

Acciones para optimizar el uso de la lista de espera quirúrgica en el Hospital “Hermanos Ameijeiras” (2020-2021)

Actions to optimize the use of the surgical waiting list at "Hermanos Ameijeiras" clinical-surgical hospital (2020-2021)

Juan Eduardo Martínez Suárez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-9135-4968>

Noria Liset Pupo Ávila² <https://orcid.org/0000-0001-7526-5634>

Ivonne Elena Fernández Díaz² <https://orcid.org/0000-0002-3977-5749>

Esther Paredes Esponda² <https://orcid.org/0000-0001-9618-3558>

Miqueas Vega Rojas¹ <https://orcid.org/0000-0003-1542-9031>

¹Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. La Habana, Cuba.

² Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: vdq@hha.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La existencia de un número de pacientes pendientes de recibir un servicio sanitario prescrito por un médico, producto de la confrontación entre la escasez de recursos y el incremento de las demandas de los servicios, se conoce como lista de espera. Las listas de espera para intervenciones quirúrgicas se interpretan erróneamente como un desajuste entre la demanda y la oferta de un procedimiento, si así fuera, se arreglaría con la disponibilidad de los recursos.

Objetivo: Identificar acciones para la disminución de la lista de espera quirúrgica en el Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”.

Métodos: Se realizó de una investigación de desarrollo para proponer un conjunto de acciones que den solución a la lista de espera quirúrgica en el Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras” en el período de 2020 al 2021.

Resultados: La identificación de los principales factores que caracterizaron el comportamiento de la lista de espera quirúrgica en el Hospital Clínico Quirúrgico

“Hermanos Ameijeiras” se organizó en los siguientes elementos: contexto legal y sociopolítico, problemas; fortalezas y debilidades relacionadas con la lista de espera.

Palabras clave: intervenciones quirúrgicas; lista quirúrgica; lista de espera quirúrgica.

ABSTRACT

Introduction: The existence of a number of patients pending to receive a health service prescribed by a physician, due to the confrontation between the scarcity of resources and the increase in the demands for services, is known as waiting list. Waiting lists for surgical interventions are erroneously interpreted as a mismatch between the demand and supply of a procedure; if this were the case, it would be fixed with the availability of resources.

Objective: To identify actions to reduce the surgical waiting list at the "Hermanos Ameijeiras" Clinical Surgical Hospital.

Methods: A development research was carried out to propose a set of actions to solve the surgical waiting list at the "Hermanos Ameijeiras" Clinical Surgical Hospital in the period from 2020 to 2021.

Results: The identification of the main factors that characterized the behavior of the surgical waiting list at the "Hermanos Ameijeiras" Clinical Surgical Hospital was organized into the following elements: legal and sociopolitical context, problems, strengths and weaknesses related to the waiting list.

Key words: surgical interventions; surgical list; surgical waiting list.

Recibido: 07/03/2021

Aprobado: 27/04/2021

Introducción

La existencia de un número de pacientes pendientes de recibir un servicio sanitario prescrito por un médico, producto de la confrontación entre la escasez

de recursos y el incremento de las demandas de los servicios, se conoce como lista de espera. Se asocia a factores como la prolongación de la vida, la presencia de comorbilidades o la preocupación de los ciudadanos por su calidad de vida. Son muchas las propuestas que se han desarrollado para darle solución, como reducir su tiempo, tamaño, o racionalizarlas y hacerlas más equitativas según estudios de *Espallargues y Sampietro*,⁽¹⁾ *Mariotti*⁽²⁾ y *Fricker*.⁽³⁾

Las listas de espera para intervenciones quirúrgicas se interpretan erróneamente como un desajuste entre la demanda y la oferta de un procedimiento, si así fuera, se arreglaría con la disponibilidad de los recursos. Sin embargo, existen evidencias de que solo el aumento de los recursos no es la solución, ya que el tiempo medio de espera disminuye, pero la lista se alarga lo que hace necesarias otras medidas de gestión.⁽⁴⁾

