

SESION CLINICA
NOVIEMBRE 2022

DIFERENCIAS GEOGRAFICAS EN SALUD (III).

GESTION DE LISTAS DE ESPERA EN EL SSPA

Dr. Pedro Luís Carrillo Alascio.
Especialista en Medicina Interna.
Jefe de Servicio Medicina Interna y Especialidades.
Hospital La Inmaculada de Huelcal-Overa. AGSNA.

BIBLIOGRAFIA UTILIZADA

- GESTIÓN DE LISTAS DE ESPERA EN EL SSPA Análisis de situación y propuestas de mejora Documento de respuesta a la proposición no de ley 10-16/PNLP-000067 12 DE MAYO DE 2017. Consultado el 05/11/22:
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/InformeCLE_12_Mayo_2017.pdf



GESTIÓN DE LISTAS DE ESPERA EN EL SSPA

Análisis de situación y propuestas de mejora

*Documento de respuesta a la
proposición no de ley 10-16/PNLP-000067*

12 DE MAYO DE 2017

ÍNDICE DE CONTENIDOS

MIEMBROS DE LA COMISIÓN	2
GLOSARIO DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS	6
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	8
PRESENTACIÓN.....	10
1. INTRODUCCIÓN	11
2. OBJETIVO Y MÉTODO DE TRABAJO	18
3. FACTORES EXTERNOS AL SSPA QUE INFLUYEN EN LA LISTA DE ESPERA	20
4. FACTORES DEL SSPA QUE INFLUYEN EN LA LISTA DE ESPERA	21
Línea 1. Decretos de Garantía de Respuesta	21
Línea 2. Procedimientos.....	22
Línea 3. Indicadores.....	25
Línea 4. Infraestructuras y recursos.....	25
Línea 5. Continuidad asistencial	26
5. PROPUESTAS DE MEJORA PARA LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA EN EL SSPA.....	27
Línea 1. Decretos de Garantía de Respuesta	27
Línea 2. Procedimientos.....	28
Línea 3. Indicadores.....	33
Línea 4. Infraestructuras y recursos	34
Línea 5. Continuidad asistencial	35
6. CONCLUSIONES.....	37
7. RECOMENDACIONES PARA ACTUACIONES FUTURAS	38

3. FACTORES EXTERNOS AL SSPA QUE INFLUYEN EN LA LISTA DE ESPERA

El incremento de la demanda asistencial es una cuestión multifactorial en la que además de los aspectos puramente relacionados con el Sistema Sanitario también influyen otros factores externos y que se relacionan con el entorno, como son las características sociodemográficas de población, la evolución del concepto de salud-enfermedad o las perspectivas de la ciudadanía. De todos ellos, los aspectos más relevantes son los que a continuación se recogen:

Factores que se relacionan con las características de la población y el entorno

- Aumento de la esperanza de vida y envejecimiento de la población.
- Importantes diferencias en las características sociodemográficas de la población en función del área geográfica de referencia.
- Aumento de la población inmigrante, con movilidad, estacionalidad y otros factores específicos.
- Variabilidad en los ciclos económicos con disminución relativa (proporción del Producto Interior Bruto) de la asignación presupuestaria a los sistemas públicos de salud.

Factores que se relacionan con los resultados en salud

- Evolución de la morbilidad hacia la cronificación de la enfermedad, tratamiento de secuelas y dependencia de los pacientes.
- Aparición y uso de técnicas menos invasivas que modifican las posibilidades de indicación quirúrgica y los protocolos de actuación establecidos.
- Minimización de riesgos y mejora en los resultados en salud.
- Aparición de nuevas evidencias científicas que modifican las indicaciones de uso de tecnologías sanitarias y procedimientos.

Factores relacionados con la percepción de la ciudadanía

- Aumento de las expectativas de los pacientes.
- Mejora de la calidad de vida en personas en situación de dependencia.

4. FACTORES DEL SSPA QUE INFLUYEN EN LA LISTA DE ESPERA

Además de los factores del entorno, los aspectos directamente relacionados con el Sistema Sanitario tienen una gran influencia sobre la demanda asistencial y la gestión de las listas de espera, siendo estos los que permiten mayor margen de modificación. A nivel global, este tipo de factores están relacionados con la estructura, organización, planificación y forma de trabajar del sistema y pueden agruparse en torno a las siguientes líneas:

- Línea 1. Decretos de Garantía de Respuesta
- Línea 2. Procedimientos
- Línea 3. Indicadores
- Línea 4. Infraestructuras y Recursos
- Línea 5. Continuidad Asistencial

A continuación se recogen la relación de aspectos identificados en cada una de las líneas señaladas.

