

POSICIONAMIENTO 1 DE SEDISA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA GESTIÓN SANITARIA PROFESIONALIZADA

Octubre de 2016



Edita y distribuye:



© 2016 Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)
C/ José Silva, 3 - 1ºA. 28043 Madrid

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen a SEDISA. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducir total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

www.sedisa.net

POSICIONAMIENTO 1 DE SEDISA
GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA DESDE
LA PERSPECTIVA DE LA GESTIÓN SANITARIA
PROFESIONALIZADA

Octubre de 2016

Contenidos

0	Presentación	1
1	Introducción. Definición y marco conceptual	3
2	Iniciativas frente a las listas de espera	7
3	Plan Integral de Listas de Espera	11
4	Resumen Ejecutivo. 27 medidas a implantar por los Servicios de Salud para la mejora de las listas de espera	23

0 Presentación

La Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) tiene como objetivo fundacional clave la profesionalización de la gestión sanitaria, en términos de aportar la calidad asistencial y sostenibilidad que el Sistema requiere, algo que ha adquirido una mayor importancia en los últimos años. En este marco, SEDISA trabaja a favor de la generación de documentos, análisis, informes, etcétera, que contribuyan al **conocimiento profesionalizado de la labor gestora y directiva de la sanidad**.

El objetivo de este *Posicionamiento SEDISA sobre la gestión de las listas de espera desde la perspectiva de la gestión sanitaria profesionalizada*, es, precisamente, establecer el marco y líneas de actuación que sirvan de soporte teórico adaptable a la realidad e idiosincrasia de cada comunidad autónoma y servicio regional de salud.

Para ello, el presente documento se estructura en tres grandes apartados: la definición del marco conceptual de la gestión de las listas de espera, la descripción de las posibles medidas e iniciativas que se pueden poner en marcha y el Plan Integral de las Listas de Espera, en el que se contemplan algunas claves para su desarrollo, tales como el tratamiento de la información, la Legislación, las iniciativas que deben ser incluidas, la utilización eficiente de los recursos sanitarios, la colaboración con la sanidad privada, la organización institucional y la gestión de los procesos administrativos y la garantía de la información. Además, el documento se cierra con un resumen ejecutivo en el que se plasman las 27 medidas principales que deben ser implantadas por los servicios de salud para la mejora de la gestión de las listas de espera.

1

Introducción. Definición y marco conceptual

Las listas de espera quirúrgicas, según el **Real Decreto 605/2003**, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud (Publicado en BOE núm. 134, de 05 de Junio de 2003), se definen como el conjunto de registros de pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada que incluyen a todos los pacientes con prescripción no urgente de un procedimiento quirúrgico diagnóstico o terapéutico, establecida por un médico especialista quirúrgico, una vez concluidos sus estudios diagnósticos, aceptada por el paciente, y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de quirófano. No se incluirán en el registro los pacientes cuya intervención sea programada durante el episodio de hospitalización en que se establece la indicación quirúrgica.

Las listas de espera diagnósticas se definen como el **conjunto de registros de pacientes pendientes de consultas externas y pruebas diagnósticas/terapéuticas que incluyen a todos los pacientes que, en un momento dado, se encuentran en espera para ser atendidos en una consulta externa o para la realización de una prueba diagnóstica/terapéutica en atención especializada, solicitadas por un médico autorizado por la institución, teniendo documentada tal petición.** Por tanto, pueden definirse como el conjunto de registros de pacientes que necesitan una determinada prestación a la que el sistema sanitario no puede dar respuesta de forma adecuada a su prescripción.

La lista de espera orienta sobre la eficiencia de un centro o servicio y es una herramienta de ges-

ción de la que se dota el Sistema para tramitar las demoras y esperas, velando por los criterios de equidad exigidos a los sistemas públicos.

- **Equidad en el acceso**, permitiendo al paciente alcanzar la prestación prescrita cuando lo precisa.
- **Equidad de utilización**, clasificando a los pacientes por criterios de prioridad.

Habitualmente, en las listas de espera quirúrgica las decisiones de los profesionales actúan como mecanismo de seguridad, pero en el caso de las listas de espera diagnósticas, la información más restringida limita la capacidad de dicho dispositivo.

Permanecer en una lista de espera no es necesariamente un problema, al igual que **el número de pacientes en espera no tiene en sí mismo ningún significado**, ya que en muchas ocasiones su patología no les impide realizar su actividad habitual y con relativa frecuencia deciden no acudir a la prestación citada o no acudir o posponer la intervención quirúrgica. Sin embargo, este dato es utilizado como arma arrojadiza de forma reiterada. Los expertos recomiendan valorar más los tiempos de atención que el número de pacientes en lista, siendo el objetivo a monitorizar la demora media y máxima de los pacientes en lista de espera y la espera media y máxima de los pacientes atendidos. La lista de espera debe **servir como herramienta de planificación y método de organización de los recursos y de la actividad sanitaria.**

La evidencia demuestra que la existencia de listas de espera tiene una **causa multifactorial** y, por tanto, las estrategias centradas solamente en al-

guno de los factores que aisladamente influyen en su génesis y/o mantenimiento se han demostrado ineficaces.

La existencia de las listas de espera es un hecho presente en todos los servicios y sistemas de salud de financiación pública y universal. En todos ellos existen demoras en la prestación de asistencia sanitaria, sin que se pretenda alcanzar el objetivo de una lista de espera cero, ya que esto supondría la existencia de recursos y profesionales en algún momento sin actividad asistencial, estando a la espera de recibir pacientes, con la consiguiente pérdida de eficiencia en la utilización de los recursos y el consiguiente incremento de los costes. Existe, por tanto, una demora técnica con tiempos de espera limitados que responde a una gestión adecuada y no supone problemas para el paciente.

Lo verdaderamente importante es alcanzar un equilibrio entre la planificación y racionalización de la demanda y la gestión eficaz, efectiva y eficiente de la oferta.

La gravedad del fenómeno de las listas de espera reside en las demoras excesivas; es decir, cuando la demora para la atención sanitaria excede del tiempo socialmente aceptado, o bien cuando no se establecen criterios de prioridad de los pacientes en función de sus necesidades clínicas sociales y/o laborales. Se ha podido comprobar que una de las principales preocupaciones recogidas en las diversas encuestas de satisfacción de los ciudadanos es la existencia de demora para obtener asistencia sanitaria, así como el excesivo tiempo que deben esperar en algunos procesos clínicos para ser diagnosticados o para obtener el tratamiento indicado por los profesionales.

Por ello, se deben plantear **líneas de trabajo que deberían permitir un rediseño de las formas de actuación y abordaje de las listas de espera tales como:**

- La necesidad de disponer de un sistema de información y registro de pacientes en lista de espera claro, fiable y transparente común para todos los Servicios de Salud. Para ello, se deberá seguir el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.
 - La aplicación de garantías de tiempos de espera a nivel nacional para mantener niveles de equidad en el acceso, seguida de una evaluación de resultados y establecimiento de medidas comunes para la financiación. Esto conlleva seguir el **Real Decreto 1039/2011**, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
 - El desarrollo de sistemas de indicación y priorización de las prescripciones diagnósticas y/o terapéuticas que permitan una gestión adecuada y coherente, basada en necesidades objetivas de los pacientes y en criterios de:
 - **Gravedad** de las patologías motivo de la atención, capaces de originar discapacidad o disminución de la calidad de vida
 - **Eficacia** de la asistencia para aumentar la supervivencia, disminuir la discapacidad o mejorar la calidad de vida
 - **Oportunidad** de la asistencia para evitar la progresión de la enfermedad o las secuelas de la misma
- En este marco, deben ser los Servicios de Salud de las comunidades autónomas los que concreten en su ámbito territorial los tiempos máximos de acceso para la atención sanitaria programable, teniendo en cuenta el impacto en la salud o en la calidad de vida del usuario de las prestaciones prescritas.
- Una visión integrada como marco idóneo para la incorporación sistemática de las mejores prácticas, innovación, coordinación, nuevas formas de gestión, guías clínicas de los procesos más frecuentes, participación efectiva de profesionales y ciudadanos, etcétera.

