180,00	2	1,11%
Centros concertados	601	515	-86		515	533	18	
Quirófanos programados funcionantes	4,48	4,34		-0,14%	4,34	3,63		-16,36%
Utilización del quirófano (%)	78,50	80,05		1,94%	80,05	78,24		-2,26%
Intervenciones hospitalarias	3.107	1.892	-1.256	-39,11%	1.892	1.867	-25	-1,32%
Intervenciones ambulatorias	2.439	3.432	1.032	28,93%	3.432	3.644	212	5,82%
CMA	1.472	1.786	314	17,58%	1.786	1.948	162	8,32%

Datos: Cuadros de Mando (UDCA. Hospital Nuestra Señora del Prado).

media sin *outliers* similar (6,40 días), debido al mayor peso medio de la enfermedad con ingreso. La estancia media de los servicios quirúrgicos varía de 7,99 días en 1997, pero con un peso de 1,22, hasta 7,75 días, y 1,89 de peso medio en el 2001. Desde 1997 a 2001 el peso medio hospitalario ha aumentado en un 27,52%, y el índice de complejidad, un 6,66%; por otro lado, el IEMA ha descendido un 4,90%. Los diagnósticos por alta han aumentado un 50% y los procedimientos por alta un 357,89% (tablas 1 y 3).

La media de camas instaladas en el hospital, desde 1997, está próxima a las 270, con un índice de ocupación media del 70%. La media de camas utilizadas por los servicios quirúrgicos osciló entre 115 (1998-2000) y 109 (2001), con una estancia media de 7,99 días en 1998 (desde agosto hasta diciembre de 4,66), de 6,54 en 1999, de 9,05 en 2000 y de 9,31 en 2001. El índice de ro-

tación fue de 3,44 en 1998, de 3,13 en 1999, de 2,71 en 2000 y de 2,35 en 2001. Hubo una ocupación media del 53,48% en 1998 (un 73,06% de agosto a diciembre), del 62,9% en 1999, del 75,1% en 2000 y del 66% en 2001 en los servicios quirúrgicos (tabla 3).

Desde agosto de 1998 se produce una distribución de quirófanos de acuerdo con los pacientes en LEQ de los servicios (tabla 4); desde 1999 se ha conseguido que las intervenciones comiencen antes de las 8,45 h y que los tiempos muertos entre intervenciones sean menos de 30 min. Esto nos ha permitido tener una media anual de ocupación de quirófanos del 78,50% en 1999, del 80,05% en 2000 y del 78,24% en 2001 (tabla 5). Este aprovechamiento ha permitido que las intervenciones por quirófano/día hábil hayan aumentado desde 2,64 (1997) a 5,2 (2001); que se haya incrementado el porcentaje de salida de pacientes por jornada ordinaria del 56,78 al 78,82%;