Para mejorar esta problemática se hace necesario gestionar las listas en el plano social y administrativo. La gestión de los profesionales en los servicios y la utilización de criterios de inclusión con indicaciones basadas en evidencia científica, en los resultados esperados de cada paciente (efectividad del procedimiento), criterios éticos y de eficiencia, priorización por gravedad, probabilidad de mejora y criterios sociales. La sociedad debe tener su voz, pues existen factores no médicos que pueden influir en la distribución y priorización de los recursos.^(5,6)

El problema de la lista de espera quirúrgica, está presente en la mayoría de los países y en todos los sistemas de salud. Los sistemas sanitarios de financiación pública garantizan el acceso con el inconveniente de las esperas, sobre todo de los ciudadanos económicamente débiles lo que compromete el principio de equidad.^(4,6,7,8) En Europa existe variabilidad en los tiempos de espera, por ejemplo, en Inglaterra e Irlanda se destaca la demora en la cirugía ortopédica y en Dinamarca las esperas de más de tres meses suponen solo el 8 % del total.^(9,10) Autores consultados coinciden en que unido al incremento de los recursos se requiere una adecuada gestión con criterios de inclusión basados en evidencias científicas.^(10,11,12)

En el Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras” (HA), durante los últimos cinco años ha existido una voluminosa lista de espera quirúrgica determinada por

diferentes factores, que ha suscitado quejas periódicas de los pacientes en el Departamento de Atención a la Población sobre el tiempo en espera para tratamientos quirúrgicos, lo que incide negativamente en la calidad de la asistencia médica prestada. Por ello, este tema se ha analizado con frecuencia por el consejo de dirección con el fin de encontrar alternativas para su solución. Las medidas tomadas para minimizar la situación tienen carácter aislado y escaso sustento en investigaciones científicas, por lo que aún existe un elevado número de pacientes que esperan por una intervención quirúrgica fundamentalmente en los servicios de Ortopedia, Endourología y Urología. A raíz de esta situación se realizó el estudio con el objetivo de identificar acciones para la disminución de la lista de espera quirúrgica en el Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”.

Métodos

Se realizó una investigación de desarrollo para proponer un conjunto de acciones que den solución a la lista de espera quirúrgica en el HA en el período de 2020 al 2021. Se utilizó los métodos teóricos como: el análisis documental y bibliográfico que incluyó los Lineamientos de la Política Económica y Social del PCC, contexto legal y resoluciones del Ministerio de Salud Pública; el análisis y síntesis, así como histórico-lógico para conocer el comportamiento de la lista de espera quirúrgica en el período.

Se aplicaron técnicas como la tormenta de ideas con la participación de 10 directivos y 30 trabajadores de los departamentos de Unidades Quirúrgicas y Admisión para la identificación de los principales factores que incidieron en el incremento de la lista de espera quirúrgica. Se utilizó el criterio de expertos con la participación de todos los jefes de servicios quirúrgicos mediante entrevistas en profundidad para priorizar los problemas identificados, así como realizar un análisis de los campos de fuerza (Matriz DAFO).

La investigación dio solución a uno de los principales problemas identificados en la institución y durante todo el proceso se cumplieron las consideraciones éticas

como: el anonimato, la confidencialidad, el consentimiento y la voluntariedad de los participantes implicados.

Resultados

La identificación de los principales factores que caracterizaron el comportamiento de la lista de espera quirúrgica en el Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras” se organizó en los siguientes elementos:

- Contexto legal y sociopolítico.
- Problemas.
- Fortalezas y debilidades relacionadas con la lista de espera (Matriz DAFO).

Contexto legal y sociopolítico

La Constitución de la República de Cuba establece en su capítulo 2 el derecho que tienen todos los ciudadanos a la vida, la integridad física y moral, libertad, justicia, seguridad, paz, salud, educación, cultura, recreación, deporte y desarrollo integral. El artículo 72 expresa que la salud pública es un derecho de todas las personas y es responsabilidad del estado garantizar el acceso, la gratuidad y la calidad de los servicios de atención, protección y recuperación.