Debido a que la existencia de listas de espera tiene una **causa multifactorial**, cuando se realiza un análisis riguroso éste debe contemplar reformas organizativas y de gestión, al mismo tiempo que se mantienen las bases esenciales del sistema sanitario: financiación pública, cobertura universal, buena calidad, accesibilidad asegurada y equitativa, eficaz, efectivo, eficiente y que responda a las necesidades reales de los ciudadanos.

En las características y configuración de las listas de espera actúan diferentes condicionantes: los recursos humanos, la financiación, la asistencia sanitaria, la continuidad asistencial, la tecnología, la infraestructura, el sistema de información, la sociedad, los usuarios, los medios de comunicación, la complementariedad de la sanidad privada, la educación sanitaria y la participación activa de los pacientes en el proceso de autocuidado de la enfermedad.

Habitualmente se afirma, en un análisis simplista, que las listas de espera son el producto resultante de un desequilibrio entre la oferta y la demanda, un déficit de la capacidad del sistema por la insuficiencia de recursos, e incluso se suele añadir que se deben a la gestión inadecuada por falta de productividad y rendimiento de los servicios sanitarios públicos. A este respecto, entre los **factores que influyen en el origen del incremento de**

las demoras para la obtención de la prestación asistencial se encuentran:

- Factores que tienden a aumentar la demanda y que se pueden agrupar en tres apartados:
 - Relacionados con los pacientes: el envejecimiento, la epidemiología, los cambios en la morbilidad, el nivel de educación sanitaria, la corresponsabilidad en la asistencia, etcétera.
 - Relacionados con los propios centros sanitarios: la mejora en la accesibilidad a los servicios, la implantación de nuevas tecnologías, la mayor eficacia de los medios diagnósticos y terapéuticos, etcétera.
 - Relacionados con los profesionales: la medicina defensiva, la variabilidad clínica, la aparición de nuevos tratamientos y/o técnicas diagnósticas.
- Factores que limitan la oferta de los servicios: la dotación, el rendimiento y la productividad de los recursos estratégicos (profesionales, camas, quirófanos, locales de consultas, puestos de hospital de día, equipamiento técnico, entre otros), el nivel de responsabilidad de los clínicos frente a las listas de espera y la existencia de los denominados "cuellos de botella".
- Factores que posibilitan o dificultan la autorregulación global del Sistema Sanitario, entre los que destacan el uso mediático de las listas de espera y la existencia o no de garantías de espera.

2 Iniciativas frente a las listas de espera

Algunas iniciativas llevadas a cabo por países de nuestro entorno, aunque no siempre aportan resultados, son: definición de tiempos de garantía, creación de registros nacionales de lista de espera, publicación de datos sobre listas de espera, planes de choque, mejora de los sistemas de información, establecimiento de un sistema de evaluación de medida de los resultados, establecimiento de un sistema de priorización explícito y objetivo a nivel nacional, utilización de la atención sanitaria de otros países, etcétera.

Con el objetivo de garantizar la equidad y calidad de la asistencia, la administración sanitaria tiene la obligación de **fijar tiempos máximos de espera razonables** para los procedimientos que ofertan en su cartera de servicios. En general, se considera que la garantía de tiempos de demora mejora parcialmente y a corto plazo los resultados de la lista de espera, pero no garantiza realmente la equidad en el acceso si no se establecen criterios de priorización. Por otra parte, es llamativo el alto porcentaje de pacientes que, pudiendo hacer uso de su derecho de garantía, prefieren esperar para ser vistos en su hospital de referencia y por el facultativo responsable de su asistencia.

Se debe analizar la repercusión en los pacientes en su globalidad y en todo el proceso de atención, desde el primer contacto hasta la resolución de su situación de enfermedad.

A modo de ejemplo, se presentan los posibles pasos a dar en el Sistema Sanitario para una corrección de una patología común como son las cataratas. Los pacientes de cierta edad

con dificultades en la visión deben establecer un primer contacto con Atención Primaria; una vez visitados y realizada la petición de pruebas serán derivados a la consulta de un especialista en oftalmología que, después de la visita, las exploraciones correspondientes y las posibles interconsultas con otros especialistas, si ello es preciso, llegará a la decisión de que precisa tratamiento. En ese momento es cuando se incluye en lista de espera quirúrgica y todavía tendrá que esperar un tiempo hasta que sea intervenido quirúrgicamente.

Por tanto, en el proceso se tienen esperas para el acceso, la asistencia en Atención Primaria, para la Atención Hospitalaria en consulta de especialistas y pruebas diagnóstico/terapéuticas y para la resolución quirúrgica del problema. Un análisis integral de las listas de espera supone estudiar todos y cada uno de estos puntos (figura 1).

En la literatura se describen los aspectos que hay que considerar en la demanda, la oferta, el proceso, los diferentes niveles y los aspectos transversales. Entre las medidas que afectan a la oferta se encuentran: refuerzo de la capacidad hospitalaria mediante el aumento de recursos humanos, físicos, materiales y tecnológicos, incremento de la productividad, financiando actividad extraordinaria, optimizando la cirugía ambulatoria, relacionando la financiación del hospital y la remuneración de los profesionales a los objetivos pactados. Las actuaciones que afectan a la demanda se refieren a: elaboración de guías clínicas, desarrollo de estrategias de prevención y clasificación por prioridades de los pacientes.



Otras formas de actuación son:

- **Reducción del tamaño de las listas de espera** mediante aumento de la oferta asistencial, incremento de la capacidad del sistema público, revisión de la cartera de servicios, complementariedad con el sector privado y moderación o reducción de la demanda.
- **Disminución de los tiempos de espera** por medio del aumento de la productividad del sistema sanitario en su conjunto, mejora de la capacidad resolutive de Atención Primaria, desarrollo de la continuidad asistencial, incremento de la oferta, crecimiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), aumento de alternativas a la hospitalización convencional, modificando la práctica clínica, utilización de tiempos de garantía y adopción de medidas de tipo organizativo para mejorar la eficiencia.

- **Racionalización de las listas de espera** a través de la mejora en los sistemas de información, utilización de sistemas de priorización, adopción de medidas políticas sobre el sistema de financiación, desarrollo normativo e implantación de sistemas de evaluación del impacto de las medidas.

En los últimos años, los Servicios de Salud han adoptado, con mejor o peor resultado, diversas medidas entre las que destacan:

- Incrementar los recursos propios con carácter permanente, a través de la apertura de nuevos hospitales, ampliación de plantillas, número de quirófanos, camas, consultas, puestos de hospital de día, equipamiento, tecnología, etcétera, o temporales, con planes de choque periódicos. No obstante, en general, las instituciones que utilizan planes extraordinarios de forma periódica en función

del estado de las listas de espera fomentan su existencia.

- Aumento de la oferta asistencial mediante la concertación de la prestación de servicios con el sector privado complementando la oferta del sector público.
- Incentivar la productividad de los profesionales sanitarios a través de modificaciones de los sistemas de retribución, mediante la introducción de sistemas vinculados a la actividad o sistemas de incentivación económica por cumplimiento de resultados.
- Implantar unidades de Cirugía Ambulatoria Mayor y Menor, consultas de alta resolución, desarrollar la actividad en los hospitales de día, incrementar la actividad asistencial fuera de quirófano e impulsar las alternativas a la hospitalización convencional.
- Aumentar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales de primaria y hospitalaria desarrollando y haciendo efectiva la continuidad asistencial.
- Utilizar barreras sobre la demanda.
- Incorporar nuevos sistemas de información y mejorar la gestión clínica y administrativa de las listas de espera quirúrgica y diagnóstica de consultas externas y pruebas tanto a nivel particular como integral.
- Implementar criterios de priorización de las listas de espera.
- Creación de la “garantía de espera”.