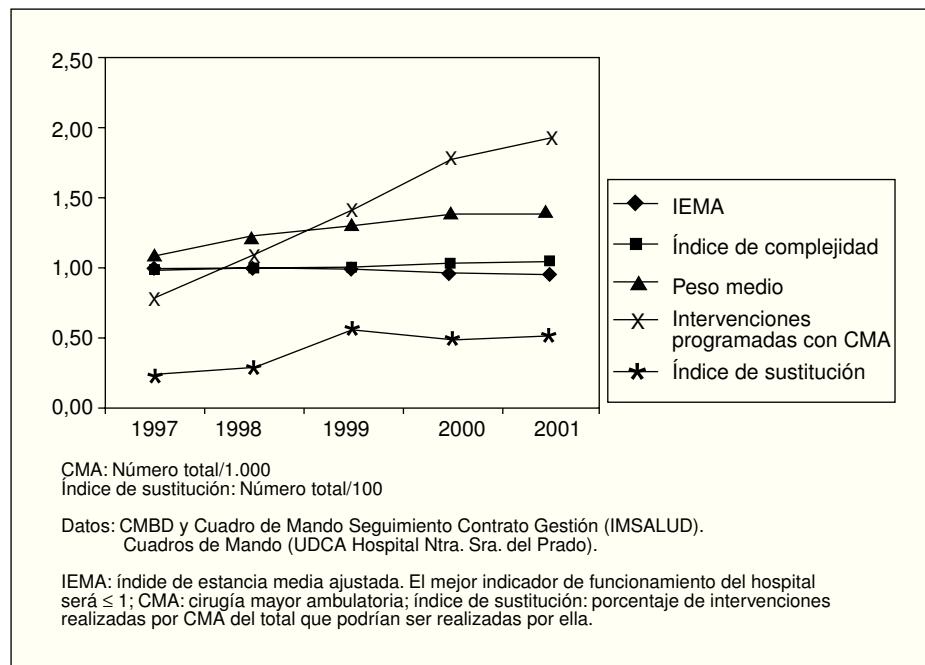


Fig. 1. Indicadores del hospital.

TABLA 3. Indicadores de hospitalización

Conceptos/indicadores	1997	1998	1999	2000	2001
Camas instaladas	272	272	272	264	268
Ingresos totales	9.833	10.237	9.881	9.921	9.747
Altas totales	9.843	10.284	9.927	9.880	9.920
Altas codificadas (%)	95,81	96,00	99,42	97,43	99,71
Índice de ocupación	77,75	70,90	68,90	74,30	71,00
Índice de rotación	3,02	3,26	3,41	3,48	3,15
Estancia media global	7,84	7,34	7,17	7,45	6,98
Estancia media sin outliers		6,56	6,40	6,40	6,44
EMAC	6,30	6,28	6,19	6,04	5,95
EMAF	5,94	5,92	6,31	6,50	6,52
IEMA	1,02	1,00	0,98	0,96	0,97
Índice de complejidad	0,98	1,00	1,01	1,04	1,05
Peso medio	1,09	1,22	1,29	1,39	1,39
Estancia media quirúrgica	7,99	7,12	7,48	8,39	7,75
Diagnósticos (por alta)	2,37	3,44	4,13	4,79	4,74
Procedimientos (por alta)	0,95	1,36	3,78	5,26	3,40
GRD médicos (%)			66,54	70,07	67,66
GRD quirúrgicos (%)			33,41	29,87	32,33

EMAC: estancia media ajustada por la casuística; EMAF: estancia media ajustada por el funcionamiento; IEMA: índice de estancia media ajustada; outliers: extremos; GRD: grupos relacionados por el diagnóstico. Datos: CMBD y Cuadro de Mando Seguimiento Contrato Gestión (IMSALUD). Cuadros de Mando (UDCA Hospital Nuestra Señora del Prado).

que haya aumentado el porcentaje de pacientes de LEQ programados desde el 40,06 al 88,86%, así como disminuir las salidas por depuración del 43,22 (1997) al 10,90% (2001) (tabla 1, figs. 2 y 3).

En 2001, se llevó a cabo una inspección del bloque quirúrgico del hospital, para valorar los rendimientos en el primer trimestre, y se obtuvo una media de ocupación del 77,33% (sin quirófano de urgencias), que fue del 82,50% en el quirófano I (traumatología), del 77,02% en el II (cirugía), del 80,25% en el III (oftalmología, otorrinolaringología, cirugía, ginecología, urología y traumatología), del 73,71% en el V (todas las especialidades) y del 73,70% en el VI (cirugía local). Hay un quirófanillo (VII) para cirugía local, que se usa de forma excepcional, con un porcentaje de ocupación media del 35,90%.

Además, en la inspección se nos recomendó (según la legislación) llevar a cabo una Normativa del Bloque Quirúrgico, que se hizo y fue aprobada por la Junta Técnico Asistencial en julio de 2001.

