

Plan de mejora para optimizar la lista de espera de consultas externas en una unidad de gestión clínica (ugc) de urología

IMPROVING PLAN TO OPTIMIZE THE OUTPATIENT OFFICE WAITING LIST IN AN UROLOGY CLÍNICAL UNIT

A. Jiménez Pacheco (1, 4), M. A. Arrabal Polo (2), E. del Moral Domínguez (3), A. López Luque A(1), M. Verdú Martínez (1)

1) Servicio de Urología. Hospital Santa Ana. Motril, Granada.

2) Servicio de Urología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

3) Licenciada en Derecho. Universidad de Granada.

4) Servicio de Urgencias. Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. Sierra de Segura, Jaén.

Resumen

La lista de espera, es un problema que existe en la mayoría de los sistemas nacionales de salud que aseguran a los ciudadanos la cobertura universal y la financiación pública. Además, constituye una de las principales causas de insatisfacción de los pacientes con el sistema nacional de salud.

Una de las mayores preocupaciones de las autoridades sanitarias, ha sido buscar alternativas para solucionar esta problemática. Por ello, es necesario gestionar las listas de espera a través de una política integral, implicando a la administración, los centros sanitarios, los profesionales y la sociedad en general.

En particular desde el ámbito del centro asistencial y los profesionales, la mejora de las listas de espera pasa ineludiblemente por la gestión clínica, la cual permite potenciar actividades asistenciales que mejoren resultados en niveles de salud, eficiencia, uso de tecnologías y utilización de recursos humanos.

El objetivo principal de este trabajo fue identificar posibles problemas en el sistema de citación, derivación y tiempo de espera, y establecer propuestas de mejora que permitan optimizar la lista de espera de consultas externas en una unidad de gestión clínica de urología.

Palabras claves: Lista de espera, gestión sanitaria, consultas externas, Atención especializada.

Abstract

The waiting list is a problem that exists in most national health systems which ensure universal coverage of citizens and public funding. It also constitutes one of the leading causes of patient dissatisfaction with the national health system.

A major concern of health authorities has been to seek alternatives to solve this problem. Therefore, it is necessary to manage the waiting lists through a comprehensive and complete policy involving the administration, health centers, professionals and society.

Particularly since the scope of health center and professionals, improving waiting lists inevitably passes for clinical management, which allows to increase care activities that improve health levels outcomes, efficiency, use of technology and human resource utilization.

The main objective of this study was to identify potential problems in the appointment system, referral and waiting time, and to establish proposals to improve the waiting list in outpatient in a management urology clinic.

Keywords: Waiting list, health management, outpatient, specialized care

Introducción

Una lista de espera es una cola de pacientes a los que se ha indicado un procedimiento asistencial y que, por imperativos ajenos a su voluntad, deben esperar para ser atendidos (1).

Es un problema que existe en la mayoría de los sistemas nacionales de salud que aseguran a los ciudadanos una cobertura universal y utilizan sistemas de colas para racionar los servicios (2).

Una de las mayores preocupaciones de las autoridades superiores de la institución sanitaria, ha sido buscar alternativas de solución a la problemática presentada por la demora en la lista de espera en consulta especializada (3). Ante una demanda de servicios cada vez mayor y la consecuente sobrecarga asistencial, se han de desarrollar fórmulas de gestión adecuadas a unos recursos que siempre son limitados (4).

En España, los ciudadanos consideran las listas de espera una de las principales causas de insatisfacción con el Sistema Nacional de Salud, de ahí, que un porcentaje elevado de las reclamaciones presentadas por el usuario en la administración pública sanitaria se deba a dicha problemática (2, 5).

Aunque la existencia de listas de espera responde inicialmente a una necesidad de facilitar la planificación y favorecer una mejor utilización de los recursos humanos, estas pierden su razón de ser cuando son exageradas, especialmente en tiempo de espera, y cuando no discriminan de manera suficiente aquellos pacientes en los que el beneficio puede ser marginal de aquellos que pueden obtener beneficios considerables (6).