Las administraciones también utilizan procedimientos para “disfrazar” la realidad de las listas de espera, como:

- Fraccionar listas en cada uno de los pasos necesarios previos a la intervención para que no se refleje la espera real que soporta el paciente.
- Reiniciar el cómputo del tiempo de espera, previo cambio del paciente de una lista de espera a otra.
- No registrar la espera desde la indicación de la intervención, sino una vez pasado un cierto tiempo coincidiendo con alguno de los pasos

previos a la misma, como la consulta preanestésica, la última consulta con el especialista, tras la finalización de un tratamiento o la realización de una prueba.

- Eliminar de la lista de forma inmediata a los pacientes una vez derivados a centros concertados, en lugar de hacerlo cuando se realiza realmente la intervención indicada.
- Eliminar a los pacientes que rechazan la derivación a centros concertados que pasan a una lista oculta y no registrada como lista de espera.
- Realizar la inclusión del paciente tras haber transcurrido cierto tiempo y una vez realizadas reprogramaciones de consultas o pruebas diagnósticas, etcétera, mediante agendas sin cita, estando incluidos los pacientes en buzones.

La información facilitada en las páginas web de las comunidades autónomas tiene como objetivo mantener al paciente y a los ciudadanos informados acerca de los tiempos de demora y espera para ser atendido en una consulta externa, realizarse una prueba diagnóstica o ser sometido a una intervención quirúrgica. En muy pocas ocasiones les resulta de utilidad.

Cuando analizamos la información que aporta el Sistema Nacional de Salud de las listas de espera de las diferentes comunidades autónomas, se observan tasas de inclusión muy diferentes y difícilmente explicables desde el punto de vista de la evidencia científica y que debe ser objeto de un profundo estudio y discusión. Esta misma situación se produce si lo analizamos por especialidad, prueba diagnóstica o procedimiento quirúrgico o terapéutico.

Los sistemas de información deben de servir para una planificación y gestión lógica y para la mejora de los tiempos de demora de las listas de espera. En este sentido, cuando los registros de las listas de espera se diseñan adecuadamente, se controlan, se auditan y se coordinan,

se convierten en una herramienta de gestión muy útil. Así, **es necesario y fundamental que se establezcan en el ámbito de todo el estado bases de datos homogéneas, que se definan criterios de priorización comunes, realizados a través de un consenso con los profesionales y la participación de los pacientes.**

En España, la **Ley 14/1986**, de 25 de abril, General de Sanidad y la **Ley 16/2003**, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Na-

cional de Salud, garantizan a los ciudadanos, de manera universal y equitativa, el derecho a la asistencia sanitaria. El Sistema Sanitario público y sus prestaciones a los ciudadanos constituyen uno de los pilares básicos sobre los que se sustenta el Estado de Bienestar en las sociedades modernas. En este sentido, una lista de espera gestionada correctamente es garantía de accesibilidad al Sistema, de equidad, regulando la entrada en el sistema y su evolución y salida posterior del mismo.

3 Plan Integral de Listas de Espera

En base a lo expuesto, contar con un **Plan Integral de Listas de Espera**, con un abordaje integral de los problemas relativos a las esperas excesivas, es lo más positivo en términos de resultados. A este respecto, un abordaje integral implica realizar un análisis de los múltiples factores que intervienen en la aparición de listas de espera y establecer un procedimiento de actuaciones coordinadas e integradas entre sí, en el que se consiga la implicación de todos los niveles asistenciales y que debe implementar una serie de medidas estructurales y coyunturales que tengan como resultado final una mejora de la demora en las citadas listas de espera.

El Plan debe incorporar las principales actuaciones que han demostrado eficacia en otros modelos manteniendo una serie de características adicionales que permitan garantizar el éxito de sus resultados:

- Adaptación a la realidad y a la situación de partida en la comunidad autónoma en concreto.
- Poner al servicio de la mejora de las listas de espera en la comunidad todos los recursos disponibles del Servicio de Salud, bajo los principios de prioridad y preferencia del conjunto de recursos, profesionales, materiales, equipamiento y locales, así como los organizativos, funciones, prestaciones y actuaciones del Sistema Sanitario público y la complementariedad de la red sanitaria de titularidad privada.
- Implantación de medidas estructurales que permitan un mantenimiento de los resultados en el

tiempo frente a medidas de carácter coyuntural para la resolución rápida pero temporal de la situación.

- Implantación de las medidas de manera progresiva, evitando impactos negativos en el sistema asistencial.
- Ampliar la actividad programada quirúrgica en jornada de tarde en días laborables y la actividad programada en jornada de tarde en días laborables y/o festivos de consultas y pruebas diagnósticas.
- Internalizar, siempre que ello sea posible, la actividad asistencial en los centros hospitalarios públicos y disminuir la externalizada a través de concertos a centros privados.
- Implicación y compromiso de y con los profesionales en el desarrollo del Plan.

A continuación se desarrollan los ítems o áreas más relevantes a tener en cuenta en el desarrollo e implementación del Plan Integral que se han definido:

1. Tratamiento de la información sobre listas de espera
2. Legislación
3. Implicación de los profesionales
4. Medidas que debe contemplar el Plan Integral
5. Utilización eficiente de los recursos sanitarios
6. Colaboración con la sanidad privada
7. Organización institucional y la gestión de los procesos administrativos
8. Garantía de la información

1. Tratamiento de la información sobre listas de espera

Antes de realizar un Plan Integral de Listas de Espera se deben tener en cuenta las diferencias en el tratamiento informativo sobre los datos entre las distintas comunidades autónomas. De esta forma, al analizar las listas de espera quirúrgicas de las diferentes comunidades autónomas publicadas por el Ministerio de Sanidad, es de destacar la importancia de la existencia de demoras excesivas y la existencia de indicios que sugieren diferencias en el abordaje de las listas de espera entre los distintos servicios/especialidades, hospitales y las diferentes comunidades autónomas. Respecto al número total de pacientes en lista de espera quirúrgica por mil habitantes se observa una importante oscilación, al igual que la composición, distribución de patologías y esperas entre los diferentes hospitales, servicios/especialidades y comunidades, de lo que se desprende la existencia de diferencias relevantes en las demoras existentes entre procesos quirúrgicos similares.

El **Real Decreto 605/2003**, de medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre listas de espera del Sistema Nacional de Salud, marca unos criterios bien definidos, pero su cumplimiento en ocasiones es inadecuado. Así, por ejemplo, es habitual que se encuentren en lista de espera pacientes con procesos de cirugía local o procedimientos terapéuticos que no precisan quirófano, pacientes ilocalizables, pacientes que no acuden a la preparación quirúrgica o a la cita de intervención sin justificar debidamente la inasistencia, pacientes que posponen voluntariamente la operación por un tiempo superior a seis meses o un año, pacientes duplicados, fallecidos u operados, ya sea en el propio centro o en otros, etcétera.

En cuanto a la situación de las listas de espera para primera consulta, aunque habitualmente

existe un registro centralizado, su contenido no refleja la realidad ni en el número de pacientes incluidos ni de la demora existente. Esta situación viene condicionada por la ausencia de registro de la solicitud en el momento en que ésta se produce, bien por la existencia de agendas cerradas en algunos hospitales y/o en algunas especialidades, bien porque el registro se difiere hasta la revisión por un facultativo o hasta la adscripción de una cita. Esto conduce a la existencia de solicitudes de consulta no registradas, registradas pero sin cita o registradas con demora inferior a la real. Igualmente, se observa una incorrecta identificación en muchos casos de consultas sucesivas como primeras consultas y viceversa. Además, hay visitas de revisión que tienen como objetivo conocer los resultados de las pruebas solicitadas en la primera consulta y son imprescindibles para establecer un diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento y son consideradas como sucesivas, por lo que se excluyen del cómputo de la lista de espera.

