

D. Molina Herranz^a, A. Moreno Sánchez^a, J. López Pisón^{a,*},
B. Salinas Salvador^a, G. Carmen Marcen^a,
M. Lafuente Hidalgo^a y J.P. García Íñiguez^b

^a Sección de Neuropediatría y Metabolismo, Servicio de
Pediatría, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza,
España

^b Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital
Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jlopezpi@salud.aragon.es
(J. López Pisón).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2022.08.009>
2603-6479/

© 2022 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los
derechos reservados.

«Dar calidad a la espera». Un modelo de gestión para la atención personalizada a pacientes en lista de espera



“Giving quality assistance during the waiting time”. A management model for personalized attention to patients on waiting list

Sra. Directora:

Probablemente las listas de espera son inevitables en cualquier sistema nacional de salud de la Unión Europea, ya sea mediante el modelo Beveridge o el modelo Bismarck, dado que los recursos destinados al sistema sanitario, por mucho que aumenten, siempre serán limitados.

No obstante, las listas de espera no tienen por qué ser un problema *per se*, puesto que constituyen un instrumento de organización y planificación de la demanda asistencial¹. Como dice Àngel Puyol², «si la mayoría de los pacientes puede esperar su turno sin que su salud se deteriore significativamente, es claramente ineficiente y un derroche disponer de tantos médicos como pacientes».

Por lo tanto, las listas de espera van a seguir existiendo y son una herramienta de gestión, pero nada puede justificar períodos de espera excesivos, clínica y socialmente inaceptables, y en muchos casos sin un seguimiento adecuado.

Un estudio realizado por Rodrigo y Gabilondo reveló que hasta un 83% de los pacientes en lista de espera quirúrgica manifestaron su preocupación por cómo afecta la espera a su estado de salud³. Ante una situación como esta, donde las listas son ineludibles, máxime en la situación pandémica en la que estamos inmersos, estas no deben ser óbice para que en las personas afectadas por un proceso de salud se puedan gestar sentimientos de olvido, o de abandono, lo cual podría repercutir aún más en su estado de salud⁴. Es preciso, por tanto, desarrollar instrumentos que proporcionen lo que nosotros hemos denominado «dar calidad a la espera». Si bien estos 2 términos, calidad y espera, parecen estar confrontados, su combinación no deja de ser, además de oportuna, necesaria.

La promoción y praxis de «dar calidad a la espera» previene que esta, la espera, pueda ser en sí misma un factor o condición de riesgo añadido para la persona que experimenta una enfermedad concreta. Se trata de trascender el componente tiempo para centrarnos en la humanización de la atención. Comprende, pues, un conjunto de actividades

dinámicas que, debidamente concatenadas y coordinadas, están encaminadas a lograr la satisfacción de las expectativas de los pacientes.

El primero de esos instrumentos sería el desarrollo de sistemas de priorización que corrijan la falta de definición de criterios específicos de clasificación y permitan una gestión adecuada y coherente basada en necesidades objetivas y en aspectos de urgencia clínica y social y no solo en el tiempo de espera⁵. El modelo de priorización actualmente vigente, descrito en el Real Decreto 605/2003, puede ser considerado como subjetivo con base en el criterio del profesional sanitario que prescribe la cirugía⁶. El sistema debe dar un giro para reorientar la priorización de la actividad diaria hacia la satisfacción real de las necesidades de los pacientes y desterrar el concepto de «cola».

En cuanto al cumplimiento de este modelo de priorización, no hemos encontrado estudios que lo analicen en profundidad. No obstante, es necesario destacar que la terminología empleada en el Real Decreto 605/2003 genera ciertas dudas en cuanto a la obligatoriedad de los plazos expresados en el mismo.

Numerosos modelos de priorización se han implementado en los países con alto desarrollo en sus sistemas de salud y han estado basados en diferentes principios sin que haya habido consenso internacional sobre cuál es el más adecuado; la mayoría de ellos han implementado sus propios sistemas con un éxito variable⁷. De las experiencias de uno de los sistemas desarrollados en España se deduce que para que un sistema de priorización se cumpla con éxito debe ajustarse a los siguientes criterios: ser capaz de discriminar con un número de variables manejable, estar elaborado por todos los grupos de interés, apoyarse en los sistemas de información para permitir una clasificación rápida y, finalmente, tener la posibilidad de reevaluar a los pacientes en lista si las condiciones varían⁸. La transparencia del sistema de priorización permitirá su control y ello vendrá determinado por la incorporación al sistema de información y registro de lista de espera de la puntuación asignada a cada paciente como resultado de la aplicación de los criterios de priorización.

Todo ello debe iniciarse con la puesta en marcha de una reflexión a nivel del ministerio para dotar de un sistema de priorización común a todas las CC. AA. y así no poner en riesgo la equidad del Sistema Nacional de Salud. En nuestra comunidad, se ha iniciado un proyecto de modificación del sistema de priorización de las listas de espera quirúrgicas mediante la inclusión de variables clínicas y sociales de tipo general para todas las especialidades quirúrgicas y enfermedades, con las premisas anteriormente citadas.