LÍNEA 2. PROCEDIMIENTOS

F 6. El **absentismo** en consultas y en pruebas de imagen es un problema frecuente en el Sistema Sanitario, **siendo su identificación una cuestión fundamental para mejorar la eficiencia y la accesibilidad a las agendas.**

F 7. Existe un **sobreuso de recursos** potenciado unas veces por los pacientes y otras por los profesionales que al no consultar la información recogida en las historias clínicas, sienten la necesidad de realizar pruebas o consultas adicionales.

F 15. En Atención Hospitalaria la **gestión inapropiada de altas** en las diferentes áreas asistenciales, genera una presión elevada sobre los recursos de este ámbito que con frecuencia se traduce en el aumento de las demoras.

F 16. **No existe un desarrollo completo del Decreto 128/1997 que regula la libre elección de Médico Especialista y de Hospital en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.** En la práctica la oferta es inferior a la demanda, dando lugar a dificultades en el acceso y provocando la insatisfacción de los solicitantes. Además, debe tenerse en cuenta que a efectos prácticos **la libre elección supone una penalización (en lista de espera y recursos) para los centros con mayor atracción.**

F 19. La **desincronización entre consultas y pruebas diagnósticas** vinculadas aumenta la ineficiencia y el tiempo de respuesta clínica tanto en Atención Primaria como Hospitalaria.

F 21. En relación a consultas externas y pruebas diagnósticas. Problemas de **gestión de agendas** por:

§ Existen **agendas infradimensionadas o infraocupadas**.

§ A la hora de programar agendas **no siempre se tiene en cuenta la demanda de Atención Primaria** y el número de revisiones.

§ **No hay homogeneidad en la estructura de agendas de facultativos de la misma especialidad**, ni de agendas de distintos centros del mismo nivel o grado de resolución.

F 22. Hay una **variabilidad entre los distintos centros en la generación/definición de agendas** que motiva diferencias en la oferta de **oportunidades de acceso** a consultas y a pruebas funcionales.

LÍNEA 4. INFRAESTRUCTURAS Y RECURSOS.

F 27. Existen **desigualdades en la cartera de servicios y/o dotación de recursos** de los distintos centros, debiendo ser estudiadas en función de la eficiencia, garantía de calidad y seguridad de los pacientes.

F 28. Es necesario realizar una revisión de los **recursos disponibles en relación al aumento de la cartera de servicios.**

F 29. Se observa una **obsolescencia en el equipamiento tecnológico** y falta de equipamiento específico.

F 30. Hay un **déficit de profesionales en determinadas especialidades y categorías profesionales con diversa implantación según área geográfica y grupo de hospital**

LÍNEA 5. CONTINUIDAD ASISTENCIAL.

F 35. En **patologías** y cuadros clínicos **de elevada prevalencia**, existe una **amplia variabilidad** en los criterios de **derivación** y procesos de **resolución**.

F 36. En ocasiones las **solicitudes de Primeras consultas** procedentes de **Atención Primaria** para Atención Hospitalaria **no suelen ajustarse a protocolos de derivación, poniendo de manifiesto déficit de comunicación** entre ambos ámbitos asistenciales y ocasionando un **incremento de la tasa de frecuentación y un aumento en las demoras**

F 37. En el nivel hospitalario las **derivaciones desde otros hospitales** y su impacto sobre la lista de espera quirúrgica, de consultas externas o de pruebas diagnósticas, **va a depender de la cartera de servicios de los hospitales de origen (muy desigual) y del nivel competencial de los especialistas de dichos hospitales**, que pueden generar derivaciones improcedentes.

F 38. Se considera mejorable la **coordinación entre Atención Primaria y Hospitalaria en relación los procesos de derivación**, lo que puede generar derivaciones y/o petición de pruebas inadecuadas o innecesarias.

F 39. **Falta de comunicación entre profesionales de ambos niveles y consultoría**

5. PROPUESTAS DE MEJORA PARA LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA EN EL SSPA

Una vez identificados los puntos críticos que dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía pueden influir en el incremento de los tiempos de respuesta, se proponen una serie de medidas que según el criterio de la Comisión mejorarían la planificación de actividad y recursos y por tanto la gestión de las listas de espera. Como en el caso anterior, la relación de medidas propuestas se enmarcan en las siguientes líneas:

- Línea 1. Decretos de Garantía de Respuesta
- Línea 2. Procedimientos
- Línea 3. Indicadores
- Línea 4. Infraestructuras y Recursos
- Línea 5. Continuidad Asistencial

LÍNEA 1. DECRETOS DE GARANTÍA DE RESPUESTA.

P 6. Incluir el término de **prioridad** como elemento para disminuir el tiempo de **respuesta** establecido en el Decreto 96/2004 para procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. A la hora de definir la prioridad clínica se sugiere tener en cuenta la importancia de los aspectos individuales, laborales y/o sociofamiliares del paciente.

LÍNEA 2: PROCEDIMIENTOS.

P 11. Programar los aplicativos de **gestión de citas para pruebas diagnósticas**, para que alerten y **no se pueda asignar cita para una prueba que haya sido realizada previamente** dentro del plazo que se determine.

P 17. **Protocolizar las indicaciones de determinadas patologías en función de la Evidencia** científica disponible y las recomendaciones profesionales de grupos de **consenso**:

- o Elaborar recomendaciones consensuadas por grupos de expertos, Sociedades Científicas-SAS dentro de los acuerdos marcos.

- o Potenciar grupos de trabajo por procesos asistenciales para definir cuáles son las pruebas diagnósticas necesarias y establecer criterios de realización.

P 18. **Estandarizar cual debe ser en cada caso el rendimiento de actividad mínimo (nº de pacientes por sesión)** teniendo en cuenta parámetros de complejidad, disponibilidad de recursos, etc...

P 21. Fomentar la cultura de **benchmarking** (comparación con “el mejor”).

LÍNEA 2: PROCEDIMIENTOS.

P 22. Incluir en todos los niveles asistenciales las recomendaciones de “**no hacer**” elaboradas por las Sociedades Científicas.

P 26. Diseñar un **protocolo de confirmación de asistencia a citas programadas** mediante llamada telefónica, mensajería telefónica o Apps. Esta medida posibilitaría contactar con el paciente días antes de la fecha de cita con el fin de recordar fecha, hora y lugar, confirmar asistencia y en caso de comunicar la no asistencia citar a otra persona.

P 27. Desarrollar un sistema ágil de comunicación para que cualquier persona pueda **anular o cambiar su cita** en el caso de que no vaya a acudir a la misma.

P 28. Promover estrategias que impulsen la **co-responsabilidad en el uso de los recursos tanto como por parte de los profesionales como de los usuarios del SSPA.**

P 29. Potenciar el **acto único.**

P 31. Potenciar las **consultas externas de enfermería** favoreciendo la gestión compartida de la demanda.

LÍNEA 2: PROCEDIMIENTOS.

P 34. Potenciar la actividad desarrollada en los **Hospitales de día**. Implementar programas multidisciplinares que den respuesta a los **pacientes crónicos** con episodios de descompensación en las áreas de urgencias, **evitando ingresos innecesarios**.

P 36. Fomentar la **telemedicina** como herramienta de trabajo en red desde distintas perspectivas: o Entre profesionales de Atención Hospitalaria y Atención Primaria. Como una medida de **continuidad asistencial** y con las **finalidades formativa y asistencial**.
o **Entre centros de un mismo nivel, como segunda opinión entre profesionales**.

P 37. Facilitar el trabajo de los **comités de tumores multidisciplinares** mediante el desarrollo de nuevas funcionalidades informáticas específicas que se integren en la historia clínica electrónica, y el uso de nuevas tecnologías de trabajo en equipo (videoconferencia, reconocimiento de voz, calendarios compartidos,...).

P 38. Crear un **sistema de alerta para procesos graves y/o procesos inesperados** tanto para Atención Primaria como para Atención Hospitalaria, pudiendo estar derivadas las alertas en los casos de realización de pruebas diagnósticas y de asistencias en consultas.

LÍNEA 3. INDICADORES.

