

# 2015

## AGENDA DEL CAMBIO

Compromiso Nº 34: Disminución de las listas de espera sanitarias. Unas listas asumibles social y sanitariamente

#AgendaDelCambio

DISMINUCIÓN DE LAS  
**LISTAS DE ESPERA  
SANITARIA**



JUNTA DE EXTREMADURA

**JUNTA DE EXTREMADURA  
CONSEJERIA DE SANIDAD Y POLITICAS SOCIALES**

**AGENDA DEL CAMBIO**

---

**DOCUMENTO BASE DE LA MEDIDA 34:**

**DISMINUCIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA SANITARIA. UNAS  
LISTAS ASUMIBLES SOCIAL Y SANITARIAMENTE**

**Índice**

1. DIAGNÓSTICO .....	2
2.- DESARROLLO DE LA MEDIDA: ESTRATEGIA GLOBAL .....	4



## I. DIAGNÓSTICO

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.

Las listas de espera son una de las primeras causas de descontento de los ciudadanos, se perciben como un elemento negativo del sistema sanitario. Sin embargo, la presencia de listas de espera no es, en sí mismo, un elemento obligadamente negativo. En efecto, unos tiempos de espera estables y clínica y socialmente aceptables son un factor de eficiencia del Sistema, ya que posibilitan la adecuada programación del trabajo. El problema surge cuando estos tiempos son excesivos y no se da una respuesta adecuada en el tiempo a los pacientes que pueden sufrir pérdidas irreversibles en su calidad de vida o incluso abocando a una situación irrecuperable y a una muerte que hubiera sido potencialmente evitable.

### 1.1 REALIDAD ACTUAL Y ANTECEDENTES

La situación actual de las listas de espera sanitarias en Extremadura es absolutamente caótica con miles de ciudadanos esperando y lo que es más grave con unos tiempos medios de espera absolutamente excesivos.

La lista de espera quirúrgica ha crecido en 6.810 pacientes en los últimos cuatro años, es decir, un 42%, pero además el tiempo medio de espera casi se ha duplicado pasando de 67 días a 121 días. Además en 2011 había 195 pacientes esperando más de 180 días una intervención quirúrgica y en 2015 4.729, de los que 1.594 llevan esperando más de un año. En las listas de espera de consultas y de pruebas lo más llamativo es que han aumentado considerablemente los pacientes fuera de garantía, es decir, los pacientes que llevan esperando más de 90 días para consultas y más de 60 días para pruebas. Además los pacientes que están en lista de espera de consultas y pruebas sin cita asignada han crecido de manera exponencial, seguramente para no darle citas a dos años vista.

### 1.2. VISIÓN DE FUTURO Y NUEVAS CONDICIONES

La tendencia actual y futura es de cada vez más demanda de atención sanitaria por parte de los ciudadanos, fundamentalmente por dos causas. Una por el envejecimiento de la población que conlleva un cambio en el patrón de presentación de la enfermedad, aumentando las enfermedades crónicas y el enfermo pluripatológico. Y otra por los avances científico técnicos de la medicina que provoca una mayor demanda en ámbitos que antes eran incurables o se descartaba la intervención por la agresividad y

complicaciones de las técnicas y ahora ha aumentado su indicación a amplios sectores de la población.

El aumento de la demanda conllevará un aumento de las listas de espera si no se toman las medidas correctoras oportunas para evitarlo.

### **1.3. OPORTUNIDAD Y PERTINENCIA DE LA MEDIDA QUE SE VA A PROPONER**

Es preciso atender a los pacientes en un tiempo aceptable, es preciso por tanto que las listas de espera sean razonables desde un punto de vista científico pero también social.

Para ello no es posible una medida aislada, sino que es preciso un conjunto de medidas complementarias entre ellas para el control de las listas de espera. Se ha demostrado que medidas puntuales y aisladas sobre la oferta o la demanda no tienen efecto sobre las mismas. Solo con medidas globales y mantenidas en el tiempo se han visto resultados satisfactorios.

Establecer una estrategia global sobre las listas de espera permitirá mantener una atención permanente sobre las mismas en todos los niveles de la organización para que de esta manera se lleven a cabo las medidas propuestas y consigan su objetivo que no es otro que el de mantener unas listas razonables desde el punto de vista científico y socialmente aceptadas.

## **2.- DESARROLLO DE LA MEDIDA: ESTRATEGIA GLOBAL**

### **2.1.- SITUACIÓN ACTUAL**

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

Cronograma agosto-septiembre 2015.

### **2.2.- CREACIÓN DE LA OFICINA CENTRAL DE LISTAS DE ESPERA**

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. En primer lugar se realizará una depuración informática de las mismas para detectar duplicidades, errores, asistencias efectuadas ya por el mismo motivo, pruebas realizadas recientes iguales a las solicitadas, etc. Después desde la Oficina se liderará una depuración administrativa de todas las listas en colaboración con los servicios de admisión de las áreas. Además realizará un control exhaustivo de los pacientes fuera de garantías.

Cronograma: septiembre a diciembre 2015.

### **2.3.- OBSERVATORIO DE LE**

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 y entre otros objetivos, deberá modificar los manuales de gestión de LE y vigilar por su aplicación homogénea en todos los centros del SES. Además continuar con los 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. Velará también por la transparencia en la información a suministrar a los ciudadanos.

Cronograma: Toda la legislatura.

### **2.4.- AUMENTO DE LA PRODUCTIVIDAD**

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. Revisar los rendimientos de quirófanos, consultas y pruebas. Establecer con los profesionales tiempos medios quirúrgicos de los procesos

más prevalentes en LE. Revisar los conciertos y valorar el traspaso de créditos de este epígrafe a determinados autoconciertos más rentables. Aumentar la cirugía procedente de LE y justificar las urgencias diferidas realizadas en quirófanos programados. Retomar los rendimientos medios de consultas y ajustar a la media los que estén por debajo. Igual con el índice de sucesivas/primeras, disminuir la variabilidad. En pruebas diagnósticas sobre todo las radiológicas es donde parece más evidente la rentabilidad del autoconcierto con los profesionales de Rx a expensas de parte de los créditos del concierto con clínicas privadas.

Cronograma: Toda la legislatura.

## **2.5.- RACIONALIZAR LAS DERIVACIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA**

En primer lugar conocer el número y medias poblacionales de los diferentes centros de salud de la comunidad, para posteriormente poner los medios adecuados para disminuir esa variabilidad, mediante pacto de objetivos con los profesionales, formación específica en las materias más demandadas, etc. También 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. Revisar el acceso a pruebas de todos los médicos de AP para homogeneizarlo en la comunidad y aumentar el nivel resolutive. Mantenimiento de un sistema de feedback a los profesionales de las derivaciones efectuadas y los estándares actualizados.

Cronograma: Toda la legislatura.

## **2.6.- ELABORAR UN PLAN INTEGRAL DE LE**

A medio plazo elaborar un plan que recoja todas las iniciativas y en todos los ámbitos de actuación, para establecer una estrategia global en el control de las LE.

Cronograma: septiembre a diciembre 2016.