

Evaluación de un programa de reducción de las listas de espera quirúrgicas basado en la derivación de pacientes

Máxima Lizán-García*, J. Luis Planchuelo†, M^a Luisa Lizán-García‡, Ignacio Garbizu-Esteban§

*Unidad de Medicina Preventiva del Complejo Hospitalario de Albacete, †Centro de Salud de las Pedroñeras (Cuenca), ‡Unidad de Atención al paciente del Hospital Comarcal de Hellín (Albacete), §Dirección Gerencia del Hospital Comarcal de Hellín (Albacete)

Correspondencia

Dra. Lizán-García

Departamento de Medicina Preventiva

Complejo Hospitalario de Albacete

C/ Hermanos Falcó s/n

02006 Albacete

E-mail: mlizan@hgab.insalud.es

Resumen

Objetivos: Identificar las variables relacionadas con la aceptación a ser derivado a otro hospital dentro de un programa de reducción de la lista de espera quirúrgica en el Hospital General (HG).

Métodos: El estudio se llevó a cabo durante el primer semestre del año 1997 en la provincia de Albacete, que cuenta con dos hospitales públicos, el Complejo Hospitalario de Albacete (CHA) y el Hospital Comarcal (HC) de Hellín situado a 60 Km de Albacete capital. En el programa se planteaba la derivación voluntaria al HC de Hellín de todos los pacientes con más de tres meses de espera para ser intervenidos de herniorrafia, colecistectomía, tiroidectomía y cataratas, ofreciéndoles ser intervenidos en los diez días siguientes. En este estudio descriptivo se analiza: la frecuencia de aceptación según sexo, distancia en Kms. desde lugar de residencia, residencia en Albacete, tiempo de permanencia en la lista de espera, y el procedimiento quirúrgico, del total de los pacientes incluidos en el programa. Se utiliza el test de la χ^2 y el de la T-Student en el análisis univariante y el análisis de regresión logística múltiple (ARL) en el multivariante, considerando la aceptación o no como variable dependiente, y transformando la variable procedimiento quirúrgico en una *dummy* variable. Con los coeficientes ajustados de las variables seleccionadas calculamos el Riesgo Relativo y su intervalo de confianza al 95%.

Resultados: Trescientos treinta y siete usuarios son contactados, 152 (45%) aceptan ser intervenidos en el HC. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de aceptación al cambio según la distancia en Kms., la residencia en Albacete y el procedimiento quirúrgico. Cuando ajustamos estas variables con el ARL, sólo el ser residente en Albacete y el ser intervenido de cataratas presentan desviaciones estándar estadísticamente significativas.

Conclusiones: El programa consigue reducir la lista de espera en un 45%. Los residentes en Albacete son los más reticentes a ser derivados al otro hospital variando el grado de aceptación en función del procedimiento quirúrgico de que se trate. Otras estrategias, como que el médico del paciente sea el que plantee la derivación, habrían de ser valoradas si se quiere aumentar la adhesión al programa.

Palabras clave: Lista de espera. Evaluación. Calidad percibida.

Summary

Objective: To identify patient's acceptance to be operate in a different hospital in the context of a program to reduce the surgical waiting-list in a General Hospital.

Methods: During the first semester of 1997 the Admission Service of the General Hospital (GH) provided to the Regional Hospital (RH) the patients' surgical waiting-list with more than three months of waiting time to be operated of herniorrhaphy, cholecystectomy, thyroidectomy and cataracts. The patients were contacted by phone offering them the chance of being intervened in that RH within ten days. The acceptance frequency was analyzed according to sex, distance from the place of residence, residence in the city where the GH was located, time in the surgical waiting-list, and surgical procedure. After univariate analysis using χ^2 and t-Student tests, exact logistic regression analysis (ELRA) was used to identify factors associated with the acceptance of the Program. Odds Ratio (OR) and their 95% confidence interval were calculated.

Results: From a total of 337 users contacted, 152 (45%) accepted to be operated in the RH. There was a statistical significant difference with the variables distance from the place of residence, residence in the same city and surgical procedure. After ELRA the risk factors found to be independently associated with the frequency of acceptance were to be resident in the city and cataract surgery.

Conclusion: The program reduced surgical waiting lists in 45%. The Albacete's residents were reticent in a major degree to be operated in a different hospital and the acceptance depends of the surgical procedure. Other strategies, such as the derivation straight from their surgeon, ought to be considered in order to evaluate the program's adhesion improvement.

Key words: Waiting list. Evaluation. Perceived quality.

Introducción

La reducción de la lista de espera es uno de los mayores retos a los que se enfrenta el sistema Sanitario¹⁻⁵. Las largas demoras quirúrgicas generan una mayor frecuentación en las consultas, alargamiento de los días con incapacidad laboral, aumento del gasto en farmacia, prótesis y pérdidas en calidad de vida. Especialmente en los últimos años los hospitales del INSALUD vienen asumiendo su reducción como un objetivo prioritario habiendo puesto en marcha diferentes estrategias para conseguirlo¹⁻³. Una de estas estrategias se basaría en el uso eficiente de todos los recursos disponibles^{4,5}. En el caso de las listas de espera quirúrgica parece razonable la derivación de pacientes en lista de espera a otros hospitales del sistema público donde puedan ser intervenidos de su dolencia con las mismas garantías y en el mínimo plazo de tiempo. Los hospitales comarcales (HC), con frecuencia menos saturados que los hospitales de referencia, pueden jugar un importante papel en los Programas de Reducción de las Listas de Espera. Un obstáculo a superar es el de la conformidad del paciente con esta derivación⁶. Conocer las variables que determinan la aceptación del cambio de hospital para ser intervenido nos permitiría planificar mejor la estrategia derivadora. Con estas premisas planteamos este estudio con el objetivo de identificar algunas de las variables relacionadas con la aceptación en el cambio de hospital dentro de un programa de reducción de la lista de espera quirúrgica.

Métodos

Este estudio descriptivo se llevó a cabo durante el primer semestre del año 1997 en la provincia de Albacete, que cuenta con dos hospitales públicos, el Complejo Hospitalario de Albacete (CHA) y el Hospital Comarcal (HC) de Hellín situado a 60 Km de Albacete.

Dentro de un programa de disminución de la lista de espera quirúrgica se planteó la derivación voluntaria al HC de Hellín de todos los pacientes con más de tres meses de espera para ser intervenidos de herniorrafia, colecistectomía, tiroidectomía y cataratas. Todos los pacientes que participaron en el programa fueron incluidos en el estudio. El Servicio de Admisión del CHA proporcionaba el listado de pacientes al Servicio de Atención al paciente del HC, y era la responsable del servicio de Atención al Paciente quien los telefoneaba ofertándoles la posibilidad de adelantar la intervención si aceptaban el cambio de hospital, citándoseles, si aceptaban, dentro de esa semana para la consulta preanestésica, e interviniendo al paciente antes de que transcurrieran diez días desde la consulta. La entrevista telefónica se realizó siguiendo la sistemática que de forma rutinaria se lleva a cabo cuando se notifica a un paciente la fecha de su intervención quirúrgica. Las variables estudiadas son el sexo, la distancia en Km. al HC desde el lugar de residencia (DKm), la residencia en Albacete, donde se ubica el Hospital de referencia, o en la provincia (RA), el tiempo en lista de espera en días (TLE) y el procedimiento quirúrgico (PQ): herniorrafia, colecistectomía, cataratas y tiroidectomías. Se analizó la frecuencia de aceptación (FA) según las variables a estudio utilizando el test de χ^2 para las variables cualitativas y el de la T-

Student para las variables cuantitativas. Posteriormente se procedió al análisis de regresión logística múltiple (ARL), considerando la aceptación o no como variable dependiente y seleccionando las variables ajustadas relacionadas con la aceptación y sus intervalos de confianza al 95%. Para todo los estadísticos utilizados se acepta un nivel de significación de $p < 0,05$.