Por otro lado, en 1997 había pacientes en LEQ con demoras superiores a los 9 meses, y en agosto de 1998 éstas eran de más de 6 meses. Desde diciembre de 1998 no ha habido ningún paciente con demora superior a los 6 meses. Del total de pacientes en LEQ, en 1998, en el 82,58% (858) la espera era inferior a 3 meses y en el

TABLA 4. Porcentaje de asignación de quirófanos

Especialidades	Quirófanos programados (porcentaje acumulado anual)											
	Mes (2001)											
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Cirugía general y digestiva	32,00	32,50	32,39	32,19	31,92	31,52	30,50	29,43	29,22	29,55	29,67	29,40
Dermatología	5,00	4,50	4,82	5,52	5,72	5,82	4,99	4,37	3,88	4,03	4,47	4,69
Ginecología	3,00	5,00	6,55	7,52	7,14	7,00	7,61	7,31	7,45	7,62	7,70	7,65
Oftalmología	9,00	8,00	8,74	8,52	9,06	9,37	9,48	10,62	10,97	11,04	11,01	10,94
ORL	6,00	6,50	8,08	8,25	8,62	8,94	8,15	7,78	7,87	7,98	7,95	8,09
Traumatología	31,00	29,50	26,77	26,31	25,76	25,69	26,89	26,69	26,02	25,50	25,24	25,13
Urología	14,00	13,50	12,65	11,69	11,78	11,64	12,39	13,81	14,58	14,29	13,96	14,09

Datos: Cuadros de Mando (UDCA Hospital Nuestra Señora del Prado).

TABLA 5. Porcentaje de ocupación de quirófano

Especialidades	Quirófanos programados (porcentaje acumulado anual)											
	Mes (2000)											
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Cirugía general y digestiva	78,57	81,01	87,97	76,11	77,02	83,50	84,50	90,79	81,72	80,98	80,83	78,51
Dermatología	65,93	64,29	63,83	65,71	61,22	81,40	82,38	100,00	71,43	87,10	87,23	85,71
Ginecología	68,52	69,88	82,14	96,30	70,73	84,62	79,85	87,50	72,09	79,17	90,77	80,88
Oftalmología	61,54	76,00	79,55	76,67	76,92	83,93	76,27	86,96	82,76	92,31	86,11	91,55
ORL	51,28	67,92	72,06	66,67	73,33	80,65	65,52	68,42	89,19	86,36	82,61	96,88
Traumatología	77,98	77,13	87,83	85,40	84,94	78,85	88,37	89,26	90,76	87,82	85,71	84,08
Urología	55,84	67,86	69,35	77,14	83,53	65,05	72,58	77,14	76,81	86,44	75,00	86,11
Media total	65,67	72,01	77,53	77,71	75,38	79,71	78,50	85,72	80,68	85,74	84,04	86,25
Promedio = 79,08												
Promedio trimestre			71,74			77,20			81,63			85,34

Datos: Cuadros de Mando (UDCA Hospital Nuestra Señora del Prado).

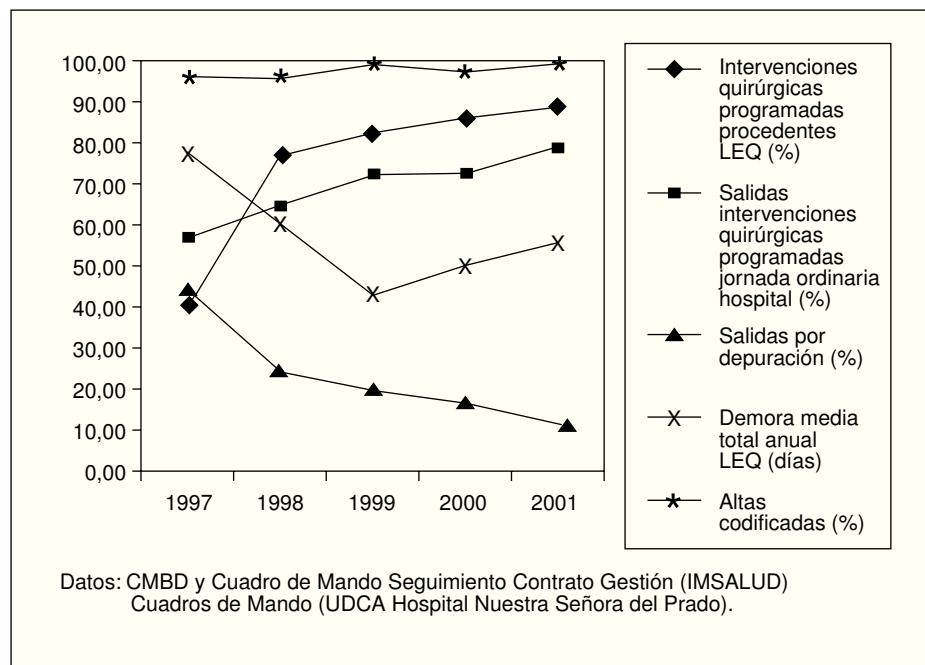


Fig. 2. Mejora en la gestión de las listas de espera quirúrgicas (LEQ).

17,42% inferior a 6 meses. En 1999, en el 90,91% (1.000) la espera era inferior a 3 meses y en el 9,01% estaba por debajo de los 6 meses. En 2000, en el 88,35% (1.069) la espera era inferior a 3 meses y en el 11,65% estaba por debajo de los 6 meses. Por último, en 2001, en el 77,68% (1.187) la espera era inferior a 3 meses y en el 22,32%, inferior a 6 meses (tablas 1 y 2).

En 1999 la casuística del hospital fue un 0,5% más compleja que el estándar (hospitales del grupo 2) y su funcionamiento fue un 2,47% mejor. En el 2000 la casuís-

tica fue un 3,9% más compleja, y el funcionamiento, un 4,25% mejor. En 2001 la casuística fue un 5,1% más compleja, y el funcionamiento, un 4,24% mejor. En la tabla 6 se exponen la casuística y el funcionamiento de los servicios quirúrgicos.

Si nos centramos en el Servicio de Cirugía General, comprobamos cómo ha mejorado su funcionamiento. En él, se han realizado 711 intervenciones programadas con hospitalización en 1998, 867 en 1999, 595 en 2000 y 679 en 2001; 497 intervenciones urgentes con hospitalización en 1998,

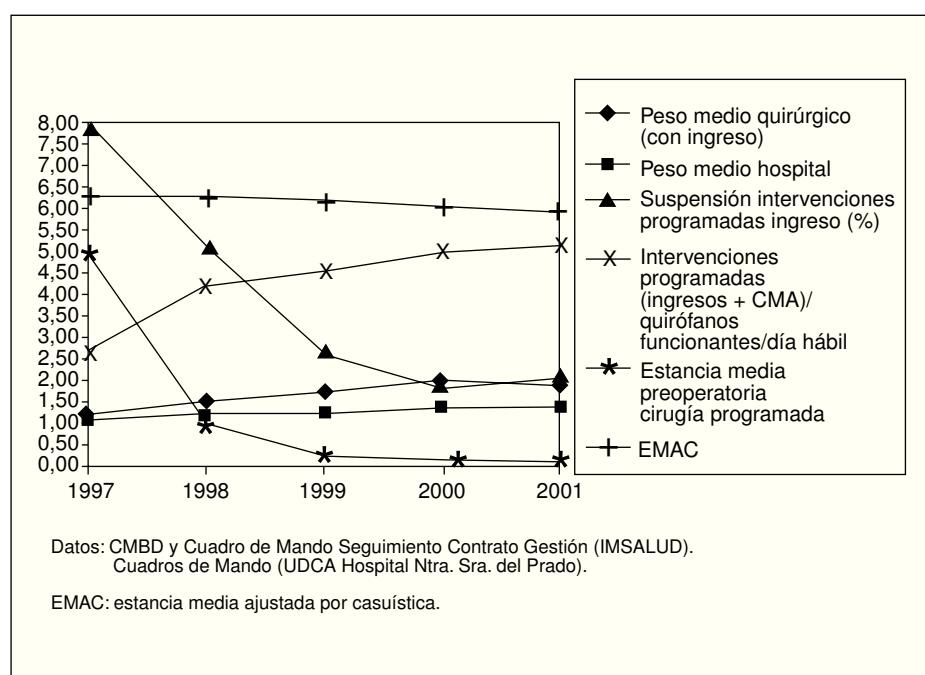


Fig. 3. Mejora en la gestión quirúrgica.

TABLA 6. Casuística y funcionamiento de los servicios quirúrgicos y del hospital

Servicio	Casuística hospitalaria (2001)							
	Servicios hospitales grupo 2				Servicio año 2000			
	Casuística (%)	Complejidad	Funcionamiento (%)	Estándar	Casuística (%)	Complejidad	Funcionamiento (%)	Estándar
Cirugía general	10,30	Mayor	15,40	Mejor	9,06	Menor	8,78	Mejor
Dermatología								
Ginecología	21,10	Mayor	3,89	Peor	3,20	Mayor	6,59	Peor
Obstetricia	0,48	Mayor	7,99	Mejor	1,99	Mayor	0,67	Mejor
Oftalmología	36,10	Mayor	26,80	Mejor	22,50	Menor	16,70	Mejor
ORL	2,15	Mayor	28,90	Mejor	12,60	Menor	16,90	Mejor
Traumatología	5,50	Mayor	5,48	Peor	7,29	Mayor	3,68	Mejor
Urología	3,42	Menor	7,50	Mejor	1,77	Mayor	14,40	Mejor
Servicios quirúrgicos	10,32	Mayor	11,03	Mejor	4,27	Menor	7,79	Mejor
Hospital	5,10	Mayor	4,24	Mejor				

Datos: CMBD IMSALUD.

524 en 1999, 504 en 2000 y 509 en 2001; 313 intervenciones programadas ambulatorias en 1998, 436 en 1999, 656 en 2000 y 680 en 2001; 142 intervenciones urgentes ambulatorias en 1998, 113 en 1999, 109 en 2000 y 145 en 2001. Las intervenciones por CMA fueron 43 en 1998, 175 en 1999 (un 307% de aumento), 248 en 2000 (un 41,71% de aumento) y 232 en 2001 (-6,45%). Las intervenciones en cirugía programada fueron en 1.067 pacientes en 1998, 1.478 en 1999, 1.499 en 2000 y 1.591 en 2001. Las intervenciones suspendidas con hospitalización fueron 55 en 1998, 24 en 1999 (-56% respecto al año anterior), 13 en 2000 (un 2,18% de suspensiones; -45,83% respecto al año anterior) y 13 en 2001 (un 1,91% de suspensiones). En las LEQ ha habido un índice entradas/salidas de 1,03 en 1998, 1,14 en 1999, 0,93 en 2000 y 1,04 en 2001, con ningún paciente con una espera por encima de 6 meses, y un 74,05% (234) en 1999, un 57,43% (259) en 2000 y un 40,59% (220) en 2001 con menos de 2 meses de espera.

El número de camas instaladas en 1998 y 1999 fue de 47, con una ocupación del 64 y el 65,1%, respectivamente; en 2000 se instalaron 41 camas, con una ocupación del 78,93%, y en 2001 se instalaron 37 camas, con una ocupación del 78,79%. La estancia media fue de 6,95 días en 1998, 6,69 en 1999, 8,92 en 2000 y 7,65 en 2001. El índice de rotación fue de 3,30 en 1998, 3,21 en 1999, 3,06 en 2000 y 3,41 en 2001.

Discusión

La introducción de la informática en la práctica clínica diaria ha facilitado la realización de estudios en nuestro campo, tanto en el de la investigación como en el clínico asistencial y de la gestión. Por ello, el IMSALUD, desde 1998, ha ejecutado un ambicioso proyecto de renovación tecnológica, que supone la implantación de una red interna de comunicaciones que permite la interconexión de todos los centros sanitarios. Dicho plan prevé la instalación de cableado informático en todos los hospitales, de ordenadores centrales y equipos de última generación, y el uso de las aplicaciones necesarias para informatizar las distintas áreas funcionales del hospital.

