

Diseño de un sistema de priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de catarata, artroplastia de cadera y artroplastia de rodilla

Investigadores principales:

- Xavier Castells (Instituto Municipal de Investigación Médica -IMIM- del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria -IMAS-)
- Mercé Comas (Instituto Municipal de Investigación Médica -IMIM- del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria -IMAS-)
- Mireia Espallargues (Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas, AATM)
- José Luís Pinto (Centro de Investigación en Economía y Salud -CRES- de la Universidad Pompeu Fabra)
- Eva Rodríguez (Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Vigo; CRES)
- Laura Sampietro-Colom (Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas, AATM)

La existencia de listas de espera para cirugía electiva y su gestión es uno de los problemas con los que se enfrentan algunos sistemas sanitarios, principalmente de financiación pública. Las listas de espera son, generalmente, consecuencia de un racionamiento implícito de la atención sanitaria, es decir, un desajuste entre la demanda (necesidad expresada) y la oferta (provisión de servicios).¹ En el año 1996, el 48 % del total de pacientes en listas de espera de centros públicos de Cataluña pertenecían a las especialidades quirúrgicas de oftalmología y de cirugía ortopédica y traumatología. En el 2000, el 41 % de los pacientes en lista de espera para 14 procedimientos monitorizados lo eran para cirugía de catarata y el 29 % para prótesis de cadera y rodilla. En ese mismo año, los tiempos medios de resolución fueron de 5 meses para cirugía de catarata, y de 6 y 22 meses para prótesis de cadera y rodilla respectivamente.

Cabe indicar que un factor común en las listas de espera es la inclusión de pacientes con diferente grado de afectación sintomática y funcional y que, generalmente, hay una falta de relación entre este hecho y el tiempo de espera.² Una mejor priorización de los pacientes, operando en primer lugar a aquellos que mayor beneficio podrían obtener, favorecería la eficiencia de la intervención. Por este motivo se plantea la necesidad de disponer de instrumentos de priorización explícitos que tengan en cuenta la necesidad del paciente en términos de gravedad de la enfermedad, el beneficio esperado u otros condicionantes sociales.^{3,4}

Las experiencias internacionales descritas en priorización de pacientes en lista de espera utilizan criterios establecidos por los profesionales clínicos.⁵⁻⁸ La bibliografía internacional en diversas áreas clínicas pone de manifiesto que los valores, las percepciones y las preferencias de los pacientes por determinados resultados o procesos asistenciales no siempre coinciden con los manifestados por los profesionales de la clínica.^{9,10} En un sistema sanitario, financiado con fondos públicos, se hace necesario contar con la perspectiva y los valores de todos los agentes implicados en el momento de definir criterios de priorización.

En Cataluña, la existencia de listas de espera y la falta de criterios explícitos de priorización de pacientes, motivó que el Comité Directivo del Servicio Catalán de la Salud encargara a la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas (AATM) el desarrollo de criterios de priorización para racionalizar la gestión de las listas de espera de cirugía de catarata, prótesis de cadera y prótesis de rodilla. La AATM, junto con el Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra y el Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM) del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS), ha puesto en marcha un estudio para dar respuesta a esta solicitud.

La primera etapa del estudio, que utiliza una técnica de investigación cualitativa (técnica de grupo focal combinada con la de grupo nominal), va dirigida a identificar cuáles son los criterios más relevantes por parte de los profesionales sanitarios y otros profesionales relacionados con la salud, los pacientes, los familiares y la población general, a la hora de decidir qué paciente en lista de espera quirúrgica tendría que pasar por delante de otro. Así pues, el sistema de priorización que propone este estudio se orienta desde una perspectiva más amplia, e incluye diferentes sectores de la sociedad en la definición y la selección de criterios además de los propios profesionales. Ello permitirá garantizar que se puedan considerar como relevantes tanto criterios clínicos como de salud percibida y de carácter social. La segunda etapa utiliza la técnica del análisis de conjunto para obtener puntuaciones para cada uno de los niveles dentro de cada criterio previamente identificado como relevante (por ej. niveles leve, moderado y severo, dentro del criterio de agudeza visual). La aplicación y la suma de los puntos para cada uno de los pacientes en lista de espera permitirá ordenarlos según las preferencias de prioridad quirúrgica manifestadas. A pesar de que el estudio no pretende establecer la adecuación de la indicación quirúrgica, la reordenación comportará, inherentemente, que los pacientes con una indicación probablemente inadecuada se sitúen en la cola de la lista de espera.

