

DOCUMENT DE POSICIÓ DEL CCMC SOBRE LES LLISTES D'ESPERA

El debat recurrent sobre les llistes d'espera de la Sanitat pública catalana darrerament s'ha vist accentuat per l'impacte derivat de les restriccions pressupostàries. Aquest fet ha generat confusió i preocupació tant a la població com als professionals. En aquest context el CCMC creu convenient fer les següents reflexions i consideracions:

1. Les llistes d'espera son el conjunt de registres de pacients que necessiten una determinada prestació a la que el sistema sanitari no pot donar resposta de manera simultània o immediata a la seva prescripció o indicació. Les llistes d'espera són un fenomen propi i característic dels sistemes sanitaris públics, de caràcter universal i gratuït, com és el nostre i són presents en la majoria dels països europeus.
2. L'existència *per se* d'una llista d'espera no és qualificable. El fet d'estar en una llista d'espera no ha de ser necessàriament un fet negatiu, i el nombre de pacients en espera no hauria de tenir objectivament, en si, cap significat si el temps de resolució es l'adequat.
3. L'existència de llistes d'espera te múltiples causes: relacionades amb l'oferta de serveis sanitaris, la demanda, el grau d'autoregulació, els processos de gestió i coordinació i els recursos que s'hi destinen. Les estratègies centrades en alguns factors aïllats s'han mostrat poc efectives i curtplacistes i per aquest motiu cal un abordatge multifactorial de la seva gestió.
4. En la pràctica, les llistes d'espera resulten eines o formes de regulació de la demanda assistencial en la prestació de serveis sanitaris públics. Tenint en compte el marc on es genera, una llista d'espera s'hauria d'entendre com a instrument de caràcter tècnic de planificació del treball que representa el temps de demora per donar resposta a una demanda sanitària. Com a

conseqüència, hi ha temps d'espera que suposen una gestió adequada dels recursos i no suposen cap problema de salut pel pacient.

5. En la majoria de països, com el nostre, les actuacions per gestionar les llistes d'espera es dirigeixen a:
 - a) Reduir- les augmentant l'oferta o moderant la demanda.
 - b) Reduir els temps d'espera, incrementant l'oferta, incidint en canvis en la pràctica clínica i utilitzant els anomenats temps de garantia.
 - c) Adequar les llistes d'espera, amb millors sistemes d'informació que permetin una millor priorització..
6. En la classificació de la llista d'espera el criteri de prioritat hauria de ser el que garanteix l'equitat en l'accés. Per tant, els criteris objectius de priorització i la transparència de les llistes d'espera són elements bàsics per la seva adequada gestió i acceptació per part de ciutadans i professionals .
7. En la gestió de les llistes d'espera és més important la informació de la situació particular que es pugui donar al propi pacient que la informació estadística general.
8. Per tal de poder fer una avaluació objectiva de les llistes d'espera, tant global com per processos patològics específics, cal disposar d'un sistema de consens i priorització clínica. La confecció de la llista s'ha de basar en sistemes d'informació i mètodes d'anàlisi estables, sòlids i transparents. Algunes iniciatives en aquest sentit, dutes a terme a Catalunya (documents de priorització de l'AQuAS), son una eina a tenir en compte..
9. En la pràctica, les llistes d'espera s'interpreten de manera diversa i en molts casos de manera interessada: com un mecanisme de regulació econòmic... com un indicador de necessitats no ateses... com a indicador d'assignació inadequada... com a responsabilitat només de qui governa..... Aquesta disparitat interpretativa no contribueix en absolut a una solució lògica,

serena i racional de la situació que les llistes d'espera. A la vegada afavoreix la confusió i la pèrdua de confiança en els serveis sanitaris.

10. La inexistència de mètodes i paràmetres d'avaluació de les llistes d'espera prou consensuats i la dificultat de comprensió, per a la majoria de la població, de la complexitat dels processos emprats fa que sovint el debat al voltant del fenomen de les llistes d'espera s'esbiaixi i s'allunyi de la racionalitat i el rigor convenients.
11. La patologia urgent i greu no està inclosa en les llistes d'espera objecte d'aquest document. En termes generals la patologia urgent rep una adequada resposta per part del sistema sanitari.

RECLAMEM, per tant, que :

1. Hi hagi un esforç de les institucions sanitàries i, en el nostre cas, del Departament de Salut, per clarificar els paràmetres d'anàlisi i discussió relatius a les llistes d'espera emprant instruments prèviament consensuats amb els professionals i els agents implicats, amb la màxima transparència. Entre d'altres, cal revisar la llista dels 14 procediments garantits alguns dels quals no compten amb el consens professional majoritari i distorsionen l'activitat assistencial dels centres.
2. Tots els interlocutors del sistema sanitari facin un esforç per situar el debat sobre les llistes d'espera dins del rigor i l'objectivitat, emprant una visió global i constructiva i fugint de situacions particulars, sovint analitzades o presentades fora de context. Per aquesta tasca demanem la col·laboració dels mitjans de comunicació.
3. S'augmenti i faciliti el coneixement dels pacients sobre el seu procés de malaltia per ajudar a incidir sobre la demanda. La informació als ciutadans i malalts, i la seva participació activa en els processos de presa de decisions i d'educació sanitària afavoririen la coresponsabilitat i la gestió de les demores.

4. En cap cas els temps garantits pels 14 procediments es converteixin en l'únic objectiu de gestió de la llista d'espera. Doncs l'objectiu, hauria de ser atendre en primer lloc aquells malalts que per les seves necessitats clíniques més o necessitin.
5. Els professionals sanitaris tinguin un paper més actiu i decisorí en la gestió i els resultats de les llistes d'espera deixant de ser únicament prescriptors o uns elements més de la cadena. En aquest sentit, també cal reduir l'excessiva burocratització dels processos. Els professionals sanitaris han d'esdevenir elements clau de la gestió de les llistes d'espera, han de tenir autonomia, informació i els incentius adequats per poder-les gestionar correctament. Aquest paper és clau en la priorització de les llistes d'espera i en la seva adaptació a la realitat clínica canviant de cada pacient.
6. Cal reduir la variabilitat diagnòstic-terapèutica, que és un element important en les indicacions de prescripcions. L'adequació de l'evidència a través de protocols i guies consensuats i recolzats en les millors dades científiques disponibles tenen un paper destacat.
7. La millora de la coordinació entre nivells assistencials. L'atenció primària ha de tenir un paper clau en el procés diagnòstic i de priorització, atès el seu rol d'acompanyament integral del malalt, perquè és qui compta amb més elements per contextualitzar les necessitats concretes i globals dels pacients. És important destacar el procés de cura, manteniment, recuperació i acompanyament a banda de l'objectiu curatiu
8. La millora del contínuum assistencial i s'eviti la demora en la resolució, no només dels 14 processos quirúrgics garantits, sinó de molts altres procediments diagnòstics i terapèutics, sovint més transcendents per a la salut dels pacients.

9. S'incorporin Les noves tecnologies de la informació i la comunicació per millorar el rendiment dels processos d'atenció. Així mateix cal l'enfortiment de mètodes i dispositius sanitaris com la cirurgia sense ingrés, la cirurgia major ambulatoria (CMA) i les consultes d'alta resolució, que ja s'han demostrat eficaces en molts casos.
10. S'aturi la disminució dels pressupostos de la sanitat pública que per quart any consecutiu pateix el sistema sanitari. La disminució del pressupost ha incidit directament en la disminució progressiva en les inversions en reposicions i noves inversions dels centres sanitaris i en la disminució de les retribucions dels professionals fets que perjudiquen el desenvolupament del sistema sanitari.