La Ley No. 41 o Ley de la Salud Pública en su artículo 96 establece que el Ministerio de Salud Pública debe dar respuesta a las necesidades en el campo de la salud, canalizar las actividades de ciencia y técnica, especialmente las dirigidas a la investigación y el desarrollo, realizadas en concordancia con las necesidades del país y de conformidad con las regulaciones establecidas por los órganos y organismos rectores. En sus artículos 31, 32 y 33 la ley establece que las unidades de subordinación nacional brindarán la atención ambulatoria a los pacientes, que las unidades hospitalarias garantizarán la asistencia médica a la población y nombra a los Comités científicos como órganos asesores de la dirección cuyo objeto fundamental es evaluar la calidad del trabajo asistencial en función de una mejor atención al paciente y elevar la calidad de la asistencia médica.

El análisis de los Lineamientos de la Política Económica y Social arrojó que trece de sus capítulos tienen vinculación con el problema en estudio. Se destacan los relacionados con la actuación ética de los jefes, los trabajadores y las entidades en la garantía de la utilización eficiente de los recursos, la consolidación de las conquistas de la Revolución, tales como el acceso a la atención médica, la elevación de la calidad del servicio que se brinda y el cumplimiento de la ética médica para el logro la satisfacción de la población.

Problemas que inciden en el comportamiento de la lista de espera quirúrgica

Los criterios obtenidos de la tormenta de ideas desarrollada con la participación de 10 directivos y 30 trabajadores de los departamentos de Unidades Quirúrgicas y Admisión, se expresaron en resultados y respondieron a la pregunta: ¿Cuáles son los principales problemas que a su juicio favorece el incremento de la lista de espera quirúrgica en el HA?

Para facilitar su comprensión los problemas se agruparon en cuatro dimensiones:

1. Organización de los servicios.
2. Capital humano.
3. Infraestructura tecnológica.
4. Suministro de los insumos.

Organización de los servicios

Se destacaron criterios como la insuficiente integración de los procesos de la institución, ya que a pesar de contar con consultas protocolizadas se violan los mecanismos establecidos para la atención de los pacientes, tales como el número recomendado de nuevos pacientes atendidos por consulta, así como los criterios establecidos para su seguimiento. Se identificó un sobrecumplimiento del plan quirúrgico de los servicios y un desaprovechamiento de los salones para las especialidades con lista de espera; además se reconoció resistencia al cambio organizacional por parte de algunos profesionales y jefes de servicios.

Otras opiniones estuvieron relacionadas con el elevado número de pacientes que acuden al centro de manera espontánea, con solicitudes de intervenciones quirúrgicas sin previa coordinación, lo que viola los mecanismos de remisión en el sistema de regionalización, y la no existencia de consultas generales de clasificación que permitan ordenar el flujo de pacientes. Se identificaron insuficiencias en cuanto a la depuración de la lista de espera quirúrgica y existencia de pacientes que no acuden a su primera cita, lo que provoca una demora de más de un mes para un segundo y tercer llamado.

Capital humano

En cuanto al capital humano, se destacó el no completamiento de la plantilla en los servicios quirúrgicos, tanto de profesionales como personal de apoyo indispensable como auxiliares generales y camilleros, en especial la insuficiente cobertura en los servicios de Anestesiología, Ortopedia, Endourología y Urología, unido al déficit de personal de apoyo indispensable para la actividad quirúrgica. Otras dificultades relacionadas con el capital humano fueron la insuficiente estimulación moral y material de los trabajadores y problemas de capacitación de profesionales en algunas técnicas quirúrgicas que requieren entrenamientos.

Infraestructura tecnológica

Los problemas atribuibles a la inestabilidad tecnológica se vincularon con malas condiciones estructurales de las unidades quirúrgicas, que de un total de 27 solo cuatro recibieron remodelación, así como roturas de los equipos para la litotricia extracorpórea del Servicio de Endourología, que cuenta con una de las más elevadas listas de espera. Existe inestabilidad con las prestaciones que brindan algunos equipos de monitorización del paciente durante el acto quirúrgico, lo que obliga a utilizar dos de estos equipos para lograr el 100 % de las funciones, igualmente, falta de cobertura quirúrgica con los equipos de electrocoagulación por inestabilidad en el suministro de los indiferentes y cables bipolares, además del deficiente estado técnico de las mesas y lámparas quirúrgicas.

Suministro de los insumos

Existe inestabilidad en los insumos necesarios para la actividad quirúrgica por irregularidades en el suministro de aditamentos de instrumental quirúrgico, y se destacan como los de mayor déficit los insumos para la cirugía espinal, sierra, transfixor y prótesis de cadera y rodilla.

La priorización de los problemas se realizó mediante la consulta a expertos, conformada por los once jefes de servicios quirúrgicos, a quienes se les orientó otorgar a cada problema una puntuación en una escala del 1 al 10, donde el 1 corresponde a la menor influencia y el 10 la mayor influencia en el comportamiento de la lista de espera quirúrgicas. Esto permitió priorizar tres elementos de organización, dos de insumos, uno de infraestructura tecnológica y uno de recursos humanos como los de mayor influencia en el comportamiento de la lista de espera quirúrgica.

La aplicación de la matriz DAFO permitió analizar el balance de fuerzas orientado fundamentalmente a la valoración de las fortalezas y debilidades como factores modificables mediante la gestión institucional.

Fortalezas:

1. Elevado sentido de pertenencia, motivación y experticia de especialistas y trabajadores.
2. Liderazgo científico de los profesionales.
3. Existencia de atención protocolizada y Manual de procedimientos.
4. Institución docente certificada por la Junta Nacional de Acreditación.
5. Ser una entidad de la atención terciaria y de subordinación nacional.
6. Constituir un centro de referencia nacional e internacional.
7. Liderazgo y cohesión de los factores del centro.
8. Nombramiento y funcionamiento de los órganos asesores de la calidad.
9. Implementación y consolidación del control interno, basado en la Resolución No. 60/11 de la Contraloría General de la República.
10. Alta preparación política e ideológica de los profesionales y trabajadores.

Debilidades:

1. Insuficiente capacitación de los recursos humanos.
2. No completamiento de la plantilla en algunas especialidades quirúrgicas.
3. Emigración de profesionales con alta preparación.
4. Deficiencias estructurales de las unidades quirúrgicas.
5. Obsolescencia de tecnologías.
6. Insuficiencias organizativas en el manejo de la lista de espera quirúrgica.
7. Deficiencias en el mecanismo de depuración de la lista de espera quirúrgica.
8. Bajos salarios y escasa motivación de los profesionales y el personal de apoyo.
9. Errores en la aplicación del sistema de referencia y contra referencia.

Oportunidades:

1. Prioridad conferida a la atención a la salud de la población en las políticas y lineamientos.
2. Proceso de transformaciones del Sistema Nacional de Salud.
3. Institución priorizada por el MINSAP para el proceso de reparación y mantenimiento.
4. Acceso de directivos de la institución a la superación de cuadros y capacitación profesional.
5. Existencia de una política de informatización nacional.
6. Visitas planificadas por los funcionarios del MINSAP encabezadas por el ministro.

Amenazas:

1. Impacto del bloqueo económico y de la crisis financiera mundial, sobre las importaciones, adquisición de equipos y tecnología de punta.

2. Insuficiente e inestable asignación y suministro de material gastable e instrumental médico.
3. Inestabilidad en el funcionamiento de los equipamientos quirúrgicos.

La matriz DAFO mostró que existe mayor fortaleza en relación con las debilidades, a su vez hay mayor número de oportunidades en comparación a las amenazas. El reconocer las características propias de la institución, teniendo claras sus fortalezas y debilidades, permitió crear un plan de acción basado en las fortalezas, para minimizar las debilidades y aprovechar al máximo las oportunidades que se presentan, como protección ante las amenazas.

Fundamentación de la propuesta

El Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras” es una entidad de la Administración Pública llamada a ser cada día más eficiente en la atención al paciente, sus familiares y en el control y uso de los recursos disponibles. Constituye un centro de tercer nivel de atención al que acuden los pacientes remitidos a las consultas protocolizadas, donde se evalúa su admisión y se realiza la contra referencia a su área de atención, para conducirlo y ayudarlo en la solución de su problema de salud. Los casos que requieren una intervención quirúrgica se envían a consulta de anestesia para evaluar su posible intervención, y de estar apto, se envía al Departamento de Admisión para formar parte de la base de datos.