P 44. Realizar un **plan de comunicación** que dé a conocer a los profesionales la existencia y manejo de los diferentes **informes corporativos de demanda y actividad**. Así como la remisión directa de los mismos a los propios interesados con la periodicidad que se estime oportuna.

P 45. Elaborar y emitir **informes personalizados** por profesional sobre indicaciones y **demanda**.

LÍNEA 4. INFRAESTRUCTURAS Y RECURSOS

P 49. **Revisar la dotación y distribución de recursos por población para alcanzar las cifras recomendables en cada centro y evitar situaciones de inequidad.**

P 50. Desarrollar un plan estratégico de **renovación de equipamiento** tecnológico.

P 51. Explorar nuevas fórmulas de adquisición de **equipamiento para optimizar la eficiencia y la equidad.**

P 53. Promover estrategias incentivadoras que favorezcan la **captación de profesionales en aquellas áreas geográficas con especial dificultad de cobertura.**

LÍNEA 5. CONTINUIDAD ASISTENCIAL

P 55. Fomentar la **relación interniveles** y diseñar líneas de trabajo para mejorar la **continuidad asistencial** y la relación entre servicios hospitalarios similares en el caso de **hospitales de distinto nivel** pertenecientes a una misma región hospitalaria.

P 56. Desarrollar una estrategia que potencie la **capacidad de resolución de Atención Primaria** y evite desplazamientos innecesarios al Hospital. Mejorar la **accesibilidad a pruebas diagnósticas desde Atención Primaria**, estableciendo Unidades de Exploraciones de acceso abierto a Atención Primaria, (endoscopias digestivas, ecografía abdominal y tiroidea, exploraciones funcionales respiratorios, ORL...), para **procedimientos consensuados y en indicaciones específicas** adecuado a los márgenes de eficacia y eficiencia. En las mismas condiciones que cualquier otro servicio hospitalario.

P 58. Establecer **nuevas líneas de comunicación** (telemedicina y uso de nuevas tecnologías) que faciliten el abordaje y **seguimiento conjunto** de los pacientes compartidos y **disminuya la necesidad de realizar derivaciones**.

LÍNEA 5. CONTINUIDAD ASISTENCIAL

P 60. Promover las **consultas de elaboración de informes** en Atención Hospitalaria con el objetivo de evitar el desplazamiento de los pacientes. En este aspecto, deberá tenerse en cuenta los casos en los que dicha información necesite ser explicada al paciente, así como asegurar la adecuada recepción del informe y la posibilidad de que el usuario acuda a consulta para resolver sus dudas.

P 61. Fomentar la Gestión Clínica y **favorecer la autonomía de los servicios para establecer acuerdos de gestión y objetivos compartidos** entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

P 62. Impulsar el desarrollo de **protocolos de derivación desde Atención Primaria a Atención Hospitalaria** para ciertas patologías con el objetivo de **facilitar la asistencia en acto único**. Así mismo deben fomentarse protocolos de respuesta mínima por parte de los servicios hospitalarios para procesos habituales y que son finalizados o interrumpidos por diferentes circunstancias injustificadas.

LÍNEA 5. CONTINUIDAD ASISTENCIAL

P 64. **Adecuar las derivaciones** de Atención Primaria a las consultas externas de Atención Hospitalaria, siguiendo las recomendaciones de las diferentes sociedades científicas basadas en la evidencia y criterios de eficiencia. En este sentido se propone establecer **cauces de comunicación, actividades formativas, reuniones de consenso y protocolización y actividades de difusión entre ambos niveles**. Además se fomentará el desarrollo de **canales de comunicación efectivos (consultorías telefónicas, videoconferencias,...)**.

P 65. Reforzar el papel de las **enfermeras de enlace** o gestoras de casos en el seguimiento de pacientes tras un alta hospitalaria.

P 66. Homogeneizar y **adecuar las tasas de revisiones y primeras consultas** en consultas externas hospitalarias por un Facultativo Especialista de Área, siguiendo las recomendaciones de las diferentes sociedades científicas basadas en la evidencia y criterios de eficiencia.

DE TODO LO COMENTADO:

¿LO HEMOS **HECHO** ?

¿LO HEMOS HECHO **BIEN** ?

¿LO HEMOS **REVISADO** ?

¿LO **SEGUIMOS** HACIENDO ?

¿DEBEMOS **ACTUALIZARLO** Y SEGUIR HACIENDOLO **MEJOR** ?