

PLAN OPERATIVO INTEGRAL DE LISTAS DE ESPERA DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD

INTRODUCCIÓN:

Las listas de espera forman parte de los rasgos distintivos de la sanidad pública, están presentes en gran parte de los países europeos y son un elemento común a todos los sistemas sanitarios de financiación pública.

Es una de las causas primeras de descontento de los ciudadanos, es decir se perciben como un elemento negativo del sistema sanitario. Sin embargo, lo cierto es que responden a una necesidad de facilitar la planificación para favorecer una mejor utilización de los recursos. Son por tanto, un instrumento que actúa sobre la oferta de recursos sanitarios, pero también pueden actuar sobre la demanda, al ser un mecanismo desincentivador en aquellos casos que el beneficio esperado es marginal y en los que el paciente dispone de recursos económicos suficientes para acceder al sector privado. También permiten en ocasiones que algunas condiciones clínicas mejoren y además ofrecen a los pacientes un periodo de reflexión para decidir si realmente quieren operarse.

Los más críticos argumentan que durante el periodo que el ciudadano se encuentra esperando, su derecho de protección a la salud se ve mermado, la universalización y libre acceso se reducen para ellos a una esperanza a ser atendidos, algún autor las definió como una especie de efecto secundario indeseable de la equidad. Sin embargo las listas de espera tienen su origen en la aplicación de la justicia social, las listas de espera en unos tiempos razonables, admitidos por clínicos y usuarios, son un garante de la equidad del Sistema Sanitario Público.

Dado que el problema del origen de las listas es multifactorial, requiere un abordaje coordinado e integral a diferentes niveles del sistema sanitario. Por tanto habrá que actuar tanto a nivel de la oferta como de la demanda, pero sobre todo promoviendo medidas de autorregulación oferta demanda, además de gestionar correctamente a los pacientes ya incluidos en lista de espera que deberán estar adecuadamente priorizados y supervisados en función de su proceso y situación clínica particular.

Las políticas de abordaje de las listas de espera que parecen más prometedoras son aquellas que consideran de forma integradora, medidas tanto a corto, medio como largo plazo, que actúan tanto en el ámbito de los factores que afectan a la oferta como a la demanda, sustentadas en necesidades explícitas y transparentes, con implicación de los profesionales, que se fundamentan en la participación de los ciudadanos y que abarcan todo el ámbito de la atención sanitaria.

En nuestra Comunidad Autónoma la preocupación por la mejora de las listas de espera ha sido uno de los objetivos fundamentales del nuevo Gobierno, de hecho constituye una de las 60 medidas de la Agenda del Cambio debido a la situación tan

preocupante que transmitían los ciudadanos que las sufrían y a la constatación de dicha situación reflejada en las últimas Memorias del Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

OBJETIVO GENERAL

Establecer una estrategia global para el abordaje integral de las listas de espera en el Servicio Extremeño de Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y ACCIONES ESTRATÉGICAS

Objetivo nº 1:

Conocer de manera pormenorizada la situación real de las listas de espera en Extremadura.

Acciones:

- 1.1. Conocimiento pormenorizado de la situación actual de las listas de espera quirúrgicas, consultas y pruebas diagnósticas.
- 1.2. Comparación con las que había a fecha 30 de junio de 2011.
- 1.3. Estudio global y por áreas de salud.

Objetivo nº 2:

Crear y restablecer estructuras para el análisis y control de las listas de espera.

Acciones:

- 2.1. **Creación de la Oficina Central de LE:** Con recursos propios y otros con la colaboración de las áreas se establecerá una Oficina Central de LE con la misión fundamental de monitorizar permanentemente las diferentes LE.
 - 2.1.1. **Análisis informático de las listas de espera** para detectar duplicidades, errores, asistencias efectuadas ya por el mismo motivo, pruebas realizadas recientes iguales a las solicitadas, etc.
 - 2.1.2. Liderará una **depuración administrativa** de todas las listas en colaboración con los servicios de admisión de las áreas.
 - 2.1.3. Además realizará un **control exhaustivo** de los pacientes fuera de garantías.
 - 2.1.4. La Oficina llevará un **seguimiento pormenorizado y proactivo** de los pacientes que están o vayan a estar fuera de garantías a fecha de 31 de diciembre.