Otras situaciones frecuentes son la presencia de consultas monográficas en las que, aunque el paciente haya sido visto por los facultativos de la misma especialidad, se citan como primeras, o el caso de la derivación de pacientes desde los facultativos de Pediatría de Atención Primaria a las especialidades de Pediatría hospitalaria que, al ser consideradas la misma especialidad, se citan como revisiones.

En cuanto a la situación de la lista de espera de pruebas diagnósticas, aunque suele existir también un registro centralizado, la información es parcial y de escasa calidad. Hay circunstancias fundamentales que condicionan esta situación tales como, la no identificación de las pruebas como de diagnóstico/primeras o de control/sucesivas por el facultativo que las solicita. Esto hace que no se puedan diferenciar pruebas que tienen una finalidad diagnóstica, en las que minimizar la demora

es prioritario, de pruebas de control que, por criterios clínicos, deben diferirse en el tiempo, lo que conduce a que los datos de demoras obtenidos no reflejen fielmente cual es la espera de los pacientes para la realización de pruebas diagnósticas.

Esta mala identificación de las pruebas diagnósticas ocasiona que, cuando se quiere actuar sobre la lista de espera, nos encontremos que las citas no pueden adelantarse, ya que son pacientes que están citados a una fecha fija por ser objeto de una prueba de control.

Otro aspecto diferencial es la forma de citar: mientras unos centros sanitarios realizan la citación por paciente otros registran exploraciones, lo que conlleva que los datos de pacientes en lista de espera diagnóstica y la actividad realizada en los centros no sea comparable. Se deben elaborar factores de conversión que, además, sirvan para la evaluación de los recursos asignados a los distintos centros.

También es frecuente que en los registros de lista de espera algunos hospitales incluyan todas las pruebas que realizan a pacientes hospitalizados y urgentes, además de los pacientes ambulantes, mientras que otros sólo lo hagan con estos últimos. Ello conlleva que haya importantes diferencias en cuanto al número de pacientes en lista de espera, frecuentación, porcentaje de actividad procedente de lista de espera, tiempos de espera y demora medias y máximas.

En un porcentaje importante de centros, la gestión de las solicitudes de pruebas diagnósticas se lleva a cabo directamente por los propios servicios que las realizan o utilizan programas departamentales que no transfieren sus datos a los sistemas de información hospitalarios y, por tanto, al registro centralizado, o utilizan buzones informáticos o las mantienen en archivadores a espera de que se abran las agendas o se autoricen planes extraordinarios.

2. Legislación

A continuación se recoge la legislación a tener en cuenta en el marco de la realización del Plan Integral, junto a los matices recogidos en el apartado anterior sobre diferencias en el tratamiento de la información.

El **Real Decreto 1039/2011**, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, establece los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud y, todo ello, en condiciones de igualdad efectiva de los pacientes. Establece, a título de garantía para el paciente, como tiempo máximo de acceso para la realización de determinadas intervenciones quirúrgicas (cirugía cardiaca vascular y coronaria, cataratas, prótesis de cadera y de rodilla) 180 días naturales.

Igualmente, describe que se irán incluyendo tiempos máximos de acceso para primera consulta externa de atención especializada y para pruebas diagnósticas o terapéuticas, aplicando los mismos criterios de priorización señalados para las intervenciones quirúrgicas, sin que hasta el momento actual se haya cumplido con el citado objetivo. Además, como son las comunidades autónomas las que tienen en su mano el establecimiento de los tiempos máximos de espera, ello ha llevado a una situación de grave desigualdad en todo el territorio nacional.

La igualdad de acceso se entiende en referencia a un catálogo o conjunto de servicios o prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Dichas prestaciones deben garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y del nivel adecuado y que sean de carácter preventivo, diagnóstico, terapéutico, de rehabilitación, promoción y mantenimiento de la salud, tal y como se dispone en el artículo 23 de la Ley

de Cohesión y Calidad: *“Todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en esta ley en condiciones de igualdad efectiva”*.

Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, pueden aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán, cuando menos, la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, la cual debe garantizarse a todos los usuarios del mismo. Las comunidades autónomas, por tanto, están habilitadas para incorporar en sus carteras de servicios una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios.

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, respecto a la **garantía de tiempo de acceso** a las prestaciones dispone en su artículo 25, que: *“En el seno del Consejo Interterritorial se acordarán los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, que se aprobarán mediante real decreto. Las comunidades autónomas definirán los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios dentro de dicho marco”*. Ahora bien, desde las transferencias sanitarias a las distintas comunidades autónomas, los tiempos de respuesta al acceso a los tratamientos se han regulado mediante distintos instrumentos jurídicos.

La **Ley 33/2011**, de 4 de octubre, General de Salud Pública, según el apartado cuarto de la disposición final segunda, regula derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en lo relativo a la salud, y respecto a la **garantía de información** dispone que: *“Los Servicios de Salud informarán a la ciudadanía de sus derechos y deberes, de las prestaciones y de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, de los requisitos necesarios para el acceso a éstos y de los restantes derechos recogidos en la Ley básica reguladora de la autonomía del pa-*

ciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como de los derechos y obligaciones establecidos en la Ley General de Salud Pública y en las correspondientes normas autonómicas, en su caso”.

La **Ley 41/2002**, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, tiene el objeto de ofrecer a todos los ciudadanos del Estado las mismas garantías. Plasma a nivel legislativo el principio de autonomía del paciente como base de la atención sanitaria, reconociendo, tanto el derecho a no ser informado como el derecho a ser informado, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, incluso en caso de incapacidad del paciente. Dicha información deberá proporcionarse, como regla general, de forma verbal, dejando constancia en la historia clínica, si bien será precisa la forma escrita ante intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, cuando el procedimiento suponga riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

La **Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**, en su artículo 27, establece que se determinarán, mediante Real Decreto, con carácter básico **las garantías mínimas de seguridad y calidad** que, acordadas en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, deberán ser exigidas para la regulación y autorización por las comunidades autónomas en la apertura y en el funcionamiento en sus respectivos ámbitos territoriales, de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

El **Real Decreto 1277/2003**, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, desarrolló las previsiones contenidas en la citada Ley de Cohesión y Calidad y en su contenido se regula una nueva clasificación, denominación y definición común de los mismos

para todas las comunidades autónomas. Dicho Real Decreto determina con carácter básico las garantías mínimas de seguridad y calidad que deben ser exigidas por las comunidades autónomas para la regulación y autorización, en sus respectivos ámbitos territoriales, de los centros, servicios y establecimientos sanitarios en la apertura y en el funcionamiento. El ámbito territorial de la autorización sanitaria es, por tanto, de carácter autonómico y no nacional, como se establece en el artículo 3 del citado Real Decreto; por ello, para que un servicio sanitario pueda desarrollar sus actividades tiene que estar previamente autorizado por la administración sanitaria competente de la comunidad autónoma correspondiente.

Además, en el ámbito sanitario, el derecho de libre elección de facultativo y de centro se constituye como medio para flexibilizar la rigidez de ese modelo de planificación pública de servicio y recursos, en atención, entre otros, al carácter personal y de especial confianza de la relación médico-paciente, así como al entorno de incertidumbre en que se producen muchas decisiones médicas. Este derecho se enmarca en la **garantía de calidad**, regulada en el artículo 28 de la Ley de Cohesión y Calidad, que otorga a todos los usuarios del territorio español las prerrogativas que aseguran que la prestación de los servicios referentes a la salud van a cumplir un estándar mínimo, independientemente de la zona donde se preste dicho servicio, auditorías periódicas independientes, derecho a la libre elección de facultativo, derecho a la segunda opinión facultativa, humanización de la asistencia y centros y servicios de referencia, siendo responsabilidad de las Administraciones Públicas sanitarias, para los centros de su ámbito, velar por su cumplimiento.