El segundo instrumento consistiría en la mejora de la comunicación con los pacientes que se encuentran en espera por alguna prestación programada. La mayor parte de las reclamaciones de los pacientes están relacionadas con la interpretación personal que hacen de cualquier evento durante su espera, en un contexto de información insuficiente. Por eso tiene una especial relevancia una correcta información sobre su espera que identifique precozmente sus necesidades y brinde el apoyo necesario.

De esta manera se atienden los aspectos psicosociales de las personas, tan íntimamente ligados al padecimiento de una enfermedad. La calidad está vinculada a la atención integral.

El Servicio Canario de la Salud dispone de una unidad que en los últimos años se ha consolidado como uno de sus servicios de información mejor valorados por parte de los ciudadanos al ofrecer atención personalizada y proactiva a pacientes/usuarios en listas de espera de Canarias, con un énfasis particular en aquellos pacientes que pueden tener dificultades para acceder a la información digital, mejorando de este modo la calidad de la relación entre los servicios sanitarios y los pacientes, dentro del contexto de la humanización de los mismos⁹. Esta atención personalizada es realizada por un grupo formado por personal administrativo altamente cualificado en diferentes sistemas de información sanitaria y en habilidades comunicativas, bajo coordinación médica o de enfermería. Su labor no solo es informativa sobre la situación de cada paciente en lista, sino que además realizan tareas de gestión dirigidas a solucionar incidencias relacionadas con la espera, siempre con base en la escucha activa. Opinamos que este tipo de atención se convierte en un paradigma que está tomando cada vez mayor relevancia en los servicios de salud más desarrollados. Así, el NHS británico, en su plan estratégico de abordaje de las listas de espera para 2022, «Delivery plan for tackling the COVID-19 backlog of elective care», dedica un capítulo específico a este tema: «Better information and support for patient»¹⁰.

Para finalizar, es esencial destacar que entre los elementos más importantes del modelo «dar calidad a la espera» se encuentra la Atención Primaria, por su cercanía y accesibilidad al paciente, garantizando una continuidad biopsicosocial de los pacientes que se encuentran en lista de espera. Por este motivo, el Equipo de Atención Primaria es capaz de detectar eventos susceptibles de modificación en la situación de lista de espera. La utilización de las nuevas tecnologías de la comunicación, además de la integración de sistemas de información de distintos niveles, facilitaría enormemente el seguimiento de los pacientes en este ámbito asistencial.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Directivos de la Salud. Gestión de las listas de espera desde la perspectiva de la gestión sanitaria profesionalizada. Madrid: SEDISA; 2016.
2. Puyol À. Ética y priorización en las listas de espera de la sanidad. En: *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?* Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2009. p. 29–46.
3. Rodrigo I, Gabilondo L. Tiempos de espera aceptables y repercusiones de la espera desde la perspectiva de los pacientes. *Rev Calid Asist.* 2007;22:168–79.
4. Combalia A, Torà-Rocamora I, Diestre-Tomas A, Muñoz-Mahamud E, Cano JG, Prat-Marín A. Influence of claims on the management of an orthopaedic surgery and traumatology service. *Rev Esp Cir OrtopTraumatol.* 2022;S1888-4415(22)00012-1. English, Spanish, <http://dx.doi.org/10.1016/j.recot.2022.01.004>.
5. Espinilla Yagüe C, Núñez Díaz S, Mahtani Mahtani V. Proyecto de priorización de lista de espera quirúrgica en Canarias. Definición de variables y ponderación. Comunicación presentada en el XXI Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Clínica. Santiago de Compostela, 10 de mayo de 2019.
6. 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. BOE núm. 134, de 5 de junio de 2003 [consultado 28 Mar 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-11266-consolidado.pdf>.
7. Hurst J, Siciliani L. Tackling excessive waiting times for elective surgery: A comparison of policies in twelve OECD countries. *OECD Health Working Papers*, 6. Paris: OECD Head of Publications Service; 2003.
8. Espallargues M, Sampietro-Colom L, Castells X, Pinto JL, Rodríguez E. Elaboración de un sistema de priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de catarata, artroplastia de cadera y artroplastia de rodilla. Resumen de los resultados principales. *AATRM Breus* n.º BR02/2004.
9. Mahtani Mahtani V, Espinilla Yagüe C, Núñez Díaz S. Atención personalizada en listas de espera. Un modelo para dar calidad a la espera. Comunicación presentada en el XXI Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Clínica. Santiago de Compostela, 10 de mayo de 2019.
10. NHS England. Delivery plan for tackling the COVID-19 backlog of elective care. February 2022 [consultado 29 Abr 2022]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2022/02/C1466-delivery-plan-for-tackling-the-covid-19-backlog-of-elective-care.pdf>.

S. Núñez Díaz^{a,*}, V. Mahtani Mahtani^a, C. Espinilla Yagüe^a y B. Robaina Rodríguez^b

^a Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio Canario de la Salud, Santa Cruz de Tenerife, España

^b Dirección General de Salud Pública, Servicio Canario de la Salud, Santa Cruz de Tenerife, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: snundia@gmail.com (S. Núñez Díaz).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2022.08.010>
2603-6479/

© 2022 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.