

## 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 paciencia<sup>1</sup>, “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 Maslow<sup>2</sup>. 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 sociales<sup>3</sup>. 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