Toda comunidad autónoma debe ofrecer a los ciudadanos una garantía de tiempos máximos de atención en cuanto a la asistencia programada no urgente para intervenciones quirúrgicas, primeras consultas y pruebas diagnósticas en la Atención Hospitalaria. Las listas de espera deben

ser establecidas siguiendo criterios de priorización y tiempos de espera adecuados asignados, teniendo en cuenta la idiosincrasia individual de los pacientes.

Se deben implantar, cuando ello sea necesario, programas estables, con un modelo organizativo específico, que permita mantener la actividad en el área quirúrgica prolongando la jornada más allá de la jornada ordinaria en función de unos criterios previamente establecidos.

El quirófano es uno de los elementos críticos de la organización hospitalaria. La complejidad de su función y la cantidad de recursos que requiere hace que el quirófano sea una de las instalaciones que más recursos humanos y materiales consume del hospital. De su gestión eficiente depende, en gran medida, que se pueda llegar a una correcta adecuación entre la demanda de servicios y la oferta de los mismos. El horario de trabajo rígido en el que los quirófanos comienzan su actividad a las 8:00 de la mañana y la concluyen de forma general a las 15:00 horas, con un tiempo de utilización de siete horas diarias, es claramente insuficiente para muchos procedimientos quirúrgicos mayores y de complejidad alta, así como para el incremento en el número de procedimientos de baja complejidad. Ello conlleva, en ocasiones, un porcentaje importante de suspensión de intervenciones quirúrgicas.

Dentro de un Servicio de Salud se pueden clasificar a los centros o sus servicios o unidades asistenciales en tres niveles:

- Aquellos que hacen un uso eficiente de recursos y no tienen LEQ (Lista de Espera Quirúrgica) y que pueden acometer en jornada ordinaria y/o extraordinaria pacientes procedentes de otros centros con o sin recursos adicionales. Estos hospitales pueden alcanzar los objetivos marcados con la actividad que actualmente están desarrollando y tienen capacidad sobrante al tener una mayor capacidad quirúrgica y, por

ello, pueden actuar como centros de apoyo para los demás hospitales.

- Los que hacen un uso eficiente de recursos y tienen LEQ, por lo que asumen en jornada extraordinaria sus propios pacientes con recursos adicionales. Estos centros poseen lista de espera y con la actividad planificada sí pueden alcanzar los objetivos marcados pero sólo pueden atender a su propia lista de espera; es decir, no tienen capacidad sobrante.
- Y aquellos que tienen LEQ y plantean hacer un uso eficiente de los recursos en un proyecto pactado y que coyunturalmente precisan de recursos adicionales. Estos hospitales tienen lista de espera estructural y/o no estructural y con la actividad planificada actual no podrían alcanzar los objetivos marcados.

3. La implicación de los profesionales

Otra medida importante a tener en cuenta por las administraciones es la implicación de los profesionales con las medidas a tomar y los objetivos marcados. En este apartado son importantes tres aspectos:

- Generar formación e información sobre las listas de espera. Ello implica un sistema de feedback o de retroalimentación con evaluación de los objetivos marcados.
- Implicar a los profesionales en el aporte de soluciones encaminadas a la reorganización de los procesos y a la generación de unificación de criterios.
- Descentralización de la gestión de la lista de espera: delegación, incentivación y evaluación de responsabilidades en función de los resultados de la gestión de las listas de espera.

Los Servicios de Salud deben implantar un sistema de información normalizado, que será universal para todos los centros del Servicio de Salud, con información relativa a lista de espera quirúrgica, de consulta hospitalaria y de procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios. Ello

permitirá trasladar a la población información veraz y garantizar a los ciudadanos información adecuada, individualizada y transparente sobre las esperas sanitarias que posibilite un ejercicio efectivo de sus derechos.

4. Medidas que debe contemplar el Plan Integral

Las medidas a considerar por los Servicios de Salud en la mejora de las listas de espera y en el marco del desarrollo del Plan Integral son:

- Promover la elaboración de guías para inclusión y priorización de pacientes en lista de espera, de carácter corporativo, en procesos quirúrgicos que por su variabilidad clínica o por su trascendencia sanitaria o social tengan mayor impacto en la evolución de las listas de espera.
- Analizar las frecuentaciones de los diferentes centros, servicios, especialidades, procedimientos o pruebas, estudiando a qué aspectos se deben las diferencias observadas y proponiendo actuaciones que corrijan dichas desviaciones.
- Impulsar el desarrollo de protocolos de actuación conjunta entre Atención Primaria y Hospitalaria en procesos asistenciales que generan mayores demoras en consultas especializadas y/o pruebas diagnósticas/terapéuticas.
- Homogeneizar el acceso a consultas externas y pruebas diagnósticas en Atención Hospitalaria desde Atención Primaria con el establecimiento de estándares en los Contratos de Gestión/Contratos Programa de los hospitales y servicios.
- Fomentar la participación conjunta de los profesionales de los distintos hospitales del Servicio de Salud en el desarrollo de la actividad asistencial, como medio de mejora de las competencias y del conocimiento en la organización, mediante el desarrollo de la Gestión Clínica.
- Optimizar el rendimiento de los quirófanos existentes y de la actividad quirúrgica de los hospitales públicos del Servicio de Salud, mediante el seguimiento y evaluación continuada de los mismos.

- Optimizar el rendimiento de los locales y de la actividad de consultas ambulatorias de los centros públicos del Servicio de Salud, instaurando una evaluación continua y seguimiento de ellos.
- Optimizar el rendimiento de los equipamientos diagnósticos y terapéuticos y de la actividad de pruebas de los hospitales públicos del Servicio de Salud, con la implantación de una sistemática de seguimiento continuo y evaluación de éstos.
- Establecer parámetros comunes para todos los centros, tanto en la medición de indicadores de actividad asistencial mediante los Contratos de Gestión/Contratos Programa de los Hospitales y los Acuerdos de Gestión/Objetivos con los Servicios/Unidades.
- Elaborar en los conceptos relativos a la compensación por actividad extraordinaria criterios específicos y únicos para todos los hospitales del Servicio de Salud.
- Mejorar la gestión de la lista de espera, para lo que se deben establecer mecanismos que permitan optimizar la programación de las intervenciones quirúrgicas de acuerdo a criterios de prioridad clínica y antigüedad.
- Implantar mecanismos que permitan la diferenciación entre primeras consultas, consultas de resultados y consultas de revisión, mediante la potenciación de la actividad de consultas de alta resolución y la valoración de la actividad que en la actualidad se está realizando, adaptándola a criterios normalizados y renovados.
- Poner en marcha actuaciones que permitan la diferenciación entre pruebas diagnósticas y de control y faciliten la citación adaptada a las necesidades de los pacientes y de los profesionales para el diagnóstico y seguimiento de los procesos asistenciales.
- Implantar sistemas que aseguren el correcto registro de las inclusiones de intervenciones quirúrgicas programadas no urgentes, de las solicitudes de consultas externas y pruebas diagnósticas/terapéuticas tal como se contempla en el Real Decreto 605/2003, en todo el Servicio de Salud y teniendo en cuenta lo marcado en el Real Decreto 1039/2011.

Se considera de importancia capital el luchar contra la **variabilidad de la práctica clínica**, ya que ésta produce en los ciudadanos a igualdad de proceso, diferentes respuestas dentro de un mismo hospital e incluso dentro de un mismo servicio/especialidad. La administración, junto con los profesionales, deben protocolizar la indicación y priorización de las intervenciones quirúrgicas programadas no urgentes más frecuentes de manera común para todos los hospitales del Servicio de Salud, mediante la elaboración de guías clínicas para disminuir la variabilidad de la práctica clínica. Igualmente, se pueden establecer programas de consultas de segunda opinión para valorar la indicación de los pacientes incluidos en lista de espera con mayor tiempo de demora. Se debe analizar el grado de adecuación de las indicaciones y de las priorizaciones a las guías establecidas, así como el volumen de salidas de lista de espera que lo hacen sin realización de la intervención quirúrgica. Este aspecto dice mucho de los criterios utilizados en la inclusión de estos pacientes.

Otro aspecto que facilita la disminución de la variabilidad clínica es el conocimiento de la misma, para lo que es preciso establecer una herramienta informática basada en el Registro Unificado de Lista de Espera Quirúrgica y en el Sistema de Información de Quirófano para la gestión de la lista de espera quirúrgica de una forma común por todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio de Salud. Asociado a este desarrollo deben ir añadidos los procedimientos de funcionamiento y la formación adecuada a los profesionales de los servicios quirúrgicos y de Admisión que permita la programación, elaboración de los partes quirúrgicos de las sesiones quirúrgicas de los centros y especialidades. Con ello, es posible el observar las intervenciones que se programan procedentes de lista de espera sobre la población diana mensual seleccionada como objetivo, así como las demoras y esperas medias y máximas del hospital, especialidad y proceso en función de la prioridad marcada.

Asimismo, los Servicios de Salud deben facilitar la elaboración de un catálogo centralizado de procedimientos quirúrgicos priorizados que incluya aquellos procedimientos más frecuentes y los más graves que facilite la gestión de la lista de espera quirúrgica de una forma homogénea por todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio de Salud. Como información complementaria al catálogo, se debe de especificar si el procedimiento es o no susceptible de ser realizado mediante Cirugía Mayor o Menor Ambulatoria, así como el tiempo medio de quirófano, anestesia y cirugía. De esta forma se podrá analizar los rendimientos del quirófano por hospital y servicios, así como la adecuación de estos clasificados por niveles a los estándares definidos.

Complementario a las medidas anteriores, está la elaboración de un **catálogo de los procedimientos quirúrgicos susceptibles de ser operados mediante Cirugía Mayor o Menor Ambulatoria a través de programas de mejora en su gestión** y mediante protocolos que faciliten la asistencia sanitaria y la atención administrativa de una forma homogénea por todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio de Salud, especificando los procedimientos administrativos y la formación adecuada a los profesionales de los servicios quirúrgicos y de admisión. Ello permitirá analizar el grado de ambulatorización del centro en general y de los procesos en particular, marcando objetivos y márgenes de mejora. El fin perseguido es atender a los pacientes en el nivel de asistencia adecuada y con los recursos necesarios, lo que implica ir asignando recursos convencionales a las modalidades de asistencia alternativas a las tradicionales.

Otro aspecto que se debe regular y que influye de forma importante en la variabilidad clínica es la protocolización de los estudios preoperatorios en los procedimientos quirúrgicos, con programas de mejora en su gestión para facilitar la asistencia sanitaria y la atención administrativa de una forma homogénea por todos los centros hospita-

rios, servicios y unidades del Servicio de Salud. Se debe elaborar un protocolo donde consten los procedimientos quirúrgicos en los que es necesario realizar el estudio preoperatorio, con la especificación de las pruebas a realizar en función del paciente, proceso y procedimiento quirúrgico, las pautas de antiagregación y anticoagulación, la normalización de los criterios ASA del riesgo que la anestesia representa para los distintos estados del paciente, momento del ingreso en hospitalización convencional u hospital de día y los procedimientos administrativos, sin olvidar la formación adecuada a los profesionales de los servicios quirúrgicos y de admisión. Después, se debe analizar el grado de implantación de los protocolos, así como el grado de su cumplimiento.

5. Utilización eficiente de los recursos sanitarios

Otro aspecto muy relevante en el análisis de las listas de espera y puesta en marcha de un Plan Integral es la utilización eficiente de los recursos sanitarios públicos. Se debe estudiar de forma centralizada e individualizada todas las suspensiones de intervenciones quirúrgicas realizadas en los centros y especialidades y plantear procesos de mejora con el objetivo de minimizar aquellos motivos de mayor incidencia de una forma homogénea por todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio de Salud. Con una periodicidad mensual se ha de analizar tanto el número de suspensiones quirúrgicas como sus motivos a nivel del hospital y de los servicios/especialidades.

En esta misma línea, se debe estudiar en cada centro y especialidad la **optimización de la jornada laboral ordinaria**, ya sea en horario de mañana o tarde, de los equipos quirúrgicos, en concreto cómo se aplica la ampliación de la jornada a 37,5 horas semanales y los programas de actividad sustitutoria compensatoria de la no realización de guardias en personal mayor de 55 años de una forma ho-

mogénea en todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio de Salud. Se requiere estudiar de forma periódica el cumplimiento de la jornada contratada efectivamente realizada.

Tampoco se debe olvidar la **optimización del equipamiento y de las infraestructuras relacionadas con la actividad quirúrgica**, para lo que es necesario realizar un estudio específico de la utilización y de las necesidades de camas de hospitalización convencional, de cuidados críticos y reanimación postquirúrgica, las camas disponibles en función de los quirófanos funcionantes, los puestos de hospital de día, las sesiones quirúrgicas disponibles, etcétera, y todo ello en relación a la demanda existente en la lista de espera y los requerimientos urgentes y preferentes originados en los distintos hospitales y servicios.

El quirófano es el recurso más costoso del hospital por el consumo intensivo de recursos humanos y tecnológicos muy especializados, así como de recursos materiales de elevado coste que incluyen material sanitario e implantes. Por ello, hay que estudiar de forma periódica los rendimientos de los quirófanos instalados en función de las necesidades concretas y específicas de cada centro sanitario y especialidad, el número de procedimientos quirúrgicos programados por quirófano funcionante, día hábil, nivel de hospital y especialidad, así como los índices de entradas/salidas de la lista de espera por hospital, especialidad y procedimiento.

Si el quirófano es la instalación más costosa del hospital, la hospitalización es la segunda, por lo que también se debe analizar con carácter periódico las necesidades de hospitalización convencional y especial y sus rendimientos en función de las necesidades concretas y específicas de cada centro y especialidad en todos los hospitales públicos del Servicio de Salud. Se han de estudiar las estancias preoperatorias de las intervenciones programadas con hospitalización procedentes de la lista de espera y de la urgencia diferida.

En este sentido, cuando se realizan estudios de adecuación de ingresos programados y estancias evitables, se observa una gran variabilidad por centro, servicio y/o especialidad y procedimiento. Es necesario buscar siempre el aumento de productividad y rendimiento de los recursos sin implicar necesariamente un incremento adicional de la financiación.

En definitiva, una mayor eficiencia en la utilización de los recursos físicos disponibles mejora de una forma significativa la actividad asistencial. Una mejor gestión de camas, locales de consulta, quirófanos, equipamiento tecnológico, etcétera, tratando de minimizar los tiempos muertos y consiguiendo unos rendimientos adecuados, mejora las listas de espera quirúrgicas de forma específica.

También es fundamental la participación de la Atención Primaria en la realización de Cirugía Menor. La realización de ésta debe ser impulsada en los centros de Atención Primaria de forma homogénea en todos los equipos de las distintas zonas básicas de salud de la comunidad, y analizar el número de intervenciones realizadas por los equipos de Atención Primaria y las derivadas a Atención Hospitalaria que podrían ser realizadas en el primer nivel. Para el despliegue de esta acción se debe de capacitar a los equipos en habilidades quirúrgicas, dotar a los centros de instalaciones y equipamiento y definir objetivos mínimos de actividad en función de la población asignada.

En este marco de utilización eficiente de los recursos, es deseable la implantación de **sistemas de retribución variable en función del cumplimiento de objetivos pactados** en cuanto a demoras y esperas medias y máximas en función de la priorización de los pacientes y su situación en la lista de espera. Es el momento para que el Servicio de Salud marque los tiempos máximos de espera para intervención quirúrgica o para ser atendido en consulta o para que le sea realizada una determinada prueba

diagnóstica en función del rendimiento de las instalaciones y equipos. Y si se plantean objetivos en función de la asistencia a los pacientes y ciudadanos es racional el vincular el cumplimiento de dichos objetivos con un sistema de incentivos.

Otra de las líneas a tratar en el análisis de las listas de espera es la **mejora de la Gestión Clínica y la complementariedad de los centros concertados**. Debe ser objetivo de los Servicios de Salud el desarrollo de la Gestión Clínica en las unidades asistenciales basada en la participación activa y responsable de los profesionales en la consecución de los objetivos fijados con los recursos disponibles para mejorar los niveles de salud de los pacientes en un marco de autoridad delegada y pactada y de corresponsabilidad con las consecuencias de sus propias decisiones. La Gestión Clínica representa una herramienta de innovación necesaria en la gestión de los servicios/unidades de cara a mejorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los mismos, partiendo de la premisa de la capacidad de los profesionales para ser responsables y autónomos.

6. Colaboración con la sanidad privada

Relacionado con esta estrategia de decisión, encuentran un lugar de complementariedad con el sistema público los aumentos de la oferta asistencial mediante la concertación de la prestación de servicios con el sector privado para la resolución de listas de espera, financiados con fondos públicos para disminuir tanto el número como el tiempo medio de espera en cirugía y exploraciones. Este sistema se utiliza de forma amplia en todos los Servicios de Salud de las comunidades autónomas, se emplea cuando se observa que los objetivos anuales de lista de espera acordados entre el Servicio de Salud y los centros hospitalarios están superados o en riesgo de incumplimiento. Los Ser-

vicios de Salud deben buscar la eficiencia de los recursos públicos y la complementariedad de los conciertos de los centros privados con el único objetivo de mejorar las demoras y esperas de los ciudadanos.

Es importante analizar el porcentaje de salidas de la lista de espera producidas en jornada ordinaria (tanto de mañana como de tarde), en jornada extraordinaria, en centro de apoyo y en concierto, así como las salidas sin intervención. Otros indicadores a estudiar son la relación entre la espera de los pacientes atendidos y la demora de los que se encuentran en la lista de espera y los programados no procedentes del registro de lista.

7. Organización institucional y la gestión de los procesos administrativos

En este aspecto y teniendo en cuenta las características del Sistema Sanitario público español, es fundamental el desarrollo de los Servicios de Admisión en todos los hospitales como unidades de gestión de pacientes y como apoyo a la asistencia. Entre las **funciones** de estos servicios se encuentran: centralizar las listas de espera que contienen a todos los pacientes que han sido incluidos por todos los facultativos de un área concreta y para una especialidad en particular con el fin de obtener una mayor eficacia y eficiencia y poder responder ante un criterio de prioridad. Para su correcto funcionamiento, todos los agentes intervinientes -la población, los médicos y los gestores- necesitan un conocimiento pleno de las listas y los tiempos de espera a fin de adoptar las decisiones más adecuadas con la información necesaria.

Uno de los aspectos a tener en cuenta ante la centralización de las listas de espera, al igual que cuando no lo están, es la actualización y depuración administrativa permanente de las mismas, ya que los estados de los múltiples

pacientes que se encuentran incluidos en ellas cambian con el transcurso del tiempo. Con una cierta frecuencia, se encuentran en lista de espera pacientes ya intervenidos, o que no desean operarse, que el motivo que determinó su inclusión ha desaparecido o incluso personas ilocalizables por cambio de domicilio. Estas situaciones son más acusadas cuanto mayores tiempos de demora se presenten en las listas de espera. Igualmente, hay que tener en cuenta que se deben realizar comprobaciones de los criterios de inclusión, comprobar la prescripción correcta como consulta primera, de resultados y revisión o sucesiva, como prueba diagnóstica o de control y realizar llamadas de confirmación de la intervención o la cita y las consultas de segunda opinión para comprobar que persiste la indicación. Existen, para ello, herramientas informáticas que permiten una revisión automatizada de estas situaciones.

La mejora de la organización institucional y de la gestión de los procesos administrativos se basa en el establecimiento, en el ámbito corporativo, **de estructuras jerárquicas dependientes de los coordinadores de la actividad quirúrgica y ambulatoria de consultas y pruebas diagnósticas, de comisiones de planificación quirúrgica y de control de las demoras diagnósticas, así como de la utilización de herramientas informáticas.**

En este apartado, es fundamental también la **elaboración de agendas de consultas externas y pruebas diagnósticas de forma normalizada, homogénea y centralizada en todos los hospitales y servicios/especialidades del Servicio de Salud,** así como el establecimiento de instrucciones que definan la gestión de las agendas, sus características, diseño, bloqueo, duración, etcétera.

Todo ello debe realizarse al mismo tiempo con la idea de favorecer la continuidad asistencial y facilitar la citación directa de consultas y pruebas desde Atención Primaria a Atención

Hospitalaria en todos los centros sanitarios, así como el seguimiento clínico compartido y coordinado en el nivel asistencial adecuado del área sanitaria.

Para hacer efectiva estas medidas se deben establecer una adecuación de la oferta, una racionalización de la demanda, actuando sobre la actividad evitable o no deseable, y una optimización de los rendimientos de los recursos ambulatorios, fundamentalmente estableciendo agendas tipo por especialidad, prueba/técnica, patología, etcétera.

De igual forma, es importante tener en cuenta el uso de la telemedicina, las consultas no presenciales, la figura de los especialistas consultores y el papel que puede desarrollar el personal de enfermería en la atención sanitaria.

8. Garantía de la información

La garantía a la información, centrada fundamentalmente en la habilitación de procedimientos de acceso a la información personal de cada paciente y la publicación periódica de información normalizadas de las listas de espera, tiene un gran interés para todos: pacientes, profesionales sanitarios, gestores, administración y políticos.

Con la finalidad de que los ciudadanos puedan ejercer su derecho a recibir información sobre los servicios, prestaciones y pruebas complementarias disponibles, así como los criterios y requisitos de acceso a los mismos se debe establecer un sistema de información en materia de listas de espera que recoja la normativa existente y vigente en la actualidad. Es importante destacar que el acceso se ha de realizar bajo condiciones que garanticen la seguridad, confidencialidad y privacidad, determinadas en la **Ley Orgánica 15/1999**, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Además, la **Ley 41/2002**, de 14 de noviembre, básica y reguladora de la autonomía del paciente y de sus derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, en su capítulo II sobre el derecho de información sanitaria, en el artículo 4 sobre el derecho a la información asistencial, define que:

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.
2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.
3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen

una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

Igualmente, la citada Ley 41/2002 en el artículo 5 sobre el titular del derecho a la información asistencial, contempla que:

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.
2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.
3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
4. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave.

4 Resumen ejecutivo

27 medidas a implantar por los Servicios de Salud para la mejora de las listas de espera

1. Definición de criterios de indicación y priorización

Protocolizar la indicación y priorización de las intervenciones quirúrgicas programadas no urgentes más frecuentes de manera común para todos los hospitales, desarrollando principalmente dos acciones: la elaboración de guías clínicas de indicación y priorización de las intervenciones quirúrgicas para disminuir la variabilidad de la práctica clínica y el establecimiento de programas de consultas de segunda opinión para valorar la indicación de los pacientes incluidos en lista de espera con mayor tiempo de demora.

2. Utilización de una herramienta común de gestión

Establecer una herramienta informática basada en el Registro Unificado de Lista de Espera Quirúrgica y en el Sistema de Información de Quirófano para la gestión de la lista de espera quirúrgica de una forma común por todos los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio de Salud, mediante la elaboración de la herramienta informática, los procedimientos de funcionamiento y la formación adecuada a los profesionales de los servicios quirúrgicos y de admisión que permita la programación y la elaboración de los partes quirúrgicos de las sesiones quirúrgicas de los centros y especialidades.

3. Elaborar un catálogo centralizado de procedimientos quirúrgicos priorizados

Catálogo que incluya aquellos procedimientos más frecuentes y los más graves que facilite la gestión de la lista de espera quirúrgica de una forma homogénea. Como información complementaria se debe especificar si el procedimiento es susceptible de Cirugía Mayor o Menor Ambulatoria y el tiempo medio de quirófano, anestesia y cirugía.

4. Definir los procesos graves que deben contar con protocolos y/o guías clínicas

Elaborar un catálogo de los procesos más graves mediante el establecimiento de programas de mejora en su gestión mediante protocolos y/o guías clínicas que faciliten la asistencia sanitaria y la atención administrativa de una forma homogénea, los niveles de responsabilidad, los tiempos de atención, los procedimientos administrativos y la formación adecuada a los profesionales.

5. Potenciar la Cirugía Mayor y Menor ambulatoria

Elaborar un catálogo de los procedimientos quirúrgicos susceptibles de ser operados mediante Cirugía Mayor o Menor Ambulatoria a través de programas de mejora en su gestión mediante

protocolos que faciliten la asistencia sanitaria y la atención administrativa de una forma homogénea, especificando los procedimientos administrativos y la formación.

6. Protocolización de los preoperatorios

Elaborar protocolos de los estudios preoperatorios a realizar en los procedimientos quirúrgicos con programas de mejora en su gestión para facilitar la asistencia sanitaria y la atención administrativa de una forma homogénea, donde consten los procedimientos quirúrgicos en los que es necesario realizar el estudio preoperatorio, especificando las pruebas a realizar en función del paciente, proceso y procedimiento quirúrgico, las pautas de antiagregación y anticoagulación, la normalización de los criterios ASA del riesgo que la anestesia representa para los distintos estados del paciente, momento del ingreso en hospitalización convencional u hospital de día, los procedimientos administrativos y la formación.

7. Análisis y estudio de las suspensiones quirúrgicas

Estudiar de forma centralizada e individualizada de todas las suspensiones de intervenciones quirúrgicas realizadas en los centros y especialidades y plantear procesos de mejorar con el objetivo de minimizar aquellos motivos de mayor incidencia de una forma homogénea.

8. Aplicar la ampliación de jornada en actividad quirúrgica efectiva

Estudiar en cada centro y especialidad la optimización de la jornada laboral de los equipos quirúrgicos. En concreto, cómo se aplica la ampliación de la jornada a 37,5 horas semanales y los programas de actividad sustitutoria compensatoria de la no realización de guardias en personal mayor de 55 años de una forma homogénea en todos los centros hospitalarios.

9. Optimización del equipamiento e infraestructuras quirúrgicas

Estudiar en cada centro y especialidad la optimización del equipamiento e infraestructuras quirúrgicas de una forma homogénea y periódica analizando las necesidades reales de quirófanos funcionantes e instalados en función de las necesidades concretas.

10. Optimización de la hospitalización quirúrgica

Estudiar en cada centro y especialidad la optimización de la hospitalización instalada de una forma homogénea y con carácter periódico tanto de la hospitalización convencional como de la especial y sus rendimientos en función de las necesidades.

11. Participación de Atención Primaria en la Cirugía Menor

Impulsar a nivel de Atención Primaria de forma homogénea en todos los equipos de las distintas zonas básicas de salud la realización de Cirugía Menor en los Centros de Salud.

12. Implantar sistemas de retribución variable en función del cumplimiento de objetivos

Implantar sistemas de retribución variable en función del cumplimiento de objetivos de lista de espera de forma homogénea en todos los centros del Servicio de Salud, valorando en la perspectiva de los ciudadanos de forma exclusiva la accesibilidad a la asistencia.

13. Implantar la Gestión Clínica en los Servicios/Unidades de los Hospitales

Implantar la Gestión Clínica de forma normalizada y progresiva en todos los servicios y unidades de los centros del Servicio de Salud que, de forma voluntaria, lo elijan como modelo de gestión y

que permite mejorar los niveles de salud de los pacientes en un marco de autoridad delegada y pactada y de corresponsabilidad con las consecuencias de sus propias decisiones.

14. Planificación de la actividad quirúrgica y de pruebas diagnósticas concertadas

Planificar la actividad global del servicio/unidad con los recursos disponibles e interiorizar, si es posible, la actividad quirúrgica derivada a centros concertados progresivamente, facilitando la derivación entre centros públicos de apoyo.

15. Mejora de la organización de la gestión de las listas de espera

Mejorar de forma uniforme en todos los centros la estructura organizativa para la gestión de las listas de espera quirúrgicas y diagnósticas de consultas y pruebas, normalizando un modelo de estructura organizativa con coordinadores y responsables de las listas de espera, comisiones de programación quirúrgica, de consultas y pruebas, reforzando los comités técnicos y otros órganos de participación ya existentes.

16. Mejora de los registros de listas de espera y de los sistemas de información

Mejorar y adaptar a la normativa estatal los registros de listas de espera quirúrgica, de consultas y técnicas diagnósticas, así como los sistemas de información necesarios para la gestión integral de las mismas.

17. Mejora de la gestión administrativa de las listas de espera

Mejorar la gestión administrativa de forma homogénea y uniforme en todos los centros evaluando la calidad de los registros normalizados en sus funciones asistencial, administrativa y estadística o de información.

18. Elaborar un catálogo centralizado de prestaciones y pruebas diagnósticas

Mejorar la información y gestión de las listas de espera diagnósticas de forma homogénea y uniforme en todos los centros, especialidades y pruebas y que se actualice periódicamente con la ayuda de una comisión técnica, de forma que sea útil para la información y la planificación.

19. Establecer protocolos administrativos para la elaboración de agendas de consultas y pruebas diagnósticas

Establecer los protocolos administrativos para la elaboración de agendas de consultas externas y pruebas diagnósticas que permitan el registro de todas las solicitudes de atención ambulatoria desde el momento de su indicación, independientemente del proceso de citación.

20. Centralización de las agendas de consultas y pruebas diagnósticas

Centralizar todas las agendas y establecer, desarrollar e implantar un gestor de peticiones de citas y pruebas diagnósticas en todos los centros.

21. Favorecer la Continuidad Asistencial

Facilitar la citación directa de consultas y pruebas desde Atención Primaria a Atención Hospitalaria en todos los centros y el seguimiento clínico compartido y coordinado en el nivel asistencial adecuado en el área sanitaria.

22. Actuación sobre la variabilidad clínica en consultas y pruebas diagnósticas

Actuar sobre la variabilidad clínica en consultas y pruebas diagnósticas mediante protocolos consensuados de derivación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria en procesos graves y frecuentes entre los centros de salud y los hospitales.

23. Optimización de los recursos en consultas y pruebas diagnósticas

Establecer criterios de mejora para la optimización de los recursos físicos, humanos y equipamiento asignados a consultas externas y pruebas diagnósticas en los centros, especialidades y técnicas del Servicio de Salud.

24. Instaurar nuevos modelos de asistencia

Implantar modelos generalizados y homogéneos en la práctica asistencial en todos los centros que redunden en la mejora de la atención y contribuyan a la mejora de la lista de espera diagnóstica en consultas externas y técnicas.

25. Establecer criterios de seguridad y eficacia en la asistencia

Establecer criterios seguros y eficaces en la asistencia sanitaria a través de protocolos y siguiendo

las indicaciones de las especialidades sobre actividad evitable o no deseable que redunden en la mejora de la atención y contribuyan a la mejora de la lista de espera diagnóstica en consultas externas y técnicas.

26. Habilitar acceso a la información personal de cada paciente

Habilitar acceso normalizado y personalizado a los pacientes inscritos en listas de espera que permita la consulta de los procesos pendientes a nivel de las especialidades, procesos y técnicas diagnósticas de todos los centros.

27. Publicar periódicamente información normalizada de las listas de espera

Publicar periódicamente información normalizada de las listas de espera quirúrgica, de consultas externas y pruebas diagnósticas, adaptado a lo descrito en el Real Decreto 605/2003.



sedisa

sociedad
española de
directivos
de la salud