En la gestión de las listas de espera lo que preocupa, básicamente, es hacer una buena previsión de la demanda sanitaria de los distintos servicios y controlar el tamaño de la lista. La finalidad de estas actuaciones es doble: por un lado, es necesaria para la determinación de necesidades agregadas de los servicios y, por otro lado, se debe tener en cuenta para hacer una buena planificación de la oferta.

La propuesta de acciones se sustenta en las bases legales establecidas por la Administración Central del Estado, los principios básicos adoptados en el Reglamento Cubano de Hospitales, la participación y compromiso del colectivo, la eficacia y eficiencia que garantice el ambiente de control interno y la disciplina

institucional. Se proyectó a corto y mediano plazo, para el período de dos años, a través de la gestión institucional; se priorizaron aquellas acciones que no dependen de recursos externos, sino de un sistema de trabajo en equipo más coherente y planificado.

Las acciones se agruparon en tres bloques para una mayor organicidad:

- I. Capacitación (relacionado con el capital humano).
- II. Gestión (relacionado con los insumos, tecnologías y capital humano).
- III. Organización (relacionado con la organización de los procesos y estructura).

Los tres bloques de actuación derivan en los siguientes objetivos:

1. Incrementar las actividades de superación profesional y capacitación de los cuadros relacionados con la actividad quirúrgica (Cuadro 1).
2. Perfeccionar los mecanismos de gestión administrativa para el aseguramiento de los recursos materiales, tecnológicos y humanos que garantizan la actividad quirúrgica (Cuadro 2).
3. Perfeccionar los mecanismos organizativos y estructurales que intervienen en el desarrollo de la actividad quirúrgica (Cuadro 3).

Propuesta de acciones:

Cuadro 1- Incrementar las actividades de superación profesional y capacitación de los cuadros relacionados con la actividad quirúrgica

No.	Acciones	Responsable	Participantes	Fecha
1	Desarrollo de cursos y entrenamientos dirigidos a especialistas de ortopedia según las necesidades de superación identificadas y extenderlo al personal residente en formación.	Jefe Centro Quirúrgico	Jefe de servicio de Ortopedia, especialistas del servicio	Primer semestre 2019
2	Implementación de cursos de superación en técnicas gerenciales dirigidos a los jefes de servicios quirúrgicos para una mejor conducción de la lista de espera.	Jefe Centro Quirúrgico	Jefe de la sección de cuadros, jefes de servicios quirúrgicos	Segundo semestre 2019

Cuadro 2-Perfeccionar los mecanismos de gestión administrativa para el aseguramiento de los recursos materiales, tecnológicos y humanos que garantizan la actividad quirúrgica

No.	Acciones	Responsable	Participantes	Fecha
1	Supervisión del sistema de gestión de los recursos destinados a la actividad quirúrgica según las necesidades planificadas.	Jefe Centro Quirúrgico	Vicedirector Medios Diagnóstico	Todos los viernes
2	Incremento de la frecuencia y le rigor en el control de los protocolos de actuación en los servicios con lista de espera.	Jefe Centro Quirúrgico	Jefe Centro Ambulatorio y Jefes de servicios quirúrgicos	Diario
3	Participación de los jefes de unidades quirúrgicas en la reunión de nuevo ingreso para la captación de trabajadores destinados a las actividades de limpieza y camillaje.	Jefes de unidades quirúrgicas	Dpto. de Recursos Humanos	Todos los miércoles
4	Despacho con el director para el análisis personalizado del déficit del capital humano en algunas especialidades quirúrgicas y solicitud al ministerio.	Jefe Centro Quirúrgico	Director	Mensual
5	Inclusión en la reunión quirúrgica del control de la disponibilidad de las tecnologías relacionadas con la actividad quirúrgica.	Jefe Centro Quirúrgico	Vicedirector Medios Diagnósticos y Jefe Dpto. Electromedicina	Diario

Cuadro 3-Perfeccionar los mecanismos organizativos y estructurales que intervienen en el desarrollo de la actividad quirúrgica

