

Listas de espera: ha vuelto la minifalda

Rafael Liedó

Hospital Clínic y editor de la Revista de Calidad Asistencial

Convengamos que, en general, esperar la intervención de un agente de salud no es bueno. Entre otras cosas, porque percibir la demora genera angustia y porque pueden afectar el pronóstico de la enfermedad. Por ende, estas circunstancias se constituyen en un factor de desventaja para el sector público sobre el privado.

Ante la espera, el ciudadano responde con paciencia¹, “virtud o calidad del que sabe soportar sin perturbación de ánimo los infortunios, las ofensas y los trabajos” o, en una segunda acepción, “calidad del que soporta con calma la espera de una cosa que tarda...”

La reacción de los clientes del sistema de salud es cíclica; ora espero paciente, ora desespero impaciente. El conmutador que alterna el signo de la reacción es frecuentemente el efecto resonante de los medios de comunicación.

Vivimos ahora un nuevo episodio de una moda que, como la minifalda, es recurrente. Ha vuelto la lista de espera. Hace 3 años, los medios de comunicación, a partir de un caso desafortunado, recurrieron al tema de las demoras para llamar la atención del ciudadano consumidor. La cosa se convirtió en tema de actualidad y de pronto, empezaron a surgir casos similares por doquier.

Como otras veces, los agentes que participan del reparto de responsabilidades, responden ilustrando los mecanismos de motivación descritos por Maslow². Primeramente, se satisfacen las *necesidades fisiológicas*: se produce una respuesta rapidísima de los políticos para asegurar su puesto de trabajo; En segundo lugar, se cubren las *necesidades de seguridad*: se ponen en marcha medidas para que el problema no vuelva a estallar en los próximos meses; Más tarde, se satisfacen las *necesidades sociales y de estima*: es el momento de elevar cantos constantes y frecuentes sobre la bondad de las medidas impulsadas, como tratamiento para la confianza, el reconocimiento y el respeto.

Así, una vez instalado el tema de las listas de espera entre los tópicos de actualidad, las administraciones sanitarias dedicaron dinero, tiempo y neuronas al abordaje del asunto. Entre otras, surgieron del fondo de la caja de herramientas las depuraciones de los registros, las cifras “maquilladas” (lista de espera técnica), los sistemas de información, los indicadores de funcionamiento, los compromisos ante la ciudadanía, la revisión de las indicaciones, los criterios de priorización, el área de influencia, las mesas de debate, la compra adicional de actividad, los procedimientos en garantía, las comparaciones entre centros, los grupos de trabajo y las denuncias.

Del análisis surgieron variadas *propuestas para solucionar y/o paliar el problema*: seleccionar la casuística, adecuar el flujo de pacientes desde la primaria y a/de otros hospitales, potenciar la cirugía sin ingreso, aumentar la oferta del sistema, subsidiar a los enfermos que van al sector privado, favorecer la transparencia de la información, incorporar al médico de familia en la indicación de la inclusión en Lista, revisar la universalidad de los criterios de inclusión y/o de priorización, visitar criterios de priorización como el estadio de la enfermedad, la proximidad al centro, la probabilidad para valerse sólo, etc. Entre los criterios para la priorización, hemos asistido a destacados avances, como la incorporación de los criterios sociales³. Así, mientras los factores sociales están tradicionalmente separados, contra natura, de los problemas de salud, la realidad insiste en confundir ambos campos. Para una intervención de cataratas que invalida la visión o para el recambio de una prótesis de cadera que impide la deambulación, no es lo mismo la espera de aquel que vive sólo que la demora de aquel que tiene un buen entramado social y familiar. Del mismo modo, un pintor no debería esperar lo mismo (más que) un artista de cine o un agente del sistema de salud para que sea liberada la compresión de un canal carpiano. Debatir la categorización y la ponderación de los criterios sociales se constituye en un reto ineludible e inaplazable.

Last, but not least, el punto de vista del paciente incorpora valor añadido a la panoplia. Así, sabemos que a algunos pacientes no les importa esperar. Sí agradecen estar informados sobre las demoras, para no ver limitadas las actividades que tienen planeadas. También hemos observado que las esperas son más llevaderas cuando alguien nos entretiene (informa) de lo que debemos aguardar. No hay más que recordar nuestra última visita a un parque temático, en donde atendemos sin queja generosos espacios de tiempo y en donde incluso nos sentimos tocados por la fortuna si la demora prevista (de 70 minutos) se reduce a “sólo” 1 hora.