En la primera etapa, se ha utilizado la técnica de grupo focal para identificar y definir criterios relevantes para la priorización de pacientes en lista de espera, que se ha complementado con la técnica de grupo nominal donde se puntuaba la importancia de criterios en una escala del 1

(mínima importancia) al 9 (máxima importancia). Así, se han establecido 4 grupos focales/nominales para cirugía de catarata y 4 para prótesis de cadera/rodilla que incluyeron entre 5 y 10 participantes de los colectivos anteriormente mencionados, un moderador y un secretario. Dada la similitud entre la artroplastia de cadera y la de rodilla, estos dos procedimientos se consideraron conjuntamente.

Los grupos focales identificaron en total unos 15 criterios diferentes para cada procedimiento estudiado, los cuales no difirieron sustancialmente entre los grupos. Por razones metodológicas y de aplicabilidad posterior del sistema de priorización, del total de criterios identificados por todos los grupos se seleccionaron un total de 6 para cirugía de catarata y 7 para prótesis de cadera/rodilla (ver Tabla). Esto se realizó agrupando aquellos criterios similares entre los grupos y ordenándolos en función de la puntuación de importancia obtenida. También se tuvo en cuenta si habían sido identificados por más de un grupo a la vez y no se ponderó la importancia asignada a cada uno de los criterios en función del colectivo que lo había identificado. Posteriormente, se establecieron niveles o categorías dentro de cada uno de los criterios seleccionados por parte de los miembros de los comités científicos y los investigadores.

Por lo que se refiere a la segunda etapa del estudio, actualmente en la fase de análisis, ésta permitirá obtener un sistema de puntuación que ordene los pacientes que están en lista de espera de mayor a menor prioridad quirúrgica. En esta etapa se está utilizando la técnica de análisis de conjunto. Se han establecido niveles para cada uno de los criterios identificados en la primera etapa y, a partir de todas las posibles combinaciones de niveles para cada criterio, se ha seleccionado un subconjunto de 16, que se han denominado tarjetas o escenarios hipotéticos de pacientes. Para obtener el peso (puntuación) asignado a cada uno de los niveles de criterios, se ha pedido a los participantes en esta fase que ordenen las 16 tarjetas en función de la prioridad de intervención. Esta información se está obteniendo mediante entrevista personal y entrevista postal, según el colectivo. En esta fase han participado finalmente alrededor de 800 personas para cada procedimiento de interés.

Para la estimación de los valores de los niveles de cada criterio, se está utilizando la técnica paramétrica multivariante del *logit ordenado*. La suma de los valores obtenidos para cada nivel de los diferentes criterios permitirá asignar una puntuación global a cada paciente en lista de espera de forma que estos queden ordenados de mayor a menor prioridad quirúrgica. Esta técnica también permite calcular la importancia relativa de cada criterio dividiendo su rango (valor del coeficiente mayor menos valor del coeficiente menor) por la suma de los rangos de todos los criterios.

Análisis preliminares indican que los valores o puntuaciones obtenidas tienen los signos esperados y todas son significativas ($p < 0,001$), de forma que a medida que aumenta el nivel del criterio (por ej. a mayor gravedad de la patología), también aumenta el valor de la puntuación asociada. Para ambos procedimientos (cirugía de catarata y artroplastia de cadera/rodilla), los criterios con mayor importancia relativa fueron la gravedad de la enfermedad, el dolor (en el caso de la artroplastia) y la capacidad funcional (limitación de las actividades cotidianas y limitación para trabajar). Las Figuras 1 y 2 muestran la importancia relativa según las respuestas de la población general.

En conclusión, se han obtenido criterios similares de priorización para los procedimientos estudiados. A diferencia de otros estudios, la participación de diferentes sectores sociales, además de profesionales sanitarios, podría explicar la especial relevancia asignada a los criterios sociales. La consecución de la segunda fase del estudio permitirá, finalmente, obtener el sistema de puntuación de los pacientes en lista de espera para cirugía de catarata y sustitución protésica de cadera y de rodilla.

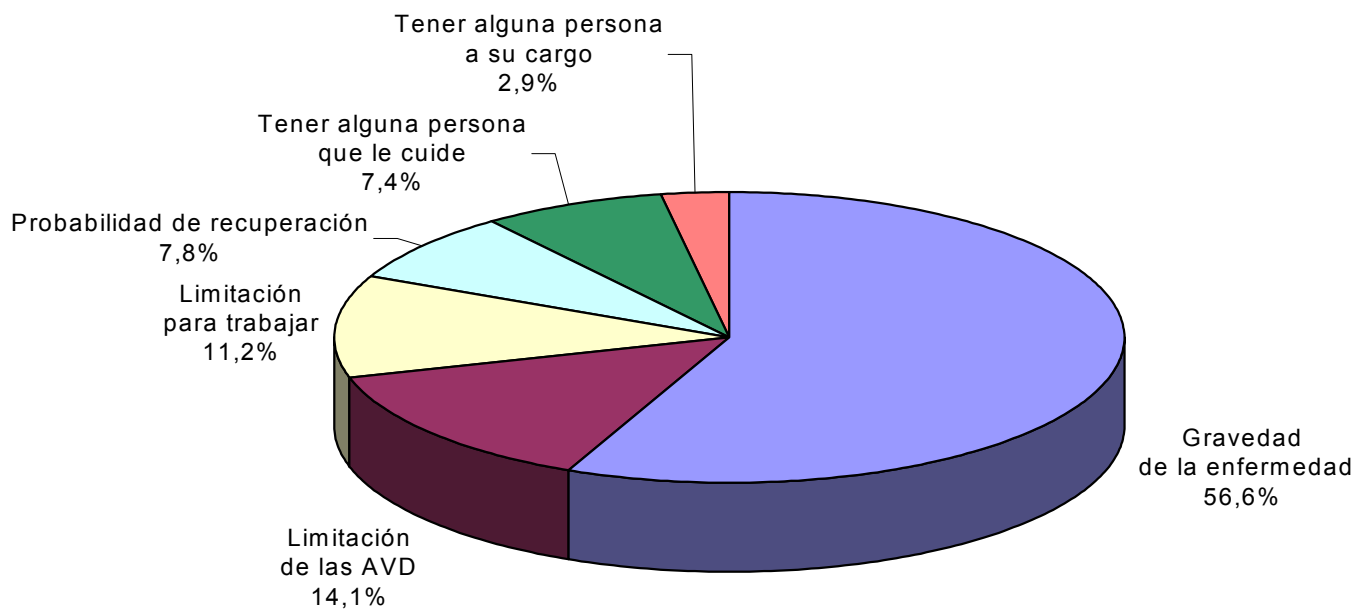
El hecho de que los criterios de priorización sean explícitos y se hayan obtenido a partir de todos los agentes del sistema sanitario permitirá garantizar que hay consistencia (unificación de criterios entre los profesionales) y transparencia en la provisión de estos servicios en Cataluña, a la vez que puede mejorar la equidad territorial de acceso y la confianza de los ciudadanos en el sistema. También permitirá conocer el nivel de prioridad del paciente con relación al resto de pacientes en lista de espera. A la vez, los resultados del estudio, probablemente, permitirán mejorar la gestión y la organización de las listas de espera para las condiciones clínicas mencionadas mediante la priorización de su demanda. Por último, los resultados de este estudio también podrán ayudar a desarrollar nuevos sistemas de reserva o asignación de tiempo de espera o permitir la comparación del tiempo de espera entre diferentes proveedores. No obstante, la factibilidad en su implementación y la aceptabilidad tanto entre hospitales como entre profesionales pueden suponer limitaciones importantes. Además, un sistema de priorización por si solo no garantiza una mejor gestión de las listas de espera; se debería acompañar de otro tipo de actuaciones a corto, medio y largo plazo.¹

Este estudio constituye una aportación innovadora en nuestro contexto y en el ámbito internacional, teniendo en cuenta que es la primera vez que se considera relevante incorporar la perspectiva y valores de gran parte de los agentes o sectores sociales implicados, directa e indirectamente, de todo el ámbito territorial catalán, es decir, pacientes y familiares, profesionales sanitarios y otros profesionales relacionados con la salud, y población general no afectada.

Tabla. Criterios seleccionados y niveles propuestos para la priorización de pacientes en lista de espera de cirugía de catarata y prótesis de cadera y rodilla.

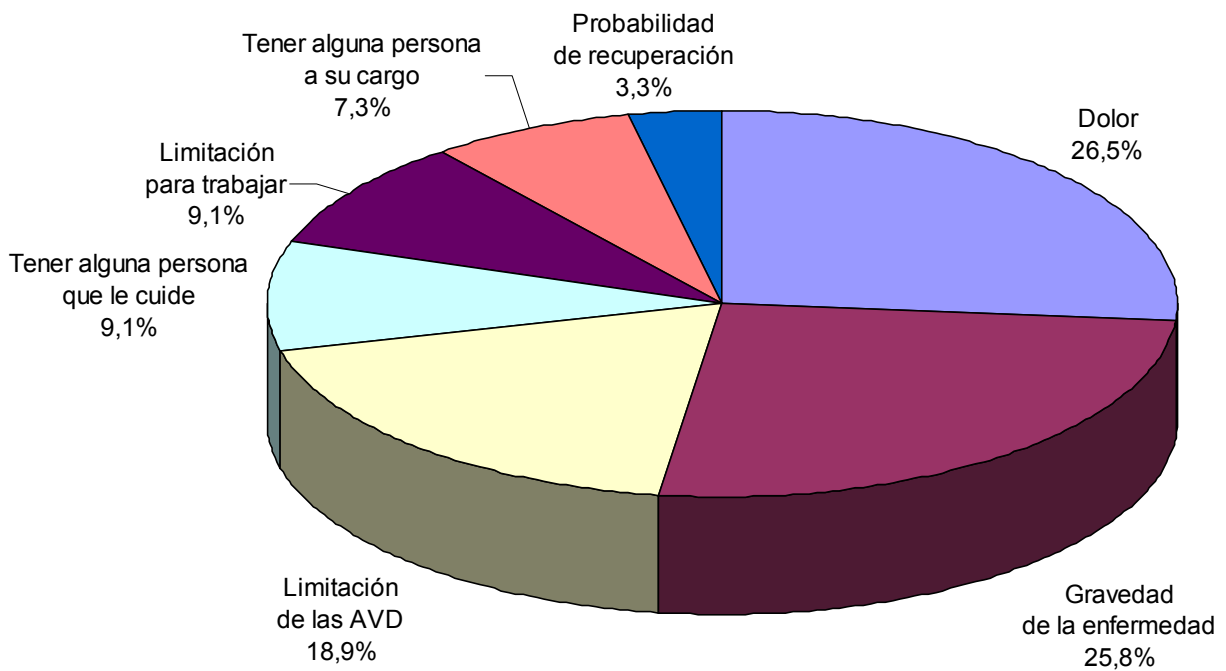
CIRUGÍA DE CATARATA	ARTROPLASTIA DE CADERA Y RODILLA
<i>Gravedad de la enfermedad (incapacidad visual)</i>	<i>Gravedad de la enfermedad (exploración y pruebas complementarias)</i>
Incapacidad visual leve Incapacidad visual moderada Incapacidad visual grave Incapacidad visual muy grave	Patología moderada Patología muy avanzada
	<i>Dolor</i>
	Leve Moderado Severo
<i>Probabilidad de recuperación</i>	<i>Probabilidad de recuperación</i>
Moderada Alta Muy alta	Moderada Alta
<i>Limitación de las actividades diarias</i>	<i>Limitación de las actividades diarias</i>
Tiene algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas Tiene bastantes problemas ... Es incapaz de realizar la mayor parte ...	Tiene algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas Tiene bastantes problemas ... Es incapaz de realizar la mayor parte ...
<i>Limitación para trabajar</i>	<i>Limitación para trabajar</i>
No trabaja o no está limitado para trabajar Está limitado para trabajar	No trabaja o no está limitado para trabajar Está limitado para trabajar
<i>Tener alguna persona que le cuide</i>	<i>Tener alguna persona que le cuide</i>
Tiene alguna persona que le cuide No tiene ninguna persona que le cuide	Tiene alguna persona que le cuide No tiene ninguna persona que le cuide
<i>Tener alguna persona a su cargo</i>	<i>Tener alguna persona a su cargo</i>
No tiene personas a su cargo Tiene personas a su cargo	No tiene personas a su cargo Tiene personas a su cargo

Figura 1. Importancia relativa de los criterios de priorización en cirugía de catarata según el grupo de población general (N=300).



AVD Actividades de la vida diaria

Figura 2. Importancia relativa de los criterios de priorización en artroplastia de cadera y rodilla según el grupo de población general (N=300).



AVD Actividades de la vida diaria

Bibliografia

1. Espallargues M, Gallo, P, Pons JMV, Sampietro-Colom L. Situación y abordaje de las listas de espera en Europa. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Noviembre de 2000.
2. Edwards, RT. NHS Waiting lists: Towards the Elusive Solution. London: Office of Health Economics, 1997.
3. Sanmartin C, Shortt SE, Barer ML, Sheps S, Lewis S, McDonald PW. Waiting for medical services in Canada: lots of heat, but little light. *CMAJ* 2000;162:1305-10.
4. Peiró S. Algunos elementos para el análisis de las listas de espera. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2000;2:126-30.
5. Hanning M, Lundstrom M. Assessment of the maximum waiting time guarantee for cataract surgery. The case of a Swedish policy. *Int J Technol Assess Health Care* 1998;14:180-93.
6. Western Canada Waiting List Project. Brief Description - The Western Canada Waiting List Project. (<http://www.wcwl.org/pages/abwcwl.html>. Consultat el 20-12-2000).
7. Hadorn DC, Holmes AC. The New Zealand priority criteria project. Part 1: Overview. *BMJ* 1997;314:131-4.
8. Naylor CD, Williams JI. Primary hip and knee replacement surgery: Ontario criteria for case selection and surgical priority. *Qual Health Care* 1996;5:20-30.
9. Ziebland S, Maxwell K. Not a 'proper' solution? The gap between professional guidelines and users' views about the safety of using emergency contraception. *J Health Serv Res Policy* 1998;3:12-9.
10. Lieberman JR, Dorey F, Shekelle P, Schumacher L, Thomas BJ, Kilgus DJ *et al.* Differences between patients' and physicians evaluation of outcome after total hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg [Am]* 1996;78:835-8.