Resultados

A un total de 337 pacientes se les ofertó la posibilidad de ser intervenidos en el HC y de ellos 152 (45%) aceptaron la derivación a otro hospital. La distribución de la aceptación según el sexo, los valores de centralización y de dispersión del

Figura 1. Distribución de frecuencias de aceptación al cambio de hospital según el sexo

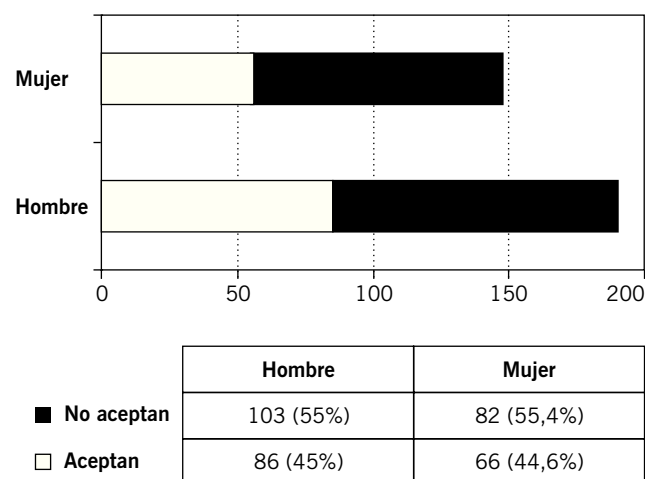
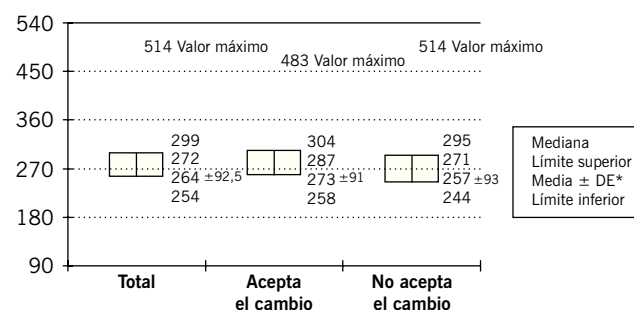


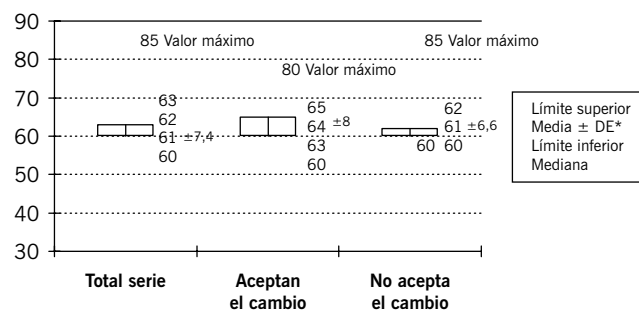
Figura 2. Medidas de centralización y de dispersión del número de días en lista de espera total y por aceptación al cambio



*DF: Desviación Estándar

TLE y la DKm al HC se muestran en las Figuras 1 a 3. Tras el análisis univariante no se aprecian diferencias estadísticamente significativas según el sexo del paciente a la hora de aceptar ser intervenido en otro hospital, y tampoco en función del TLE, mientras que la DKm, la RA y el PQ sí parecen afectar

Figura 3. Medidas de Centralización y de dispersión de la distancia en Kms. total al HC y según aceptación del cambio



*DF: Desviación Estándar

significativamente a la decisión de cambio de hospital con una $p < 0,05$. Los RA son los que presentan una menor frecuencia de aceptación, para todas las intervenciones, siendo el procedimiento de cataratas el que presenta una mayor frecuencia de aceptación como se muestra en la Tabla 1. Cuando ajustamos todas estas variables utilizando el Análisis de regresión Logística Múltiple, solamente la RA y el procedimiento cataratas presentan diferencias estadísticamente significativas. Las variables ajustadas por regresión logística y sus intervalos de confianza se muestran en la Tabla 2.

Discusión

La accesibilidad es un factor clave en la utilización de los servicios sanitarios⁷⁻⁹ y su ausencia es percibida por el ciudadano como un defecto de calidad del sistema¹⁰⁻¹². Un componente fundamental de la accesibilidad es la distancia al centro⁹ donde se prestan los servicios y las condiciones en las que se realiza este acceso. En nuestro estudio, la distancia en Kms. no parece ser el factor que determina la aceptación para el cambio de un Hospital General a un Hospital Comarcal, sino el que en la ciudad de residencia del paciente esté ubicado ese hospital. Podríamos hablar, según los resultados de nuestro trabajo, de "accesibilidad percibida" para los residen-

Tabla 1. Distribución de frecuencias de aceptación a ser derivado a otro hospital según residencia en Albacete y por procedimientos quirúrgicos

Procedimientos quirúrgicos	RA*		No RA		Total
	Aceptan	No aceptan	Aceptan	No aceptan	
Herniorrafia	17 (12,8%)	56(42,4%)	40 (30,3%)	19(14,3%)	132 (39%)
Colecistectomía	1 (3,3%)	21 (70%)	6 (19,8%)	2 (6,6%)	30 (9%)
Cataratas	58 (36,2%)	65 (40,6%)	27 (16,8%)	10 (6,3%)	160 (48%)
Tiroidectomía	2 (13,3%)	9 (60%)	1 (6,6)	3 (20%)	15 (4%)
Total	78(23,2)	151(44,8)	74(22%)	34 (10%)	337 (100%)

*Residencia en Albacete

Aceptación según RA: $\chi^2 = 35,19$. Valor de $p = 0,0000$

Aceptación según PQ: $\chi^2 = 13,91$. Valor de $p = 0,003$

Tabla 2. Odds Ratios (OR) ajustadas por regresión logística e intervalos de confianza al 95% de las variables analizadas

Variables ajustadas	Límite Inferior	Odds Ratio	Límite Superior	Valor de p
Distancia en Km.	0,98	1,02	1,05	0,31
Tiempo de espera	1,00	1,00	1,00	0,58
Residencia en Albacete	2,70	4,76	8,33	0,00
Procedimiento Quirúrgico: Cataratas*	1,25	5,17	21,29	0,02
Procedimiento Quirúrgico: Herniorrafia*	0,6	2,41	9,67	0,21
Procedimiento Quirúrgico: Colecistectomía*	0,22	1,11	5,71	0,89

*Dummies variables (variables de sustitución) de Procedimiento Quirúrgico. Se excluye Tiroidectomía por el bajo número de casos

tes en Albacete. Incluso suponiendo una espera más larga, estos prefieren ser operados en su Hospital de referencia. Esta preferencia parece modularse cuando la patología de base afecta a la calidad de vida del paciente, fundamentalmente procedimientos de cataratas y en menor medida herniorrafias, en contraposición a la litiasis biliar, posiblemente asintomática en el momento en que se hace la propuesta o la patología tiroidea, cuyos síntomas se compensan bien con tratamiento médico. Probablemente también estén influyendo otros factores como la percepción de que el Hospital de referencia y su equipo quirúrgico ha de ser "mejor" que el hospital comarcal o la falta de hábito en los desplazamientos. Los pacientes que residen fuera de la capital y que invariablemente han de desplazarse, no parecen afectados por la diferencia en Kms. que puede suponer el cambio de hospital y aceptan el cambio, aun cuando la distancia en Kms. sea mayor que si fueran intervenidos en el HC. La accesibilidad, entendida como distancia en Kms. no parece ser el factor que prime a la hora de decidir el cambio de hospital. De forma intuitiva podríamos pensar que si la propuesta de derivación a otro hospital la hiciera el mismo equipo quirúrgico que trata al paciente, este sería menos remiso con el cambio.

La posibilidad de derivación de los pacientes a otros centros es una iniciativa que se contempla como una mejora en la gestión de los recursos y puede complementar otras actividades tales como la implantación de la pequeña cirugía en Atención Primaria¹⁷, los programas de Cirugía Mayor Ambulatoria¹⁸, subcontratación de servicios quirúrgicos del sector privado¹⁹, ampliación de horarios e incentivación económica de los profesionales del sector público^{12,20}. Sin embargo es preciso profundizar en la investigación de las variables que pueden influir en la decisión de los enfermos para ser incluidos en estos programas.

Según los resultados de nuestro estudio la distancia no parece ser el factor decisivo en la aceptación para ser derivado a otro hospital, los residentes de Albacete son el grupo más reticente al cambio, y las cataratas, con un gran impacto en la calidad de vida del paciente, es la intervención en la que los pacientes aceptan ser derivados a otro centro con mayor frecuencia. Consideramos que estrategias, tales como que sea el mismo cirujano del HG el que plantee la alternativa de intervención en el HC o la difusión entre los usuarios y población general de la necesidad del uso eficiente de los recursos, podrían aumentar el número de aceptaciones cuando se plantea un programa de reducción de lista de espera basado en la derivación a otro centro. En todo caso la evaluación posterior de este tipo de medidas nos permitirá conocer mejor la realidad en la que nos movemos y planificar las actividades de acuerdo a esta realidad.

Bibliografía

- Márquez S, Portella E. Evaluación de un programa de reducción de lista de espera quirúrgica basado en el pago por acto. *Med Clin* 1994;103:169-73.
- Cromwell D, Mays L. Waiting list statistics as performance indicators: observations on their use in hospital management. *Aust Health Rev* 1998;21(4):15-27.
- Cosials D, Iniesta C, Gallofré M, Serra N, Schwartz S. Gestión de crisis hospitalaria. *Med Clin* 1991;97:516-9.
- Grocock J. Management of demand in the NHS, including the effects of queues and pensioners. *Manag Med* 1999;13(2-3):122-9.
- Plan de Salud de Castilla-La Mancha 1995-2000*. Libro editado por la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Lledó R, Prat A, Vilella A, Losa J, Vendrell E, Trilla A, Asenjo MA. Evaluación de las expectativas de los pacientes antes del ingreso en un centro de tercer nivel. *Med Clin* 1998;111:211-5.
- Regidor E, de Mateo S, Gutiérrez-Fisac JL, Fernández de la Hoz K, Rodríguez C. Diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España. *Med Clin* 1996;107:285-8.
- Marco MT, Rodríguez M, Gobierno J, González T, Cabrera de León A, Pérez L. Accesibilidad a las urgencias pediátricas hospitalarias: distancia y medios diagnósticos. *Atención Primaria* 1994;14:873-6.
- Palomar J, Más A, Parra P, Rodríguez MP. Accesibilidad a los dispositivos sanitarios de la región de Murcia. *Atención Primaria* 1996;17:507-11.
- Maderuelo JA, Carriedo E, Serrano M, Almaraz A, Berjón AC. Factores de insatisfacción con la asistencia sanitaria. Un estudio Delphi. *Atención Primaria* 1996;17:348-52.
- Moliner MA, Moliner J. La calidad percibida del servicio de un centro de planificación familiar: un enfoque de marketing. *Atención Primaria* 1996;17:400-7.
- Saturno PJ, Marquet i Palomer R. La definición de la calidad de la Atención. En: *Garantía de Calidad en Atención Primaria*. Editorial Doyma, 1993.
- Churchill AJ, Vize CJ, Stewart OG, Backhouse OBr J. What factors influence cataract waiting list time?. *Ophthalmol* 2000;84:429-31.
- Moss F, Garside P. The importance of quality: sharing responsibility for improving patient care. *BMJ* 1995;310:996-9.
- Jones G, Williams LA, Barry S, Kinnorsley P. Waiting list management in general practice: a review of orthopaedic patients. *BMJ* 1996;312:887-8.
- La demora media es el único parámetro comparativo con los años anteriores*. Nota de prensa del INSALUD, Marzo de 2000.
- Arribas JM, Rodríguez y Mena JM, Martín S, Bru S, Villarroel J. Cirugía menor en la consulta del médico de familia. Descripción de un año de experiencia. *Atención Primaria* 1996;17:142-6.
- Bain J, Kelly H, Snadden D, Staines H. Day surgery in Scotland: patient satisfaction and outcomes. *Qual Health Care* 1999;8(2):86-91.
- Brouwer WB, Hermans HE. Private clinics for employees as a Dutch solution for waiting lists: economic and legal arguments. *Health Policy* 1999;47(1):1-17.
- Begiristain J, Elizalde B, Ibarluzea J, Mendicute J, Sola C. Impact of 3 years of contract implementation on the quality of cataract surgery. *Gac Sanit* 1999;13(6):468-73.