El IMSALUD utiliza un sistema informático diseñado para uso interno, con manejo de multitud de datos. Unos son de actividad clínica quirúrgica (pacientes en LEQ y sus demoras, enfermedades y criterio de inclusión, actividad quirúrgica programada y urgente, complejidad y peso de las enfermedades [GRD], estancias pre y posquirúrgicas, estancias medias ingresadas, actividad ambulatoria y CMA, enfermedades más frecuentes) y otros económicos (contabilidad analítica, mediante el proyecto Geclif). También maneja datos de consultas externas y de pruebas diagnósticas, a diferencia de otras Administraciones, que utilizan programas informáticos con menos datos¹⁰.

El establecimiento y la mejora de los sistemas informáticos en nuestro hospital y la creación de nuevos cuadros de mando, con registro de la actividad clínicofinanciera, durante los años 1999 y 2000, nos ha permitido realizar una mejor gestión. Con ello, se ha conseguido un mejor acceso de los usuarios al sistema, pues hay una menor demora en LEQ (equidad), mayor actividad y contención del gasto (eficiencia) y mejor planificación y cumplimiento de los objetivos marcados en los contratos de gestión de los años 1999-2001 (efectividad).

Además, la adopción de medidas, como la inclusión de todos los pacientes en una lista centralizada en UDCA, ha permitido tener un mejor control del número y los pacientes totales y por servicios, evitando agendas no controladas en los servicios¹⁰; implantación y potenciación de la cirugía laparoscópica; una mayor ambulatorización de procesos y una potenciación de la CMA (se ha creado la UCSC), lo que nos ha permitido tener un índice de sustitución del 50%, con el consiguiente ahorro de estancias, el ingreso de enfermedades más complejas y la mejor atención percibida por los pacientes y los familiares, ya que les evita múltiples trastornos de trabajo, estudios o sociales (menos esperas en LEQ, estancias más cortas y menos dolorosas en el postoperatorio, y mediante CMA evitar ingresos y permitir una reincorporación domiciliaria y laboral rápida).

El control y la reducción de las listas de espera precisa recursos humanos y materiales, buena logística y una financiación hospitalaria (recursos económicos) suficiente (necesaria, también, para la autoconcertación y los conciertos)^{11,12}.

Los facultativos tienen la principal responsabilidad en el control y la reducción de las listas de espera. Para ello, deben incluir en LEQ a pacientes según las normas ofrecidas por las diferentes sociedades científicas, lo que puede evitar que, en ciertos servicios, haya que depurar a más de un 20% de pacientes (deben salir por intervención más del 90%); tienen que realizar un revisión sistemática periódica de los pacientes en lista e incluir en programaciones quirúrgicas, en sesión clínica, a los más antiguos; deben conocer los tiempos quirúrgicos y hacerse las programaciones para obtener un rendimiento quirúrgico superior al 80%, y deben comenzar las intervenciones (apertura de piel) a las 8.30 h. Por ello, la programación de intervenciones desde las consultas externas no es una buena gestión, ya que produce aumento de la LEQ y de las demoras, por un mayor número de pacientes más antiguos. Ello conduce a un aumento de la recalificación de pacientes como preferentes y un incremento de las intervenciones por urgencias.

No obstante, el clínico solo no es capaz de gestionar la lista de espera total, pero sí la lista de espera parcial de su servicio o sección, y está obligado a poner de manifiesto cuáles son las deficiencias existentes para lograr una mejor gestión; por ello, no hay que permitir bases de datos parciales¹⁰ y no controladas, sino que éstas deben derivarse de datos obtenidos de la LEQ general de la UDCA y son controladas.

En el quirófano es labor de todo el personal (mantenimiento, limpieza, celadores, enfermería, anestesistas y cirujanos) contribuir a su mayor aprovechamiento: los pacientes han de estar en quirófano a las 8:15 h y hay que evitar los tiempos muertos innecesarios entre intervenciones (se puede llegar a perder 50 min en comenzar la primera intervención, 40 min en las segundas y 30 min en las terceras o sucesivas).

Además, si se tiene una Normativa de Organización y Funcionamiento del Bloque Quirúrgico (se especifican los circuitos y funciones), se consigue mayor rendimiento.

Para una buena gestión de la LEQ y el bloque quirúrgico hay que tener una visión global y aglutinar múltiples servicios. Por ello tiene que existir un responsable dedicado a la supervisión y la gestión de la LEQ y de los quirófanos, una persona respetada por sus conocimientos, dotes de mando, experiencia y capacidad (prestigio personal), avalado por los buenos resultados y no sólo por su nombramiento (aspecto legal); una persona que sepa hacer cumplir la normativa, pero que sepa, también, aglutinar los esfuerzos y las inquietudes de todos los implicados (la unión y la colaboración de todas las personas del bloque quirúrgico y de LEQ –administrativos– permite obtener buenos resultados).

Las reducciones de la LEQ y un mejor funcionamiento de los servicios quirúrgicos, y del hospital, mejora la facilidad de acceso y la rapidez en dar respuesta a las demandas de los servicios sanitarios. Esto da una sensación subjetiva y objetiva de satisfacción y calidad asistencial percibida por los usuarios y genera un incremento importante de la demanda^{10,11}.

Conclusiones

1. Los resultados obtenidos en la gestión de la actividad quirúrgica y las listas de espera han permitido al Hospital Nuestra Señora del Prado ser de los mejores hospitalares grupo 2 del IMSALUD* (indicadores de casuística y funcionamiento).
2. Se ha logrado una mejor gestión de la lista de espera quirúrgica al unificar todas en una sola lista central, en la unidad de documentación clínica y admisión, con conocimientos de esta por los servicios quirúrgicos.
3. La programación quirúrgica debe realizarse en sesiones clínicas, nunca desde las consultas, con manejo de la LEQ facilitada por la UDCA.
4. La creación de una Normativa del Bloque Quirúrgico, con definición de funciones de todo el personal y normas de funcionamiento, permite un mejor rendimiento.
5. El nombramiento de una persona con conocimientos quirúrgicos, dotes de mando, experiencia y capacidad permite una mejor gestión de la LEQ y del bloque quirúrgico.
6. Un mejor funcionamiento de los servicios quirúrgicos y del hospital, en cantidad y calidad, permite mayor acceso de los usuarios, lo que incrementa la demanda.

Bibliografía

1. Asenjo MA. Las claves de la gestión hospitalaria. Barcelona: Gestión 2000, 1999.
2. Asenjo MA, Bohigas L, Trilla A, Prat A, editores. Gestión diaria del hospital. Barcelona: Masson, 1998.
3. Guía para la gestión de la lista de espera quirúrgica. Madrid: IMSALUD, 1998.
4. IMSALUD. Plan estratégico. El libro azul. Madrid, 1998.
5. Lamata F. Manual de administración y gestión sanitaria. Madrid: Díaz de Santos, 1998.
6. Contrato de Gestión. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo, 1999-2001.
7. Plan Estratégico. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo), 1999.
8. IMSALUD. CMBD y Cuadro de Mando Seguimiento Contrato Gestión. Madrid, 1997-2001.
9. Cuadros de Mando. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo), 1997-2001.
10. Sueiras A, Calabuig R, Vallet J, Pi F. Gestión clínica de la lista de espera en un servicio de cirugía general. Cir Esp 2002;71:129-32.
11. Hanning M. Maximun waiting-time guarantee –an attempt to reduce waiting lists in Sweden. Health Policy 1996;36:17-35.
12. Saleh KJ, Wood KC, Gafni A, Gross AE. Immediate surgery versus waiting list policy in revision total hip arthroplasty. An economic evaluation. J Arthroplasty 1997;12:1-10.
13. Evaluación del Bloque Quirúrgico, enero-marzo 2001. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo), 2001.

*El 1 de enero del 2002 el IMSALUD transfirió la asistencia sanitaria a las 10 comunidades autónomas que no tenían la gestión de la sanidad, con un total de 80 hospitales (excepto los de Ceuta y de Melilla), desapareciendo como tal ente gestor.