No.	Acciones	Responsable	Participantes	Fecha
1	Implementación de un Software que permita depurar la lista de espera de manera automática.	Jefe Centro Ambulatorio	V D. Docente, Jefe Dpto. Informática	Primer semestre 2020
2	Perfeccionamiento del proceso de control de la lista de espera quirúrgica en cuanto al rigor.	Jefe Centro Quirúrgico	Jefes de servicios quirúrgicos y jefa Dpto. Admisión	Todos los viernes
3	Establecimiento de mecanismos de reorganización de los salones de operaciones en los servicios con mayor lista de espera quirúrgica.	Jefe Centro Quirúrgico	Jefes de servicios quirúrgico, jefe de la unidad quirúrgica	De lunes a viernes
4	Aplicación de los mecanismos de referencia y contra referencia establecidos.	Jefe Centro Ambulatorio	Vicedirectores, jefes de Centro y jefes de servicios	De lunes a viernes
5	Monitoreo y evaluación del cumplimiento de las acciones y el comportamiento de la lista de espera quirúrgica.	Jefe Centro Quirúrgico	Vicedirectores, jefes de Centro y jefes de servicios	Mensual

Discusión

El debate en torno a las listas de espera de cirugía electiva es una buena oportunidad para reflexionar y analizar las respuestas del sistema de salud a los cambios de patrones de necesidad y demanda de los servicios de salud.^(13,14,15,16)

En el caso específico de la cirugía electiva, la introducción de nuevas tecnologías menos invasivas ha supuesto ampliar sensiblemente los criterios de indicación, en la medida en que se ha reducido el riesgo de complicaciones y se ha incrementado el beneficio esperado. Mejorar la relación entre beneficio y riesgo permite que en la actualidad se indique la cirugía en pacientes que presentan una menor discapacidad o gravedad. En la práctica se supone que existe heterogeneidad en cuanto a las características y gravedad de las enfermedades y del beneficio que se espera de esta.^(16,17)

Los cambios en la indicación de la cirugía electiva junto con el progresivo envejecimiento, incrementa a la población susceptible de necesitar el servicio, seguida de una mayor demanda. Sin embargo, a pesar de que en la mayoría de los países de nuestro entorno se ha producido en los últimos años fuertes incrementos en las tasas de cirugía, sigue observándose una necesidad no cubierta de importantes listas/tiempos de espera.⁽¹⁸⁾

Diversos estudios dan cuenta de resultados desfavorables asociados a las listas de espera, como por ejemplo un deterioro en los indicadores hospitalarios e insatisfacción en los usuarios⁽¹⁹⁾, que ha derivado en diferentes propuestas, las cuales responden al contexto donde se han desarrollado. En el Hospital Nacional de Niños, en San José, Costa Rica, apelan al establecimiento de una red de servicios de salud como alternativa para la reducción de listas de espera para cirugía;⁽²⁰⁾ un nuevo ejemplo es, una estrategia de priorización de pacientes, desarrollada en la universidad del Bío-Bío en Chile.⁽²¹⁾

Otras investigaciones igualmente en Chile y también en España, identifican un alza en el número de fallecidos mientras están en lista de espera para recibir atención quirúrgica, asimismo, de acuerdo con otras exploraciones, se concluye que una de las prestaciones de salud con mayor dificultad son las intervenciones quirúrgicas debido al obstáculo que representa la lista de espera; por eso se proyectan estrategias encaminadas a controlar la lista de espera desde la

Atención Primaria y hacer estudios cuantitativos que permitan planificar de modo estratégico, el balance entre oferta y demanda para las quirúrgicas electivas, o en el caso de un hospital terciario español de cirugía bariátrica, se experimenta con un programa especial de autoconcertación.^(22,23,24)

Lo cierto es que el sostenido incremento de la demanda y de las listas de espera, ha originado distintas iniciativas para sistematizar procesos de priorización de los pacientes con indicación quirúrgica. La priorización se basa en que, a pesar de tener adecuación en la indicación quirúrgica, es decir, que se espera un beneficio, dicho beneficio no es igual para todos los pacientes.⁽²⁵⁾

Al aceptar que los procedimientos quirúrgicos son globalmente eficaces, el nivel de eficacia es distinto para cada paciente, y es en función de este nivel que se valora el grado de necesidad de la intervención. Frente al problema de las listas de espera se han planteado otras estrategias distintas de la priorización. Más allá de las propuestas técnicas, este abordaje de las listas de espera implica cambios importantes en su gestión y en la práctica asistencial en general, con implicación en distintos niveles de decisión que conllevan mayor complejidad en su aplicación.^(16,17,18) Así, por ejemplo, se pasa de utilizar como único criterio explícito el tiempo de espera a considerar también la diferencia en el nivel de necesidad individual de cada paciente.

