



## P-453 - CAMBIO EN EL MODELO DE GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN CMA ¿HEMOS MEJORADO?

Turiño Luque, Jesús; Rodríguez Silva, Cristina; Ruiz Chica, Beatriz; Rivas Becerra, José; Cabello Burgos, Antonio; Bayon Muñiz, Antonio; Martínez Ferriz, Abelardo; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

### Resumen

**Introducción:** En los sistemas sanitarios públicos de cobertura universal, las listas de espera constituyen un claro factor regulador de la demanda. Sin embargo, los tiempos excesivamente prolongados tanto por lo que se refiere a los procedimientos diagnósticos como terapéuticos pueden comprometer sensiblemente el principio de equidad que inspira a estos sistemas sanitarios.

**Objetivos:** Conocer el tiempo de demora y sus causas en la gestión de lista de espera quirúrgica.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos desde 2015 a 2018 para los procedimientos más habituales (hernia, proctología y coledoclitiasis) recogidos en el Decreto de Garantía (DG) del Servicio Andaluz de Salud (SAS), excluyéndose los procedimientos sobre piel y partes blandas y la cirugía laparoscópica de la pared abdominal (excluida del DG). Se generaron dos grupos de estudio según punto de corte: A) 6 meses (enero 2015 a marzo 2017); B) 1 mes (abril 2017 a diciembre 2018). Registro y análisis de datos con el programa SPSS 15.0 estableciéndose nivel de significación estadística  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se intervinieron 3.297 pacientes, presentando demora el 59,36% ( $n = 1.957$ ). En el grupo A tan solo el 25,4% ( $n = 489$ ) se operaron en plazo frente al 62,1% ( $n = 851$ ) del segundo, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ). Al comparar ambos grupos según días excedidos en LEQ encontramos que la media sobrepasaba 57,13 días ( $DE \pm 47,894$ ) en el periodo A frente a los 33,85 días ( $DE \pm 34,923$ ) del grupo B ( $p < 0,001$ ). Así los pacientes con decreto de garantía de 120 días del periodo A se operaban de media a los 180,02 días ( $DE \pm 48,221$ ) frente a los 154,17 días ( $DE \pm 32,242$ ) del B ( $p < 0,001$ ). En los pacientes con decreto de garantía de 180 días se postergaba hasta 231,16 días ( $DE \pm 46,697$ ) frente a 213,25 días ( $DE \pm 39,723$ ) del periodo B ( $p < 0,001$ ). Principales causas de retraso de programación de los pacientes fueron: A) Cirujano 56,7% ( $n = 815$ ); paciente 25,5% ( $n = 367$ ); error codificación LEQ 4,5% ( $n = 65$ ). B) Cirujano 50,2% ( $n = 260$ ); paciente 28,8% ( $n = 149$ ); devolución concertado 8,3% ( $n = 43$ ).

**Conclusiones:** El control mensual de las LEQ ha mejorado la programación y acortado los tiempos de espera de forma significativa aunque de forma insuficiente. La principal causa de retraso en la programación de la cirugía durante ambos periodos correspondió al Servicio de Cirugía, seguido en ambos casos por la decisión del paciente.