Es de destacar como la administración pública sanitaria realiza esfuerzos en esta área con la finalidad de identificar las especialidades que tienen tiempos de espera superiores, con el objetivo de determinar aquellas que requieren de intervención para disminuir dichos tiempos y así poder brindar una atención más oportuna a los usuarios.

Los pacientes incluidos en el registro se clasifican en función del tipo de espera, como: (7)

- Pacientes en espera estructural. Incluye los pacientes que, en un momento dado, se encuentran pendientes de ser vistos en consulta de atención especializada o de la realización

de una prueba diagnóstica/terapéutica, y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles.

- Pacientes en espera no estructural. Pacientes incluidos en el registro en un momento dado, pero cuya espera no es atribuible a la organización y a los recursos disponibles, sino a circunstancias especiales de la solicitud de la cita:

- Pacientes con demora atribuible a la propia voluntad del paciente (pacientes en espera voluntaria por motivos personales, laborales o por libre elección de médico).

- Resto de pacientes incluidos en el registro cuya cita se ha establecido sobre una fecha solicitada por el médico petionario.

Realmente este problema no es algo que afecta de manera aislada a una única especialidad, sino que se ven involucradas varias especialidades (8), es decir, el servicio de urología puede reducir el tiempo de espera para que un paciente sea atendido, pero si posteriormente el paciente tarda en realizarse las pruebas diagnósticas solicitadas tres meses realmente no estamos haciendo nada, por lo que es algo de lo que tienen que estar concienciadas todas las especialidades.

El objetivo principal de este trabajo es identificar posibles problemas en el sistema de citación, derivación y tiempo de espera, y establecer propuestas de mejora que permitan optimizar, con los recursos disponibles, la lista de espera de consultas externas en una unidad de gestión clínica de urología.

2. Descripción de la situación de partida

Algunas de las deficiencias encontradas que justifican un tiempo de demora tanto en la primera visita como en las revisiones, tras realizar un análisis exhaustivo de la misma, son:

- No se optimizan los tiempos de utilización de consultas externas.

- Las cargas de trabajo no se reparten por igual entre los diferentes profesionales.

- Número excesivo de revisiones.

- No se dispone de la posibilidad de aplicar, por parte del profesional, una cita concertada.

- Las agendas de citación no permiten una flexibilidad y versatilidad a la hora de citar a un paciente, sin que repercuta en la mayoría de los casos sobre el profesional.
- No se tienen previstos los fallos en las citas concertadas.
- Se citan a varios pacientes a una misma hora, lo que impide que se puedan atender adecuadamente y además genera un retraso en la consulta.
- El número de profesionales facultativos, enfermeras, auxiliares de enfermería y administrativos no es suficiente si lo comparamos con la demanda actual existente.
- No existe una comunicación clínica suficiente entre Atención Especializada y Atención Primaria.
- No se clasifican adecuadamente a los pacientes, la cual se debería realizar en función de su prioridad.
- Actualmente, aunque esta en proyecto, no disponemos en las consultas de un sistema de informatización que nos permita tener acceso a todo el historial médico del paciente.

3. Descripción de los instrumentos para la realización de la propuesta de mejora en base a los problemas identificados y de la situación posterior tras su aplicación

- Optimizar los tiempos de utilización de consultas externas. Se conseguiría dedicar al paciente el tiempo necesario para prestar una atención sanitaria de calidad.
- Distribución de las cargas de trabajo entre los diferentes profesionales.

Es necesario que los diferentes componentes del servicio inviertan parte de su jornada laboral en efectuar sesiones que permitan analizar las cargas de trabajo de diversos profesionales y efectúen propuestas de mejora en este sentido.

- Evitar un número excesivo de revisiones, algunas de las cuales son innecesarias y/o puede ser realizadas por el médico de atención primaria. Así se conseguiría disponer de un mayor número de citas estructurales. Para ello, es necesario involucrar a los profesionales de atención primaria, mediante la elaboración de protocolos y/o procesos, como el de HBP/cáncer de próstata (9), para que realicen el control de de estos pacientes.
- Impulsar el aumento de citación concertada. Cuando exista la indicación médica de que la consulta se realice en un periodo determinado, en una fecha distinta a la primera fecha disponible, la cita se suministrará de acuerdo con la indicación del médico peticionario responsable y se registrará en el sistema de información como tal, con el fin de poder valorarla al evaluar la calidad. Existen determinados pacientes, que dada su patología, requieren una atención más continuada, pero en ocasiones no se puede llevar a cabo porque al no disponer de citas en la agenda informática, teniendo que ser retrasada.

Al fomentar la citación concertada se podría llevar a cabo dicha atención, puesto que se le indicaría al paciente la fecha en la que debe acudir de nuevo a revisión y evitar así que el sistema informático le adjudique una fecha cuando sea posible, sin que esto suponga un aumento de la carga asistencial a los profesionales.

- Agendas flexibles adaptadas a horarios de consultas, debiendo reunir unos criterios de calidad, flexibilidad y versatilidad. Dadas las características de los programas informáticos, se facilitan las citas para las consultas durante un número de horas inferior a las que el propio facultativo históricamente ya viene efectuando (se citan en 4 horas aproximadamente, pero las consultas duran 5 horas o más), por lo que se debería revisar los tiempos de asignación de citas y que el sistema de citas se haga con criterios de puntualidad y adaptando la agenda a la evolución de la demanda.

Dado que algunas consultas vienen ocasionadas por la revisión de pruebas analíticas, radiológicas e interconsultas de otros especialistas, es fundamental el conocimiento previo de los tiempos habituales de la recepción de estas pruebas por parte de la unidad, para facilitarles las siguientes citas a los pacientes. Con esta medida se evitaría

que el tiempo por paciente fuera superior al establecido con el sistema vigente, al mismo tiempo que se atendería a un mayor número de pacientes. Como objetivo puede fijarse que el tiempo de espera de entrada a consulta sea inferior a 10 minutos en el 75% de los pacientes.

- Tener previstos los fallos en las citas concertadas (10). En el momento de suministrar la cita, se debe solicitar al paciente que comunique posibles inasistencias a citas previamente concertadas, para que éstas puedan ser utilizadas por otros pacientes. Cuando se produzcan porcentajes elevados de inasistencia y demoras importantes, deberá valorarse el establecimiento de un sistema de confirmación de cita, mediante cartas recordatorias o incluso llamadas telefónicas, con reasignación de los huecos que pudieran generarse. Si el paciente no acude a la cita programada, debe causar baja. Si posteriormente justifica su incomparecencia, se procederá a suministrarle una nueva cita en el primer hueco disponible. En el caso de que el paciente no se presente o solicite aplazamientos de manera reiterada y pida una nueva cita, debe ser remitido a su médico de atención primaria, quién valorará si precisa o no, asistencia por el urólogo.

De esta manera, si el paciente nos avisa con antelación que no va a poder acudir a la cita, se le proporcionará una nueva, pero a su vez podemos citar a otro paciente para que acuda a esa cita y de esta manera no la dejamos perder.

- Dejar abierta una agenda que permita registrar imprevistos, tales como urgencia, etc., que requieren el consumo de un tiempo médico que debe ser tenido en cuenta.

Esto nos permite valorar al paciente atendido, por ejemplo, en urgencias en un plazo de 24-72h, lo cual evitaría en determinados casos ingresos hospitalarios, los cuales se realizan para mantener al paciente en observación, al no poder garantizar un control a corto plazo del paciente.

- Citar de forma horaria los pacientes que se puedan asumir y no más. Siempre con las prioridades que se le indiquen. Lo que se pretende con esta propuesta es que el tiempo que se pueda dedicar a cada paciente oscile entre 10-15 minutos/paciente.

- Incremento de plantillas, preferentemente facultativos, enfermeras, auxiliares enfermería y administrativos. Al disponer de

un mayor número de profesionales se podrían habilitar consultas por las tardes de la misma forma en que se habilitan quirófanos por la tarde para reducir lista de espera.

- Mejoras en la comunicación clínica entre Atención Especializada y Atención primaria (11). Generalización de un soporte de material de interconsultas, consensado por ambos niveles, de fácil cumplimentación y que permita enviar al urólogo toda la información relevante del paciente sobre la que se solicita la interconsulta.

Remisión por vía urgente de los informes clínicos de pacientes hospitalizados a los que se les da el alta, y que puedan requerir, de manera inmediata, bien seguimiento médico por parte de atención primaria o bien cuidados de enfermería.

De esta manera el médico de atención primaria tendría acceso a la evaluación realizada por el especialista, en este caso el urólogo, sobre el paciente y viceversa, existiendo un intercambio fluido de información en el menor tiempo posible. También se evitaría repetir ciertas pruebas diagnósticas y exploraciones, por lo que se ahorraría tiempo en las consultas.

- Clasificar a los pacientes. Se deben de propiciar una serie de acciones que contribuyan a mejorar las relaciones con los colectivos que remiten a los pacientes, como puede ser clasificar a los pacientes que nos remiten en: urgentes, preferentes, sin prioridad, etc. Si se realiza de forma adecuada, permitiría priorizar la gravedad de la patología y así poder proporcionar una atención especializada en el menor tiempo posible.

- Informatización de las consultas. La informatización colabora de manera sustancial en la simplificación administrativa y sirve de base para mejorar la transmisión de información clínica. Es importante contar con programas informáticos que permitan la expedición de la primera receta y de reconocer los procesos clínicos atendidos y capacidad de relacionarlos con número de visitas. También es útil el diseño de indicadores que midan mejor la capacidad resolutoria de la unidad. Con esta propuesta se puede tener acceso a la información de otras especialidades, acerca del paciente, y se conseguiría una simplificación administrativa.

4. Instrumentos para monitorizar los resultados de las propuestas de mejora (7,8,12)

CRITERIO	INDICADOR	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS DEL INDICADOR	ESTANDAR	FUENTE	PERIODICIDAD	RESPONSABLE	OTRAS ANOTACIONES
Nº de pacientes en espera para consultas externas	Pacientes en espera estructural para primera consulta	Es el nº total de pacientes en espera para la atención en consulta, incluidos en un momento dado, en el registro	Nº de pacientes en espera estructural no superior a 150.	Comando de mando del Servicio de Urología. Real Decreto 605 2003, 23 diciembre.	Trimestral	Equipo directivo con cada Jefe de Servicio involucrado y Unidad de Gestión.	- También sería responsable personal facultativo y no facultativo*
Tiempo medio de espera de los pacientes pendientes	Tiempo medio de espera estructural para primera consulta	Es el tiempo promedio expresado en días, que llevan esperando todos los pacientes en espera estructural.	Tiempo medio de espera inferior a 30 días.	Comando de mando del Servicio de Urología. Real Decreto 605 2003, 23 diciembre.	Semestral	Equipo directivo con cada Jefe de Servicio involucrado y Unidad de Gestión.	- Este Criterio e Indicador se puede aplicar para segunda consulta. - *
Espera media de los pacientes atendidos	Espera media estructural para primera consulta	Tiempo promedio (en días), que han esperado los pacientes procedentes del registro hasta su atención.	Tiempo de espera medio de los pacientes atendidos inferior a 30 días	Comando de mando del Servicio de Urología. Real Decreto 605 2003, 23 diciembre.	Semestral	Equipo directivo con cada Jefe de Servicio involucrado y Unidad de Gestión.	- *
Distribución de los pacientes por tramos de espera.	Distribución de pacientes en espera estructural para primera consulta	Es el número de pacientes en espera estructural, incluidos en cada uno de los tramos de espera definidos: Hasta 30 días, 31 60, 61-90 y > 90 días.	Distribución de pacientes en espera estructural para primera visita: < o = 30 días: 65%. 31 60: 20% 61 90: 10% > 90: 5%	Comando de mando del Servicio de Urología. Real Decreto 605 2003, 23 diciembre.	Trimestral	Equipo directivo con cada Jefe de Servicio involucrado y Unidad de Gestión.	- *
Demora media prospectiva	Tiempo medio de demora	Tiempo expresado en días naturales, que tardaría en absorberse al total de pacientes pendientes al ritmo de trabajo de un periodo anterior definido.	Tiempo de demora media prospectiva inferior a 30 40 días.	Comando de mando del Servicio de Urología. Real Decreto 605 2003, 23 diciembre.	Semestral	Equipo directivo con cada Jefe de Servicio involucrado y Unidad de Gestión.	- *

Tabla 1

5. Ventajas, inconvenientes y limitaciones del plan

VENTAJAS

- Consensuar tiempos de demora por patologías.
- Garantizar que la gestión y priorización de las listas de espera se desarrolle con transparencia, manteniendo una base de datos centralizada que proporcione información periódica, tanto a los profesionales como a los pacientes usuarios de los servicios sanitarios (13).
- Establecer un método de priorización en lista de espera según la gravedad del cuadro, patologías más frecuentes, etc.
- Definir y protocolizar los criterios de derivación al especialista, entre los profesionales de atención primaria y los de cada una de las diferentes especialidades.
- Se evitarían un número de revisiones excesivas. De esta manera existiría un mayor número de citas disponibles para espera estructural y no estructural.
- Un mejor seguimiento de los pacientes que requieren una atención más continuada, al fomentar la citación concertada.
- Poder valorar al paciente, urgente, en un plazo de 24-48 horas, al disponer de una agenda abierta, a base de no sobrecargar al profesional.
- Disponer de un mayor tiempo por paciente, lo que permite prestar una atención especializada de calidad.
- Inutilizar citas, las cuales no se cubren, por no comparecencia del paciente.
- Disponer de un mayor número de personal facultativo y no facultativo, que permita habilitar consultas por las tardes.

INCONVENIENTES Y LIMITACIONES

- Sería necesario destinar más presupuesto al apartado de personal/contratación, para así disponer de un mayor número de profesionales.

Hay que tener en cuenta que en ocasiones tampoco disponemos de la infraestructura adecuada.

- Encontramos agendas de citación completas, dada la gran demanda, que no permiten incluir a ningún paciente antes de la fecha disponible, salvo que se anote de forma extra, consiguiendo de esta manera: asumir un mayor número de pacientes por consulta/día, aumentar el tiempo de espera entre pacientes, no poder dedicar el tiempo suficiente a cada usuario al reducir el tiempo entre uno y otro y por tanto, que es lo más importante, no poder prestar una atención especializada de calidad.
- Derivación excesiva desde atención primaria, ya que no existe actualmente una comunicación clínica fluida entre atención primaria y especializada, y viceversa.
- No disponemos de un sistema de confirmación de citas, mediante cartas recordatorias o llamadas telefónicas, que nos permita reasignar los huecos que pudieran generarse por la incomparecencia del paciente.
- Una gran parte de los profesionales sanitarios, facultativos y no facultativos, no están concienciados con dicha problemática, y consideran que es responsabilidad únicamente del equipo directivo y de la unidad de gestión, lo que dificulta llevar a cabo este programa de reforma.

6. Beneficios para la población

Serían bastantes los beneficios que podría obtener la población si se realizaran las reformas que se plantean en este trabajo, ya que es esta, unas de las partes más afectadas en la problemática de la lista de espera en consultas externas, sin olvidarnos de los profesionales sanitarios.

A continuación exponemos algunos de dichos beneficios:

- El tiempo que el especialista les dedicaría por consulta, sería mayor. Así podría obtener mayor información sobre su enfermedad, riesgos tanto terapéuticos como diagnósticos, instrucciones a seguir después de la consulta, etc.; en definitiva una atención más personalizada y de calidad.

- No generar una cierta dependencia del paciente con respecto al médico, lo cual se consigue al no realizar un número excesivo de revisiones, sino sólo aquellas que realmente sean necesarias.

- Evitar la angustia que genera al paciente, por la gravedad de su patología, saber que hasta dentro de un mes o dos, en el mejor de los casos, no va a saber el resultado de sus pruebas diagnósticas. Esto se consigue con la citación concertada.

- El paciente valorado en urgencias, en ocasiones requiere ser evaluado de nuevo por el especialista, e incluso, determinados ingresos hospitalarios se realizan para ver la evolución.

Si se dispone de una agenda abierta que permita registrar imprevistos, permitiría una valoración precoz, en función de la gravedad, y reducir aquellos ingresos que se realizan por no poder realizar esa reevaluación en dicho plazo.

- Evitar esperas innecesarias, es decir, si se citan a la misma hora a dos o tres pacientes, se genera una demora. Si el tiempo entre paciente y paciente oscila en torno a 10-15 minutos, tanto para primeras visitas como para revisiones, se consigue evitar dichas demoras. Esto se genera, porque el tiempo de consulta se comprime a 4 horas aproximadamente.

Si se espacia este tiempo, no solo conseguimos que el paciente no espere, sino que se podría ver a un mayor número de pacientes/día, con un tiempo entre un paciente y otro adecuado.

7. Beneficios para los profesionales

Como comentamos en el apartado anterior, la lista de espera no sólo es un problema que afecte al usuario, sino que también afecta de forma directa al profesional sanitario, el cual podría disfrutar de una serie de beneficios si se llevan a cabo las propuestas planteadas.

A continuación, exponemos algunos de los beneficios que se pueden conseguir en un corto espacio de tiempo, y con un esfuerzo mínimo por parte de los profesionales sanitarios, unidades de gestión hospitalaria

y equipos directivos.

- Poder disponer del tiempo suficiente para valorar al paciente en función de su patología, gravedad, necesidades, etc., y no tener citados a la misma hora a dos o tres pacientes, es decir citar de forma horaria los pacientes que se pueden asumir y no más.

- Si se distribuyen las cargas de trabajo entre los diferentes profesionales del servicio, se conseguirían descongestionar aquellas unidades que presentan una mayor carga asistencial, por ejemplo, la unidad de cáncer de próstata.

- Disponer cada especialista de un número de citas, para así poder revisar a los pacientes que considere conveniente, por su patología, gravedad, etc., y no tener a sí que esperar hasta que exista una cita disponible.

- Si se consigue aumentar la plantilla, se podrían habilitar consultas por las tardes, y conseguir de esta manera descongestionar la presión asistencial a la que se encuentran sometidos actualmente dichos profesionales.

- Al mejorar la comunicación clínica entre atención especializada y primaria, tendríamos acceso a la evaluación realizada por uno u otro, se evitaría repetir pruebas diagnósticas, y por tanto acortar el número de revisiones, siendo este caso el médico de familia el que las llevaría a cabo, y ante cualquier duda se pondría en contacto con el especialista o bien derivaría al paciente.

- La clasificación de los pacientes en función de su patología, gravedad, nos permite tener un cierto conocimiento, control de nuestros pacientes en la lista de espera, y de esta forma tenemos la seguridad, que aquellos que hemos etiquetado como graves, preferentes, los reevaluaremos en un plazo determinado, en la mayoría de los casos establecido por nosotros, gracias a la citación concertada comentada anteriormente, y no estarán en dicha lista "hasta que les toque".

- La informatización de las consultas, es una propuesta que en principio generará una cierta repulsa por parte del profesional, pero que a larga supone una importante propuesta de mejora, ya que permite tener acceso a la información de otras especialidades, incluida atención primaria.

8. Discusión

El incremento en la demanda de consultas de especialidad por parte de la población atendida en los sistemas sanitarios públicos cabe atribuirlo a múltiples factores: la cobertura universal y la financiación pública que caracteriza a los Sistemas Nacionales de Salud¹⁴, el envejecimiento de la población e incremento de la morbilidad hacia enfermedades crónicas y degenerativas, el aumento de la información de que se dispone y de las expectativas sociales en cuanto a la potencia del sistema sanitario y la falta de coordinación y organización existente entre los niveles asistenciales (2, 15).

La calidad de la atención sanitaria en las consultas externas debe ser uno de los objetivos principales de nuestro sistema sanitario, ya que registra un alto volumen de pacientes.

Esto produce frecuentemente situaciones de masificación y largas listas de espera que generan insatisfacción tanto en los pacientes como en los profesionales, circunstancias que cada vez son más valoradas por la opinión pública y los medios de comunicación (5, 16). La correlación entre satisfacción del paciente y la adhesión al tratamiento, así como posiblemente una mejora de su estado de salud, ha sido sugerida en varios estudios (17, 18, 19).

Otros trabajos realizados en atención primaria y en consultas externas han destacado como muy valorados: el tiempo que se dedica al paciente en cada consulta, la lista de espera para ser atendido por un especialista y la accesibilidad telefónica para obtener la cita (20).

Las listas de espera pueden justificarse erróneamente, como un simple desajuste entre demanda y oferta de servicios. Si así fuera, sólo incrementando los recursos se equilibrarían estos desajustes y desaparecerían las listas de espera. Pero realmente no es así, ya que la experiencia muestra que más recursos implican más demanda inducida de servicios sanitarios.

El objetivo a plantear no es, pues, eliminarlas en su totalidad, sino mantener una lista tal que sus períodos sean acordes con los deseos de la población, la demanda recibida y los recursos disponibles (21).

Es por ello que es preciso desarrollar un conjunto de medidas coordinadas que incentiven la reducción de la lista de espera, vinculando el eventual aumento de recursos que resulte necesario a estas acciones. Por otro lado, es necesario gestionar las listas de espera a través de una política integral, implicando a la administración, los centros sanitarios, los profesionales y la sociedad en general. De hecho, si las listas se construyen adecuadamente, se controlan, se auditan y se coordinan, pueden ser una herramienta de gestión muy útil (2).

En particular desde el ámbito del centro asistencial y los profesionales, la mejora de las listas de espera pasa ineludiblemente por la gestión clínica, considerando criterios de inclusión de evidencia científica en la indicación y en la efectividad del procedimiento; y con criterios éticos y de eficiencia en la utilización de recursos; priorizando por gravedad, probabilidad de mejora y criterios de carácter social.

La gestión clínica, a su vez, engloba un conjunto de estrategias orientadas a aumentar la eficiencia y la calidad mediante la reducción selectiva de la utilización inapropiada, y tiene un instrumento que es la revisión y la evaluación (22, 23, 24).

9. Conclusiones

- Las unidades de Urología deben replantearse las tareas y responsabilidades de todos sus miembros, teniendo como principales objetivos la coordinación en la asistencia, la flexibilidad, la comunicación interprofesional y el trabajo en equipo.
- El establecimiento de protocolos y guías de actuación clínica, tanto propias de la unidad como conjuntas con atención primaria, que han de ajustarse a la evidencia científica, revisarse periódicamente y evitar los controles clínicos no justificados.
- Es necesario trabajar, de forma efectiva y real, en la coordinación con la atención primaria, estableciendo criterios consensuados entre ambos niveles asistenciales.
- Los circuitos internos de los equipos deben ser modificados, adaptándolos a un principio básico: la atención centrada en las

necesidades del paciente.

- Las agendas de citación de las Unidades de Urología han de caracterizarse por su versatilidad, flexibilidad y adaptabilidad a las características específicas de la población del área de salud que asiste.
- Es necesario disponer del mayor tiempo posible para atender con una mayor calidad a los ciudadanos, disminuyendo la burocracia en la actividad asistencial de los urólogos. Entre las medidas que pueden tomarse para facilitarlas cabe destacar:
 - Informatización de los procesos asistenciales con mayor carga administrativa.
 - Revisión y simplificación de las cargas burocráticas administrativas del equipo (registros de actividad, visados de inspección, etc.).
 - Minimizar y, en la medida de lo posible, eliminar las cargas burocráticas procedentes de otros niveles asistenciales. idad de la especie, por su mayor capacidad de mutación, aún a costa de arriesgar más y ser más frágil e inestable.

Referencias

1. Negro Álvarez JM, Jiménez Molina JL, Miralles López JC, Ferrándiz Gomis R, Guerrero Fernández M. Gestión de listas de espera en Alergología. Propuesta de mejora. *Alergol Inmunol Clin* 2002; 17: 90-98.
2. Rodríguez Míguez E, Álvarez García B, Abad Romero Pilar (2007) "Modelos alternativos de gestión de las listas de espera en sanidad: aplicación al Servicio Galego de Saúde" Papeles de Trabajo WP71 del Instituto de Estudios Económicos de Galicia Pedro Barrié de la Maza.
3. Churrua S (2000). Los líderes en gestión de listas advierten: un suceso no puede condicionar la estrategia. *Diario Médico*. Acceso septiembre del 2000. <http://www.diariomedico.com/sanidad/listas/debate.html>.
4. Stainkey LA, Seidl IA, Johnson AJ, Tulloch GE, Pain T. The challenge of long waiting lists: how we implemented a GP referral system for non-urgent specialist' appointments at an Australian public hospital. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10:303
5. Pérez-Blanco V, García-Caballero J, Cisneros J, Taberner A. Satisfacción del paciente urológico en consultas externas. *Rev Calidad Asistencial* 2003; 18:628-35.
6. Espallargues M, Gallo P, Pons JMV, Sampietro-Colom L. Situación y abordaje de la lista de espera en Europa. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Noviembre 2002.
7. Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo (2003), por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Acceso mayo 2003.
http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/rd605-2003.html.
8. Frankel S, West R (1993). Rationing and rationality in the National Health Service. The persistence of waiting lists. Houndmills, Basingstoke: The Macmillan Press Ltd.
9. Consejería de Salud. Guías de Lectura Rápida de Procesos Asistenciales Integrados: Hipertrofia Benigna de Próstata y / o Cáncer de Próstata. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2003.
10. Orueta R, Gómez-Calcerrada RM, Redondo S, Soto M, Alejandro G, López J. Factores relacionados con el incumplimiento a citas concertadas de un grupo de pacientes hipertensos. *Medifam* 2001, 11: 140-6.
11. Jonson AJ. Lies, damned lies, and waiting list. *Br Med J* 1991; 303: 6811: 1205.
12. Programa de Calidad de Atención Especializada-Memoria 1999. Monitorización de indicadores. Indicador 2.10. Porcentaje de suspensiones de consultas externas.
<http://www.msc.es/insalud/docpub/memycat/menorias/calidad1999/indicador%5F210.htm>.
13. Guía de gestión de consultas externas en Atención Especializada. Subdirección General de Atención Especializada. <http://www.calidadzamora.com>
14. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE del 29 de abril; 102:15207-25.
15. Cano Montoro JG, Medina Ferrer E, Custardoy Olavarrieta J, Pineda Cuenca M, Orozco Beltrán D, Quirce Andrés F. Impacto de una intervención sobre la lista de espera de especialidades médicas en un área de salud. *Aten Primaria* 2002; 30: 549-555.
16. Núñez Díaz S, Martín-Martín AF, Rodríguez Palmero I, González Hernández J, Antolín Arias J, Hernández González R y cols. Identificación de problemas de calidad en la información clínica a usuarios. *Rev Clínica Esp* 2002; 202:629-34.
17. Yancy WS, Macpherson DS, Hanusa B, Switzer GE, Arnold RM, Buranosky RA y cols. Patient satisfaction in resident and attending ambulatory care clinics. *J Gen Intern Med* 2001; 16:755-62.
18. McKinley RK, Manku-Scott T, Hastings AM, French DP, Baker R. Reliability and validity of a new measure of patient satisfaction with out of hours primary medical care in the United Kingdom: development of a patient questionnaire. *BMJ* 1997; 314: 193.
19. Ross CK, Steward CA, Sinacore JM. A comparative study of seven measures of patient satisfaction. *Med Care* 1995; 33:392-406.

20. Mira JJ, Rodríguez-Marín RP, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, Llorca E. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17:273-83.

21. González-Busto Múgica B. Análisis de la eficacia de medidas para la gestión de listas de espera en centros hospitalarios públicos. *Información sanitaria y nuevas tecnologías. Actas de XVIII Jornadas de Economía de la Salud, 1998; 367-89.*

22. Del Llano J. Gestión sanitaria y clínica basada en la evidencia. *Medicina basada en la evidencia y la práctica clínica en Urología. Ed. Jarpio 2002: 9-22.*

23. Ibern P, Meneu R. Managed care y gestión de la utilización. *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos. Ed. Masson 1998: 219-239.*

24. Caballero Alcántara J, Padilla León M, Marchall Escalona C, García Penit J. Cambios en la frecuentación de patologías en consulta externa. Análisis de la evolución en 6 años. *Actas Urol Esp* 2004; 28: 95-100.