El cambio se produce en la medida que se explicitan y, por consiguiente, se hacen más transparentes, los criterios que determinan diferencias en los tiempos que deberá esperar un paciente para ser intervenido y que estos criterios están basados en medidas de necesidad. Por otro lado, la valoración de necesidad individual de cada paciente no se realiza tan solo a partir de criterios clínicos (gravedad y pronóstico), sino que integra también la discapacidad relacionada con la enfermedad, así como criterios sociales. Sin embargo, la intención de sistematizar una aproximación a la medida de necesidad individual para intervenciones sanitarias específicas precisa de instrumentos o técnicas que en la mayoría de los casos no están evaluados, tanto por lo que se refiere a su validez y fiabilidad como a la factibilidad de su aplicación en la práctica asistencial habitual.^(8,17)

Finalmente, un valor añadido y nada marginal del debate sobre cómo abordar el problema de las listas de espera es la oportunidad de introducir un análisis más riguroso de la demanda, instrumentos de gestión más específicos, a la vez que se facilite la participación en los distintos niveles de decisión de los médicos, los gestores y las administraciones sanitarias.⁽²⁵⁾ Sin embargo, se corre el peligro de que, por la urgencia del debate político y social, en la que sitúa frecuentemente la problemática de las listas de espera, se apliquen finalmente medidas de choque poco específicas que convierten en estériles estas propuestas. Se trata de una buena oportunidad para profundizar en el debate y análisis de las listas de espera y realizar unos abordajes que permitan disponer de soluciones más consistentes que no se deberían desaprovechar.

Las acciones propuestas en el trabajo están sustentadas en el diagnóstico y análisis de la situación institucional lo que contribuye a su pertinencia y eficiencia. Constituyen un instrumento gerencial que es factible aplicar en la práctica asistencial e incluye actividades que promueven un mayor grado de participación de los actores implicados.

La lista de espera quirúrgica constituye un elemento a tener en cuenta para elevar la calidad del servicio y la satisfacción de la población en el Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”, donde se identificaron como principales problemas que inciden en su incremento los atribuibles al proceso de organización de los servicios, los relacionados con el capital humano, la estabilidad tecnológica y el suministro de insumos.

Se elaboraron acciones orientadas hacia la capacitación, gestión administrativa y organización, que permitan la disminución de la lista de espera quirúrgica, con el objetivo de elevar la calidad de la atención médica y el grado de satisfacción de la población.

Referencias bibliográficas

1. Espallargues M, Sampietro L. Elaboración de un sistema de priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de cataratas, artroplastia de cadera y artroplastia de rodilla. Informe de progreso. Informatiu AATM. 2000;(20):6-7.

2. Mariotti G. Italy's Public Health System Is Changing from Waiting Times to Priority. *BMJ*. 1999;318:1698.
3. Fricker J. Proposes Strategy to Reformulate Waiting Lists. *BMJ*. 1999;318:78.
4. Martí J. La gestión de las listas de espera quirúrgicas por los centros sanitarios y de los profesionales. *GacSanit*. 2002;16:374-5.
5. Taylor HR. Cataract: how much surgery do we have to do? *Br J Ophthalmol*. 2000;84:1-2.
6. Bellan L, Mathen M. The Manitoba Cataract Waiting List Program. *Can Med Assoc*. 2001;1177-80.
7. Derret S, Paul C, Herbison P, Wilians H. Evaluation of explicit prioritization for elective surgery: a prospective study. *J Health Serv Res Policy*. 2002;7:14-22.
8. Abad P, Álvarez B, Rodríguez E. Preferencias sociales en las decisiones públicas: Priorización de pacientes en listas de espera quirúrgicas. *Rev. de Eco. Púb.* 2006;179(4):113-34.
9. Rivera A, González E, Martín MA, Oñate JL, Sánchez I. Aplicación del análisis conjunto en la priorización de una lista de espera quirúrgica. *Cuadernos Económicos del ICE*. 2004;67:93-106.
10. Martí-Valls J, Alonso J, Lamarca R, Pinto JL, Auleda J, Girvent R, *et al*. Efectividad y costes de la intervención de prótesis total de cadera en siete hospitales de Cataluña. *MedClin (Barc)*. 2000;114 (Suppl 2):34-9.
11. Bernal E. ¿Ha llegado la hora de la gestión de las listas de espera? *Gac Sanit*. 2002;16:435-8.
12. Arango L. Importancia de los costos de la calidad y no calidad en las empresas de salud como herramienta de gestión para la competitividad. *Rev. EAN*. 2009;67:75-94.
13. Constitución de la República de Cuba, Gaceta Oficial No. 5 Extraordinaria; 2019.
14. Ley 41- Ley de Salud Pública, Gaceta Oficial Ordinaria No. 61; 1983.
15. VI Congreso del Partido Comunista de Cuba. Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución. Aprobado el 18 de abril de 2011, "Año 53 de la Revolución". La Habana: PCC; 2011.
16. Vila J, Garrote C. Gestión de la lista de espera y de la actividad de los servicios

quirúrgicos. Rev. Cir. Esp. 2003;74(1):15-22.

17. Peiró S. Listas de espera: mucho ruido, poca información, políticas oportunistas y mínima gestión. Gestión Clínica y Sanitaria. 2000;2(4):115-6.

18. Peiró S. Algunos elementos para el análisis de las listas de espera quirúrgica. GestClin San 2000;2:126-31.

19. Contreras A, Medina A. Diseño de procesos para reducir tiempo en lista de espera traumatológica no garantizada, Hospital público Chileno. Rev. Méd. Risaralda. 2018;23(1):43-8.

20. Navas Aparicio MC. Estrategia en salud: establecimiento de una red de servicios de salud como alternativa para la reducción de listas de espera para cirugía. Rev Chil Cir. 2017 [acceso 12/03/2020];69(2):184-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0379389316301557>

21. Ministerio de Salud. Quinto informe Glosa 06 - Lista de espera no GES y garantías de oportunidad GES retrasadas. Chile Ministerio de Salud; 2017.

22. Pinochet Acosta RA. Estrategias para la disminución de listas de espera de cirugía para el hospital "Barros Lucos", desde la atención primaria. Santiago de Chile: Universidad Andrés Bello. 2018 [acceso 20/02/2020]. Disponible en: <http://repositorio.unab.cl/0497>

23. Pino Machuca MF. Gestión de listas de espera de intervención quirúrgica del período 2014-2017 del servicio de salud Metropolitano Sur. Santiago de Chile: Universidad Andrés Bello. 2018 [acceso 25/02/2020]. Disponible en: <http://repositorio.unab.cl/0493>

24. Kraus Fischer G, Alfonso Ballester R, Mora Oliver I, Cassinello Fernández N, Ortega Serrano J. Eficacia y eficiencia de un programa especial para la disminución de la lista de espera de cirugía bariátrica en un hospital terciario. Cirugía Española. 2020 [acceso 21/12/2020];33(05):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009739X20302074>

25. Monge A, Murillo G, Calderón A, Vega A, Aguilar A. Listas de espera. Acta Médica Costarricense. 2014;56(2):71-7.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Juan Eduardo Martínez Suárez.

Curación de datos: Juan Eduardo Martínez Suárez, Miqueas Vega Rojas.

Análisis formal: Ivonne Elena Fernández Díaz, Esther Paredes Esponda.

Investigación: Juan Eduardo Martínez Suárez, Noria Liset Pupo Ávila, Miqueas Vega Rojas.

Supervisión: Ivonne Elena Fernández Díaz.

Validación: Juan Eduardo Martínez Suárez, Noria Liset Pupo Ávila, Miqueas Vega Rojas.

Visualización: Juan Eduardo Martínez Suárez, Noria Liset Pupo Ávila, Esther Paredes Esponda.

Redacción - borrador original: Juan Eduardo Martínez Suárez, Noria Liset Pupo Ávila, Esther Paredes Esponda.