La vuelta de la minifalda ha generado una reflexión forzada. Del resultado, cabe felicitar al conjunto del sistema de salud por haber vigorizado variadas estrategias y/o acciones que contribuyen a mejorar la atención al ciudadano. De la experiencia, también podríamos apuntar, como mínimo, dos observaciones para el análisis:

1. Las listas de espera no son la única “oportunidad de mejora” de nuestro sistema. Este caso puede animarnos a prevenir, para abordar sin emergencias, sin teatralizar, otros problemas de nuestro buen sistema de salud. Son

ejemplos análogos las caídas de los pacientes, los errores de medicación, las discrepancias clínico-patológicas, las demoras en el diagnóstico del cáncer, etc.

2. Tratar estas “oportunidades de mejora” compulsivamente, para responder la presión de los medios de comunicación, resalta la obsesión por el medio más que por el fin. Así, se efectúan interpretaciones poco serenas de los números que nos llevan a imaginar, a menudo equivocadamente, que un mayor número de pacientes en Lista de Espera es indicativo de una mala gestión. En ese punto, aún contrariando el ideario de la calidad, pocas veces se hace una lectura constructiva de las cifras. Incluso es posible constatar acciones que conducen a la ocultación, falsificación y/o al maquillaje de las cifras. Citamos como ejemplo algunas “técnicas” recogidas por Peiró⁴: no considerar a los pacientes incluíbles en la Lista de Espera hasta que cumplen 1-2-3 meses de espera, utilizar la fecha de inclusión en una base de datos y no la fecha de decisión de la intervención por el cirujano, depuraciones administrativas sin asegurar que el paciente ya no requiere o no desea la intervención, considerar el final de la espera en el momento de la derivación a un centro concertado y no cuando se realiza la intervención, desapariciones temporales entre la retirada de una lista y el envío a otra, el fraccionamiento de listas separando los pendientes de cirugía sin ingreso, etc.

Indudablemente, contar de forma homogénea va a ser importante y necesario, pero no suficiente. Debemos determinar/discernir otros elementos de análisis. Así, debemos saber si una demora de 2 meses es mucho o

es poco. Cuál es el estándar aceptable, que seguramente variará por patología, por zona geográfica, por profesión, etc.

Se trata, ni más ni menos, de aplicar una secuencia lógica, que no escape al hábito de los expertos en calidad: definir los criterios de buena práctica, ajustar los instrumentos de medida y consolidar nuestros estándares, observar las eventuales desviaciones que puedan producirse sobre el óptimo, analizar sus causas y poner en marcha acciones de mejora para que nadie espere más de lo aceptable.

Llegaremos así a satisfacer el último nivel de las necesidades humanas de Maslow², la autorrealización.

Bibliografía

1. Giral J, et al. *Diccionario de la lengua catalana*. Barcelona: Enciclopedia Catalana S.A., 1993.
2. Maslow AH. *Motivation and personality*. New York: Harper and Row, 1954. Edición en castellano: motivación y personalidad. Barcelona: Sagitario, 1963.
3. Espallargués M, Gallo P, Pons JMV, Sampietro-Colom L. *Situació i abordatge de les llistes d'espera a Europa*. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Barcelona: Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 2000 (noviembre).
4. Peiró S. Listas de espera: mucho ruido, poca información, políticas oportunistas y mínima gestión. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2000;2:115-6.

NOTA DEL EDITOR

Apreciados suscriptores:

Con este número la Revista de Calidad Asistencial cierra una etapa que ha durado cinco años, a partir de la siguiente revista, la edición, producción y promoción ya será responsabilidad de otro editor.

No queríamos dejar pasar esta oportunidad sin hacer un breve balance de estos años. Los suscriptores que han permanecido fieles desde los inicios de esta etapa recordarán a una revista muy distinta, trimestral, con muchos problemas en sus salidas y un contenido más bien escaso (40/44 páginas).

En este periodo de tiempo se ha conseguido aumentar la calidad científica, dotándola de un circuito de doble evaluación externa, aumentar su periodicidad, de 4 a 8 números ordinarios más números especiales, aumentar su contenido, de 40 a 72 páginas de media, así como su difusión y promoción.

Por ello queremos agradecer a todos cuantos han intervenido en este proceso de mejora de calidad, evaluadores, colaboradores y autores. Muy especialmente queremos agradecer a los diferentes directores ejecutivos que ha tenido, desde entonces, esta publicación: Alex Lloreda, Ricard Viñas y en los últimos dos años a Mónica López, sin cuyo esfuerzo la Sociedad no habría conseguido sus objetivos.

Aunque ésta sea una despedida, y como todas produzca una cierta tristeza, no podemos dejar de sentirnos orgullosos y satisfechos de haber contribuido a su evolución y conseguido un nivel tan alto de calidad que ya merezca la atención de otra editorial.

Esperamos y deseamos, sinceramente, que la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) haya encontrado un interlocutor a su medida.

Gracias a todos,

Lluís Duelo. Nexus Ediciones