

Las listas de espera quirúrgica en el S.A.S

F. Melini de Paz

Ex-Presidente de la Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia

Estaban comenzando a protestar, más las asociaciones que los pacientes, por el tiempo que tenían que esperar para ser operados. Al mismo tiempo, dentro del colectivo médico en los Hospitales estaba germinando otra protesta por los muy bajos sueldos que percibían en la sanidad pública. El análisis comparativo con la sociedad que les rodea es claramente frustrante. Si, además, añadimos que los puestos laborales estaban en precario puesto que una gran mayoría de las plazas no eran definitivas, en propiedad, sino que eran contratados en sus diversos recovecos administrativos y que los concursos-oposición para concurrir a esas plazas estaban congelados, en contra de la ley que la propia administración sanitaria se había dotado, es fácil colegir el descontento que se iba cocciendo en los hospitales.

Y en esto, en una de esas mesas en las que los políticos sanitarios se reúnen a mayor gloria de ellos mismos, al que fuere se le encendió una luz y convino que ambos problemas eran sólo uno y con la misma solución. Y así nacieron las famosas Listas de Espera, que más tarde se les dulcificó con el epíteto más perifrástico de «***Listas de Demora Quirúrgica***», lo cual no impidió que el protagonista sanitario las sancionara como «***Peonadas de Tarde***». Y el término es más adecuado porque realmente de lo que se trataba era de aligerarlas mediante un método turbo, que consiste en pagarles a todos los que intervienen en una operación — cirujanos, anestesistas, enfermeras, auxiliares y celadores — una determinada cantidad de dinero por cada operación realizada. A mayor número de pacientes que se intervengan por jornada, mayor cantidad a distribuir. Una primera aproximación al error se abrió paso cuando el resto del personal que no participaba en la intervención, pero sí en la realización de las pruebas previas o en los cuidados de hospitalización, comenzó a reclamar también su parte.

Aquí mismo, en algún centro hospitalario de la capital, se han llegado a realizar, durante un fin de semana, ochenta operaciones de Cirugía Ortopédica. Sin embargo, de lunes a viernes, en horario de 8 de la mañana a 3 de la tarde, se operan en cada quirófano solamente 3 pacientes del mismo o menor grado de complejidad. Se eligió para los dos problemas antes expresados la misma solución: aumentar la percepción económica del personal facultativo por el camino que fuere. Primero aumentando en número las jornadas de guardia, que no se pagan como horas extras ni mucho menos, para cada facultativo. Si se trata de una especialidad que no ejerce acción asistencial en jornada de tarde y noche, se les pone de guardia justificando la necesidad con lo fuere menester y todos contentos. Como después de una guardia hay que descansar al día siguiente y se resienten las plantillas, se hacen contratos laborales y punto.

Quizás sea conveniente un mínimo análisis sobre las consecuencias que pueda haber generado el sistema de abreviación de Listas de Espera. La primera consecuencia consistió en que por el mecanismo que fuere, aumentaron de forma exponencial las indicaciones de cirugía para ciertas patologías, como las que precisan implantes quirúrgicos. No, no estoy hablando en este momento de asuntos de deontología profesional. Es bien sabido que en la Sanidad Pública «**el aumento de la oferta aumenta exponencialmente la demanda**», al contrario que en la actividad empresarial privada. El índice cultural de una comunidad modula este aserto, pero no merece ahora la pena entrar en ese jardín. Y lo explica la teoría económica con tintes de perfección: el llamado **re-calentamiento de la economía** se produce cuando aumenta la demanda, las ofertas de la industria son **inelásticas** (acudamos al refranero: «lo que hay son habas contadas»), y al no poder

responder a la demanda, se trata de modular ésta aumentando los precios. Con ello se disminuye, por razones de pura economía doméstica, la demanda. Si, pero ¿y si no se tiene que pagar nada por lo que se recibe? Pues eso, no se frena la demanda y la oferta sigue siendo insuficiente. Por cierto, que la misma teoría económica invocada define al **aumento de la oferta como la actitud que disminuye los costes de producción**.

Es decir, que hemos ocupado a nuestros cirujanos sustrayéndoles horas a su familia y a su formación científica, nos hemos gastado una apreciable cantidad de dinero que podría emplearse en mejoras hospitalarias y no hemos reducido las Listas de Espera. Y no las hemos reducido puesto que desde que comenzó el sistema hasta ahora, por cada mil pacientes que hubiera en lista de espera entonces, ahora siguen habiendo mil en términos absolutos. Por especialidades, hospitalares, pueblos o comarcas más. En aras de estricto mensaje electoral se dijo que los pacientes que estando en lista de espera llegaran a los 6 meses de antigüedad, podían acudir a la medicina privada y se les reembolsarían los gastos. ¿Se imaginan como disminuirían las listas de espera, si cuando un paciente esté llegando a este plazo se les prescribe por vía buro-fax una nueva prueba diagnóstica (análisis, radiografías, consulta con otro especialista), puesto que en beneficio de su salud **alguien** ha detectado que eso es imprescindible para su futura intervención quirúrgica? Desaparecía en el ordenador y temporalmente de la lista de espera pasando a otra situación que llaman «pasiva». Pero esto es solo fabulación, puesto que ningún especialista compromete su deontología profesional con tácticas dilatorias de ésta índole. Y si no lo puede hacer el especialista no lo podrá hacer nadie en la administración. ¿O si? La gestión de las Listas de Espera estuvo muy bien valorada políticamente: algunos llegaron a Consejeros de la Junta.

¿Y cómo ha afectado este proceso a la docencia dentro de los hospitales? La formación como especialistas en nuestro ámbito se realiza a través del sistema M.I.R. (Médicos Internos y Residentes) que importamos, con múltiples defectos de forma, de Estados Unidos. Durante cinco años nuestros cirujanos han de permanecer en un Servicio acreditado para la docencia, aprendiendo toda la teo-

ría y toda la práctica que su saber entender les otorgue. Como son médicos en formación, el sistema sanitario, al menos en el Hospital al que me refiero, no les permite percibir emolumentos no derivados de la labor docente durante la jornada de trabajo. Luego, no están autorizados a participar en la cirugía de Listas de Espera. Puesto que se ha trasladado a las llamadas «peonadas» toda la actividad considerada como gran cirugía, desaparece de los quirófanos de la jornada de la mañana. O bien resta en formato pigmeico. Por tanto, los médicos en formación se ven amputados del conocimiento práctico de cómo se pone una prótesis de rodilla, o de cadera, o cómo se extirpa una hernia de disco, o cómo se hace una fijación raquídea, o cómo se operan unos juanetes, etc. Claro, habría una forma de que estos médicos en formación asistieran a este tipo de operaciones: o bien sustituyendo a los médicos de plantilla por los médicos residentes y cobrando éstos del propio titular la parte que le corresponda, o siendo pagados por el hospital bajo otro epígrafe económico que encubra la acción de cirugía remunerada, o... pero es pura especulación, porque no creo que ninguno de los sagaces gerentes de los Hospitales ose entrar en tales derivas presupuestarias, en el riesgo de ser calificado como malversador, por poner solamente un supuesto delictivo. Pueden asistir como observadores gratuitos. Total, la medicina es un Sacerdocio.

Otro objeto de análisis deber ser el aumento de las infecciones en estas batallas quirúrgicas. En la cirugía protésica y/o de implantes, el azote de la infección pastorea por nuestros quirófanos con una incidencia que oscila entre el 3% y el 20%, según el cirujano, el hospital, el país y el continente. La infección es un fracaso de la cirugía protésica, que termina su largo recorrido, con muchas estancias hospitalarias, con varias reintervenciones, con un ascenso exponencial del gasto presupuestario, a veces con amputaciones del miembro, y siempre con una espada de Damocles sobre el paciente, que se acompaña de minusvalía en gran número de casos. Las posibilidades de una infección aumentan también de forma exponencial en dos supuestos concretos: cuando el cirujano realiza una técnica grosera (la cual está en relación con el cansancio que se tenga, la necesidad de terminar pronto, la necesidad de cubrir

unos objetivos numéricos, etc., sin hablar de que no todos los cirujanos están dotados o preparados para realizar todos los tipos de cirugía), o cuando se aumenta de forma desproporcionada la actividad y el tráfico humano dentro de los quirófanos por incremento del número de pacientes intervenidos por jornada. Se sobrepasan por ello las posibilidades de mantenimiento de la asepsia al aumentarse la dispersión de gérmenes en el ambiente. Sin duda, no tiene las mismas posibilidades en un maratón de este tipo, el primer paciente que se opera, que el 74, por entrar dentro de los hechos referidos.

Comentemos brevemente una última perversidad: la despersonalización de los cirujanos y la rotura en la relación médico-paciente por los equipos llamados «volantes». Simplemente por motivos estéticos, en lugar de aplicar su obligación «in vigilandi», la administración no encontró camino

más fácil que hacer que los cirujanos de un Hospital, operen en cualquier otro y a la inversa. Al parecer en la idea de que como las personas pueden resbalar por la senda del desatino aumentando las indicaciones de cirugía o ralentizando su labor durante la jornada de mañana para aumentar sus percepciones económicas por la tarde, lo mejor sería *deslocalizarlos* cruzándolos a todos por las carreteras de Andalucía. Como consecuencia los pacientes son operados por cirujanos a los que nunca han visto, y lo que es peor, a los que nunca más verán, puesto que la continuidad del tratamiento, si se tuercen las cosas, ya no la hará el cirujano que lo operó, sino el o los que, en su propio Hospital les correspondía, había tratado y propuesto para la intervención quirúrgica. Recuerden en este punto lo de las infecciones en la cirugía protésica. Por todo ello este sistema es decididamente cuestionable. Y sus impulsores más.