- 2.2. **Rediseñar y puesta en marcha del Observatorio para el análisis y control de las LE en Extremadura**, bajo el liderazgo de la Subdirección de Atención Especializada.
- 2.2.1. Renovar los **Manuales de Gestión** de Listas de Espera, Quirúrgica y de Consultas y Pruebas.
 - 2.2.2. Vigilar por su **aplicación homogénea** en todos los centros del SES.
 - 2.2.3. Elaborar e implantar **Protocolos de Inclusión en LE** de las principales patologías en LE de acuerdo con la evidencia científica. Valorar también la introducción de criterios sociales demostrados en la priorización de pacientes. Trabajar con los profesionales en la priorización clínica de los diferentes procesos.
 - 2.2.4. **Análisis conjunto** de las diferentes actuaciones llevadas a cabo en relación a las listas de espera (depuraciones, etc.).
 - 2.2.5. **Mejorar los Sistemas de Información de LE** y avanzar en la **transparencia** de los datos. Marcar como objetivo que el paciente pueda consultar directamente su situación en la lista de espera, información personalizada sobre la demora prevista.
 - 2.2.6. Diseñar **vías rápidas de atención** y priorización en LE de las patologías graves.

Objetivo nº 3:

Mejorar la productividad de los diferentes niveles de actividad del Servicio Extremeño de Salud.

Acciones:

- 3.1. Se calculará el **estándar medio de actividad** en los diferentes ámbitos, quirúrgico, consultas y pruebas. Se contará con el asesoramiento y validación de los profesionales. Se incluirá en los objetivos del Contrato de Gestión.
- 3.2. Por parte de las áreas se hará un **plan para aumentar la productividad** de aquellos servicios o unidades cuyos estándares estén por debajo de la media.
- 3.3. **Aumentar la cirugía procedente de LE** y justificar las urgencias diferidas realizadas en quirófanos programados.
- 3.4. **Disminuir la variabilidad** de las agendas de consultas de los hospitales y del índice sucesivas/primeras de las diferentes especialidades.
- 3.5. **Revisar los conciertos** y valorar el traspaso de créditos de este epígrafe a determinados autoconciertos más rentables. En pruebas diagnósticas sobre todo las radiológicas es donde parece más evidente la rentabilidad

del autoconcierto con los profesionales de Radiodiagnóstico a expensas de parte de los créditos del concierto con clínicas privadas.

- 3.6. En estudio para su implantación el próximo año un **Plan de Eficiencia Quirúrgica**, de manera que aquellos servicios quirúrgicos más eficientes puedan optar a actividad extraordinaria en su área o fuera de ella. Con una dotación presupuestaria adicional resultante de la liquidación del Plan de Choque actual.
- 3.7. A estudiar para medio plazo la **Especial Dedicación de los profesionales** con dedicación exclusiva, para realizar actividad por las tardes, para abrir los hospitales de tarde enfocados a solventar problemas asistenciales. Diversas modalidades voluntarias de una o dos tardes por semana retribuida.
- 3.8. Revisar la **ambulatorización de procesos** en todas las áreas y facilitar la misma a través de la formación y/o estancias en otros centros.

Objetivo nº 4:

Racionalizar la demanda de prestaciones asistenciales por parte de los diferentes actores del sistema sanitario.

Acciones:

- 4.1. **Disminuir la variabilidad de las derivaciones desde AP** a las diferentes especialidades mediante pacto de objetivos en el Contrato de Gestión con los profesionales, formación específica en las materias más demandadas, establecer grupos de trabajo entre médicos de familia y médicos de hospital para optimizar las derivaciones de los pacientes con las pruebas imprescindibles para que la primera consulta sea más resolutive.
- 4.2. **Aumentar la resolución de la Atención Primaria:** Revisar el acceso a pruebas de todos los médicos de AP para homogeneizarlo en la comunidad y aumentar el nivel resolutive.
- 4.3. **Mantenimiento de un sistema de feedback** a los profesionales de las derivaciones efectuadas y los estándares actualizados.
- 4.4. **Educación Sanitaria:** Frenar o reorientar la demanda inapropiada "Acuda a su especialista". Promover la imagen del médico de familia. "Consulte a su médico de familia".
- 4.5. **Pactar cupos de citas por Centros de Salud**, autogestión de citas en las agendas de AE.
- 4.6. **Potenciar la Telemedicina** con los pacientes que están en lista de espera facilitando los listados a los Centros de Salud.
- 4.7. **Consensuar protocolos de derivación**, guías y vías clínicas.



Estas medidas no garantizan al 100% la disminución de las listas de espera en el corto plazo, pero sí suponen un control de las mismas, un conocimiento pormenorizado de ellas y un compromiso de la organización para conseguir que las listas de espera sean razonables desde el punto de vista científico y social, priorizando los procesos más graves como elemento de equidad y cohesión social.

DIRECCION GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA