

# Impacto de una intervención sobre la lista de espera de especialidades médicas en un área de salud

J.G. Cano Montoro<sup>a</sup>, E. Medina Ferrer<sup>a</sup>, J. Custardoy Olavarrieta<sup>b</sup>, M. Pineda Cuenca<sup>c</sup>, D. Orozco Beltrán<sup>c</sup> y F. Quirce Andrés<sup>c</sup>

**Objetivo.** Evaluar el impacto de una intervención que modifica el sistema de citación sobre las listas y el tiempo de espera de consulta externa especializada.

**Diseño.** Estudio de intervención. Forman el grupo de intervención las especialidades médicas (EM) y el de control, las especialidades quirúrgicas (EQ). Comparación de variables. Análisis al año (1997) y a los dos años (1998) de la intervención en ambos grupos.

**Emplazamiento.** Área 20 de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana, comarca sur de la provincia de Alicante, 12 zonas básicas de salud y asistencia especializada.

**Participantes.** Agenda de primeras visitas de especializada, consultas médicas y quirúrgicas.

**Intervenciones.** Redistribución de primeras visitas en consultas de EM proporcional a población mayor de 14 años por zonas. Autogestión desde los centros de salud de citas con especializada. Instauración de consultas preferentes y recitación de segundas visitas desde especializada. Implantación de protocolos clínicos de actuación y derivación.

**Mediciones.** Porcentaje de derivación; pacientes atendidos en atención primaria y especialidades médicas y quirúrgicas; días de espera para visita por especialista; pacientes en lista de espera, e índice de espera por consultas.

**Resultados.** El porcentaje de derivación oscila entre el 5,1 y el 5,8%. Se observa una disminución significativa ( $p < 0,05$ ) en la media de días de espera por paciente para las EM frente a las EQ (37 frente a 48 en 1997 y 34 frente a 50 en 1998), así como del número de consultas en espera para las EM. Existe una diferencia significativa del índice de espera por consulta ( $p < 0,05$ ) a favor de las EM (17,74 frente a 25,45 en 1997 y 16,77 frente a 34,92 en 1998).

**Conclusiones.** La intervención produjo una optimización de la actividad asistencial en EM en términos de número de consultas y reducción del tiempo de espera, con mejora de estas variables frente a las EQ.

**Palabras clave:** Listas de espera. Niveles asistenciales. Gestión sanitaria.

## IMPACT OF AN INTERVENTION ON THE WAITING-LIST FOR MEDICAL SPECIALISTS IN A HEALTH AREA

**Objective.** To evaluate the impact on waiting-lists and waiting time of an intervention that modified the appointment system in specialist out-patients.

**Design.** Intervention study. Intervention group, medical specialists (MS); and control group, surgical specialists (SS). Comparison of variables. Analysis at one year (1997) and at two years (1998) of the intervention in the two groups.

**Setting.** Area 20 of the health board for the Community of Valencia, a Southern county in the province of Alicante, which had 12 health districts and included specialist care.

**Participants.** The first-visit diary for medical and surgical specialist clinics.

**Interventions.** Redistribution of MS first visits in proportion with the population over 14 by areas. Health centre self-management of specialist appointments. Introduction of visits of choice and second-visit re-scheduling from specialist care. Introduction of clinical protocols for action and referral.

**Measurements.** Referral percentage. Patients seen in primary care and at medical and surgical specialist clinics. Days waiting to be seen by a specialist. Patients on waiting list. Index of waiting for consultations.

**Results.** Referral ranged between 5.1% and 5.8%. There was a significant drop ( $P < .05$ ) in the mean number of days an MS patient had to wait vs the SS (37 vs 48 in 1997 and 34 vs 50 in 1998), and in the number of MS consultations being waited for. There was a significant difference in the index of waiting for a consultation ( $P < .05$ ) in favour of MS (17.74 vs 25.45 in 1997, and 16.77 vs 34.92).

**Conclusions.** The intervention optimised specialist medical health care in terms of the number of consultations and reduction of waiting time, with an improvement of these variables against SS.

**Key words:** Waiting lists. Care levels. Health management.

<sup>a</sup>Centro de Salud de Orihuela. Grupo de Investigación Clínica del Sureste (GICS). Orihuela (Alicante). España.

<sup>b</sup>Hospital Vega Baja. Grupo de Investigación Clínica del Sureste (GICS). Orihuela (Alicante). España.

<sup>c</sup>Unidad Docente MFyC. Alicante. España.

<sup>d</sup>Departamento de Medicina. Universidad Miguel Hernández. Elche (Alicante). España.

Correspondencia:  
Centro de Salud de Orihuela.  
Pza. de la Salud, s/n.  
03300 Orihuela (Alicante).  
España.  
Correo electrónico:  
jcanom@papps.org,  
cano\_jga@gva.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 08-IV-2002.

## Introducción

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 Salud<sup>1</sup>, 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<sup>2</sup>, y la falta de coordinación y organización existente entre los niveles asistenciales<sup>3</sup>. Una demanda que no disponga de una solución ágil que permita corregir los incrementos de ésta o sus posibles incidencias la mayor parte de las veces lleva consigo la aparición de las llamadas «listas de espera», que en ocasiones logran superar los niveles permitidos dentro de un sistema sanitario moderno, lo que hace cuestionar la propia eficacia de aquellas organizaciones que las soportan y produce, además, un efecto rebote sobre la propia derivación por parte del médico de atención primaria (AP), en forma de incremento con la mal llamada «consulta urgente». Se inicia de esta manera un círculo vicioso e ineficaz difícil de romper, puesto que el médico que más derivaciones urgentes realiza (la mayor parte de las veces no justificadas) es el profesional al que el especialista más tiempo dedica, incrementando por contra la lista de espera y perjudicando a quien deriva con mayor calidad.

El criterio empleado para determinar la gravedad de las listas no es tanto su volumen en cuanto a pacientes incluidos en ellas como el tiempo máximo que un paciente debe esperar hasta ser atendido.

En la práctica, los centros sanitarios tienden a clasificarlas en función del motivo, más o menos detallado, para el que se espera<sup>4</sup>, pudiendo ser listas de espera diagnósticas y listas de espera terapéuticas. Este índice de actividad sanitario, ampliamente usado para expresar la cobertura de la demanda asistencial, sólo aparece en los sistemas con aseguramiento universal y presupuesto global, y no siempre tiene efecto negativo, pues en ocasiones es hasta conveniente, ya que puede cumplir un doble objetivo<sup>5</sup>: por un lado, facilitar la planificación de tareas, con el fin de favorecer el máximo aprovechamiento de los recursos, y otro, autorregular la demanda y desincentivar aquella «demanda oculta», consistente en individuos con patologías menores que buscan otras opciones asistenciales y que, de no existir lista de espera, utilizarían el sistema público volviendo a incrementar la demanda y, en consecuencia, la lista de espera. 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<sup>6</sup>.

Sobre la base de estas consideraciones sería conveniente introducir en el sistema de derivación nuevos métodos de citación que agilizaran el acceso a valoración por especialistas y pruebas diagnósticas en función del tipo de demanda, así como indicadores que expresasen la dinámica de las listas y tiempos de espera de forma conjunta.

En nuestro trabajo analizamos el impacto de las medidas adoptadas que modifican el sistema de citación a consulta de especialidades médicas en el sentido anteriormente mencionado, y definimos un índice anual de espera por consulta (IEC) con el que evaluamos la intervención al relacionar las dos variables de resultados (tiempos de espera/primeras consultas en espera), lo que permite obtener una medida directa del efecto de la misma y actuar como factor de corrección para que el potencial incremento de consultas no enmascare el efecto sobre los tiempos de espera.

## Material y métodos

### Ámbito del estudio

Área 20 de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana: Vega Baja, comarca natural situada en el sur de la provincia de Alicante, formada por 27 términos municipales con una superficie total de 957,3 km<sup>2</sup> y una población censada de 204.424 habitantes (padrón de 1996), integradas en 12 Zonas de Salud con un hospital y centro de especialidades de referencia. Para el estudio se excluyó la zona de Guardamar del Segura, que recibe la asistencia especializada en Alicante.

El período de estudio comprende los años 1996 (año de referencia), 1997 y 1998 (años de la intervención).

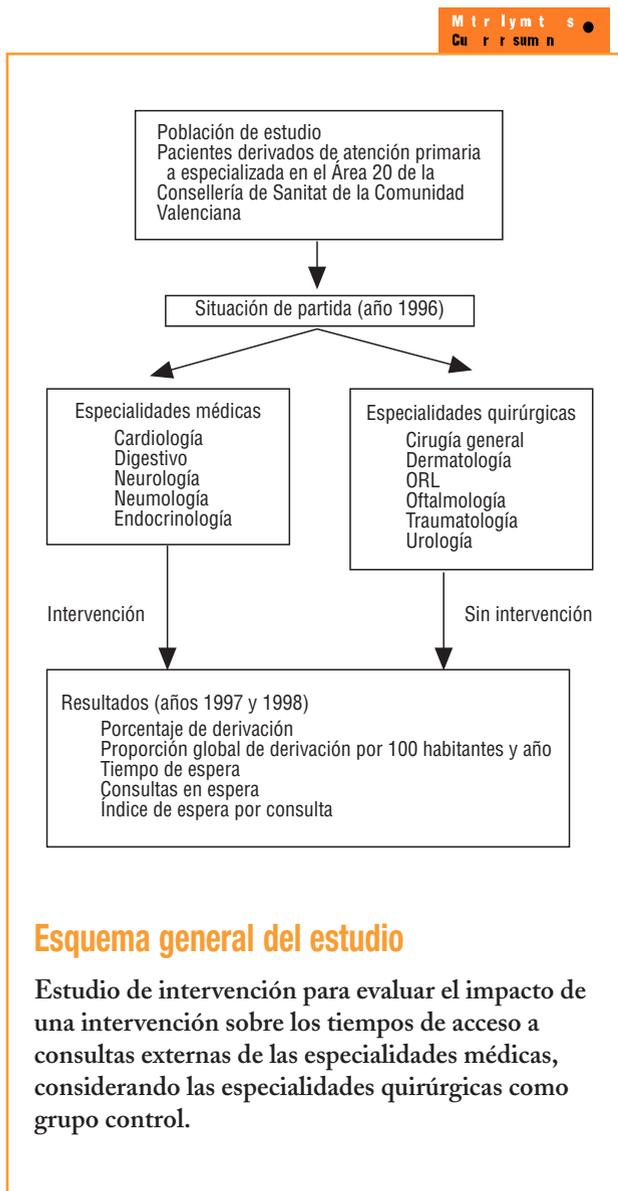
### Diseño del estudio

Se propone un estudio para evaluar el impacto de las medidas de intervención en los tiempos de acceso a consultas externas de las especialidades médicas (cardiología, digestivo, neurología, neumología y endocrinología) en el área, considerando las especialidades quirúrgicas (cirugía general, dermatología, otorrinolaringología [ORL], oftalmología, trauma y urología), sobre las que no se interviene, como grupo control.

Se define «lista de espera» como una lista de pacientes pendientes de recibir un determinado servicio sanitario. Cada lista está asociada a un «tiempo de espera», el cual se entiende como la fecha más próxima a la cual es posible incorporar la citación de una nueva visita.

### Variables de estudio

1. *Factor de estudio.* Gestión compartida de las citas de primeras visitas a consultas externas en especialidades médicas (EM) con sistema de citación desde el propio centro de salud, atendiendo a un reparto de citas según criterio poblacional (el total de citas semanales de cada consulta de EM se reparte entre todas las zonas de salud del área de forma proporcional a la población mayor de 14 años de dicha zona).



## 2. Criterios de evaluación:

- Porcentaje de derivaciones a especializada: cociente entre el número de primeras consultas solicitadas al segundo nivel y número total de consultas en atención primaria por año.
- Proporción global de derivación a especializada por 100 habitantes y año: cociente entre el número de primeras consultas solicitadas al segundo nivel por 100 habitantes y año.
- Tiempo de espera (TE): días naturales que transcurren desde que se produce la derivación al especialista hasta que se realiza la consulta.
- Consultas en espera (CE): número de primeras visitas citadas en las agendas de las especialidades del segundo nivel en espera de ser realizadas.
- Índice de espera por consulta (IEC): cociente entre la media de tiempo de espera por grupo de especialidad (médicas o quirúrgicas) y la media de primeras consultas en espera de ese grupo por año, multiplicado por 100.

## Fuentes de información

- Unidad de Gestión de la Demanda de la Consellería de Sanitat de la Comunidad Valenciana mediante Sistema de Información y Gestión de Atención Primaria (SIGAP).
- Dirección de Atención Primaria y Dirección de Especializada del Área 20 de Salud de la Consellería de Sanitat de la Comunidad Valenciana.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Censo poblacional de 1996.

## Cronograma: fases e intervenciones

A finales de 1996 se formó con carácter paritario la Comisión de Gestión del Área contando, por un lado, con la Dirección del Hospital de la Vega Baja, con el jefe de servicio y adjuntos de medicina interna y, por otro, con la Dirección de Atención Primaria y los coordinadores de Equipo de AP del Área 20. Tras sucesivas reuniones de consenso se acordaron las siguientes medidas de intervención:

- Distribución de primeras visitas según población mayor de 14 años de las diversas zonas de salud (tabla 1).
- Autogestión de las citaciones por zona de salud e información mensual del estado de las listas de espera, según zonas y especialidad.
- Desaparición de la consulta urgente a cambio de la preferente (valorada en menos de 7 días). Tampoco se admitiría la consulta «a petición propia (APP)».
- Citación de segundas visitas por parte del especialista.
- Elaboración de protocolos clínicos de actuación y derivación de patologías, consensuados y bidireccionales, con acuerdos de tiempo máximo de demora según las mismas.
- Cumplimentación adecuada de los volantes de interconsulta y de informe clínico.
- Las nuevas prescripciones de los especializada, efectuadas por el propio especialista, proponiéndose la utilización de medicamentos genéricos.

Durante el período de estudio, años 1997 y 1998, en que se implantaron y desarrollaron las intervenciones, el número total de primeras visitas ofertadas a AP para asistencia por especialistas de segundo nivel permaneció estable, lo que permite la comparación de los datos.

## Estrategia de análisis

La recogida de datos se realizó mensualmente, a través de los sistemas institucionales, con volcado en hoja de cálculo con doble entrada de datos (por zona de salud y por especialidad) y filtros para controlar errores de imputación.

Tras la depuración de la base de datos se procedía al análisis descriptivo de las variables exploradas utilizando las medidas de tendencia central y de dispersión habituales (media y desviación estándar, valores de percentiles 25 y 75). A partir de los datos recogidos por zona y especialidad obtuvimos las medias de días de espera y las medias de primeras consultas en espera, con lo que calculamos el índice de espera para primeras consultas del área de salud, para cada grupo de especialidades (médicas y quirúrgicas) y por cada año (1996, 1997 y 1998). Para evaluar el impacto de la intervención se proponen dos tipos de comparaciones: antes-después y la más consistente, que es la comparación del grupo de intervención con el de control.

Las comparaciones entre año previo a la intervención (1996) y los de intervención (1997 y 1998) y entre grupos de interven-

**TABLA 1**  
**Esquema global semanal para cada zona y especialidad médica**

Zona de Salud	Población > 14 años	Población (%)	Primeras visitas por especialidad	Segundas visitas por especialidad	Preferentes
1. Albatera	6.749	5,1	3	4	1
2. Almoradí	11.664	8,8	5	8	2
3. Bigastro	8.234	6,2	3	4	1
4. Callosa de Segura	22.896	17,2	9	14	3
5. Dolores	8.035	6,1	3	4	1
7. Orihuela I	18.639	14,1	7	11	3
8. Orihuela II	17.101	12,8	6	9	3
9. Rojales	7.246	5,5	3	4	1
10. Torreveja	20.070	15,1	8	12	3
11. Pilar de Horadada	7.036	5,5	3	4	1
12. San Miguel de S.	4.842	3,6	2	3	1
Total	132.782	100	52	78	20

La zona 6, Guardamar del Segura, recibe la asistencia especializada en Alicante.

ción y control se realizan por comparación de medias de las variables de resultados propuestas mediante el test de la t de Student, considerando 0,05 como nivel de significación estadística.

El tratamiento estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS-10 y Epiinfo 6.0; la edición y diseño de gráficos, con el programa MS Office 2000.

## Resultados

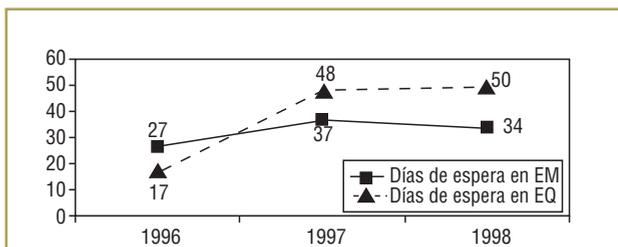
El porcentaje de derivación sobre el total de consultas realizadas en atención primaria fue del 5,7% (67.130 derivaciones) en el año 1996, del 5,1% en 1997 (62.888) y del 5,8% en 1998 (73.942). En consecuencia, los índices de resolución oscilaron alrededor del 94%.

La proporción global de derivación entre la población mayor de 14 años fue de 50,55 por 100 habitantes en 1996, 47,36 en 1997 y 55,68 en 1998.

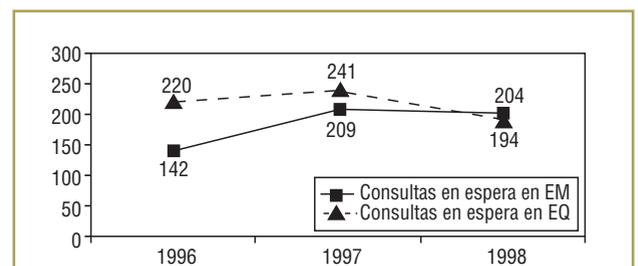
La media de tiempo de espera (TE) para las especialidades quirúrgicas (EQ) en 1996 estaba en 17 días, significativamente menor ( $p < 0,05$ ) que para las EM (27 días). Tras la intervención se aprecia un incremento en el tiempo de espera para EM y EQ, aunque este aumento es significativamente menor en las primeras ( $p < 0,05$ ) en los dos años de seguimiento: 48 días en EQ frente a 37 días en EM en 1997, y 50 frente a 34, respectivamente, en 1998.

La espera para la mitad de las consultas se situaba en 1996 entre 4 y 25 días para las EQ frente a 7 y 41 días en las EM. Al final del estudio el tiempo de espera para el 50% de las EQ era de 18 a 63 días, mientras que para EM era de 13 a 45 días (fig. 1).

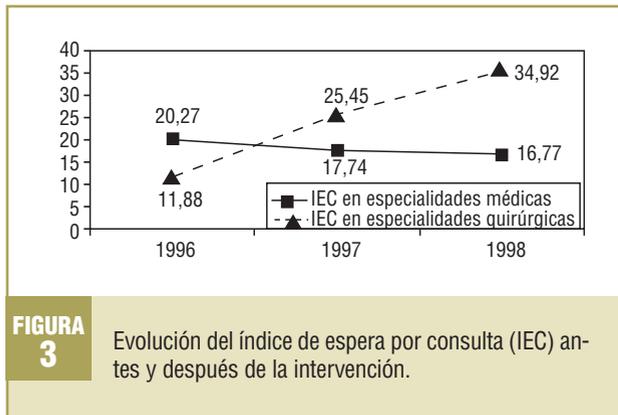
La media de consultas en espera (CE) en el año 1996 era mayor para las EQ (220 consultas frente a 142 en las EM) lo que, unido a lo anteriormente referido sobre los TE, nos permite decir que en las EQ se citaba a más pacientes y éstos esperaban menos. En 1997 crecen las medias de CE en



**FIGURA 1**  
Evolución de los tiempos de espera por grupos de especialidades antes y después de la intervención. EM: especialidades médicas; EQ: especialidades quirúrgicas.



**FIGURA 2**  
Evolución de las consultas en espera por grupos de especialidades antes y después de la intervención. EM: especialidades médicas; EQ: especialidades quirúrgicas.



**FIGURA 3** Evolución del índice de espera por consulta (IEC) antes y después de la intervención.

ambos grupos de especialidades, mientras que en 1998 las EM mantienen una media de consultas en espera bastante similar a la de 1997 y en las EQ llega incluso a ser menor que en 1996 (fig. 2). Pese a que en 1998 las consultas en espera para EQ representaron un número menor que para las EM, esas consultas tardaban más días en realizarse, algo que queda reflejado en el IEC, cuya evolución pasamos a comentar.

Respecto a los IEC (fig. 3) observamos que también partimos en 1996 de unos índices más bajos en las EQ que en las EM (11,88 frente a 20,27, respectivamente;  $p < 0,05$ ), pero tras la intervención se produce ya el primer año una inversión significativa ( $p < 0,05$ ) de la tendencia (25,45 frente a 17,74), que se mantiene también en 1998 (34,92 frente a 16,77;  $p < 0,05$ ). El resumen de resultados se presenta en la tabla 2.

## Discusión

El objetivo primordial, cuando se planteó la intervención que evalúa el presente estudio, fue el de mejorar la accesibilidad y acortar el tiempo de acceso a la asistencia especializada, pero también contar con una herramienta flexible que permitiera regular los flujos entre niveles y, en consecuencia, mejorar la calidad asistencial, iniciando así el camino hacia la instauración de un Sistema Integrado de Salud en el Área<sup>7</sup> que permitiera superar las antiguas desconfianzas entre estructuras asistenciales<sup>8-12</sup>, ya que cualquier sistema reglado de priorización es mejor que ninguno<sup>13</sup>.

Observamos que los porcentajes de derivación de nuestro estudio se sitúan próximos a los niveles descritos en otros trabajos de nuestro país<sup>14-16</sup> y sin que se hayan producido variaciones significativas con respecto al año previo a la intervención, lo que nos permite mantener la comparabilidad de los datos en un análisis antes-después. Tampoco hay diferencias significativas entre los tres años cuando la proporción global de derivaciones se pone en relación con la población adscrita (derivaciones por 100 habitantes y año), indicador este menos influido por cambios organizativos de la actividad asistencial.

Aunque se conoce que la participación en una intervención puede cambiar el comportamiento de los individuos, el hecho de que la intervención de la gestión compartida de las citas con especializada afectara exclusivamente a las EM, no a las EQ, permite considerar las variaciones que se producen en estas últimas como grupo de comparación, de tal manera que, aunque no se elimina el efecto Hawthorne, es de esperar que ocurra por igual en ambos grupos, lo que permitiría conocer cuál es el verdadero efecto<sup>17</sup>. Si bien es cierto que las derivaciones a consultas de especialidades médicas y quirúrgicas pueden presentar patrones de espera distintos, como así lo demuestran los datos recogidos correspondientes al año 1996, sabemos por observaciones de estudios previos que, de un año a otro, las poblaciones adscritas a un cupo permanecen relativamente estables, y su salud es prácticamente constante, si se

Observamos que los porcentajes de derivación de nuestro estudio se sitúan próximos a los niveles descritos en otros trabajos de nuestro país<sup>14-16</sup> y sin que se hayan producido variaciones significativas con respecto al año previo a la intervención, lo que nos permite mantener la comparabilidad de los datos en un análisis antes-después. Tampoco hay diferencias significativas entre los tres años cuando la proporción global de derivaciones se pone en relación con la población adscrita (derivaciones por 100 habitantes y año), indicador este menos influido por cambios organizativos de la actividad asistencial.

**TABLA 2** Resultados de las variables de evaluación por grupo de especialidad y año en el Área

	1996			1997			1998		
	Media	DT	P <sub>25-75</sub>	Media	DT	P <sub>25-75</sub>	Media	DT	P <sub>25-75</sub>
Días de espera									
EM	27	22	7-41	37*	32	13-54	34*	31	13-45
EQ	17*	23	4-25	48	44	20-60	50	45	18-63
Consultas en espera									
EM	142	311		209	267		204	269	
EQ	220	642		241	295		194	288	
IEC									
EM	20,27	8,8		17,74*	1,4		16,77*	0,3	
EQ	11,88*	5,6		25,45	8,9		34,92	12,4	

EM: especialidades médicas; EQ: especialidades quirúrgicas; IEC: índice de espera por consulta; DT: desviación típica.

\*Diferencia significativa,  $p < 0,05$ .

### Lo conocido sobre el tema

- Las listas de espera constituyen un verdadero problema en los sistemas sanitarios públicos, cuestionando la propia eficacia de aquellas organizaciones que las soportan.
- Los sistemas de derivación no suelen facilitar habitualmente el acceso al segundo escalón asistencial.
- Normalmente se mide el tiempo de espera o el número de pacientes en espera, pero no suele analizarse la actividad en términos de rendimiento.

### Qué aporta este estudio

- Unas medidas de intervención que facilitan el acceso a las especialidades médicas, lo que permite regular los flujos entre primaria y especializada mejorando la calidad asistencial.
- El diseño de un índice válido, el índice de espera por consulta (IEC), que relaciona las dos variables de resultados: tiempo de espera y número de consultas en espera, lo que permite evaluar el rendimiento de la intervención.

exceptúa el incremento gradual de las enfermedades que se observa a medida que envejecen los pacientes, hecho que en el período de tres años que alcanza el estudio no resulta de impacto suficiente para considerar que haya cambios en las derivaciones desde atención primaria. Como los determinantes de salud y enfermedad son biológicos, sociales y ambientales, el conjunto de la morbilidad de cada consulta tiende a ser constante<sup>18</sup>, y esto es aplicable tanto a las posibles derivaciones a EM como a las que se hagan a EQ.

Tampoco se producen cambios en las plantillas de atención primaria en los tres años de estudio, y hemos de pensar que no tienen por qué existir diferencias en el comportamiento de los médicos que hacen las derivaciones cuando éstas se dirigen a un grupo u otro de especialistas si, como indican algunos estudios, los factores más determinantes de las derivaciones a especialistas son la edad de los pacientes atendidos y el número de especialistas disponibles, datos que también permanecen constantes.

En cuanto a los tiempos de espera, observamos que hay un aumento en 1997 para EM y mayor para las EQ, que sufre pequeñas variaciones en el año siguiente, pero con distinto matiz: a la baja en las EM y al alza en las EQ. Podemos entender que, de las primeras consultas que se hagan, algunas de ellas serán recitadas y precisarán tiempo de la actividad diaria de los médicos para hacer seguimiento de

las pruebas que pidan, hasta que den por resuelto el motivo de derivación. Esas segundas citas, que en el caso de las EM son dadas directamente por ellos, justifica un incremento natural de los tiempos de espera al producirse mayor número de primeras consultas. Sin embargo, a la larga la reorganización de los servicios de atención especializada en EM permite mantener tiempos de espera que permanecen estables y mejoran el rendimiento.

Es posible que la intervención, al clarificar los criterios de derivación desde AP a las consultas de especialidades médicas, explique el incremento que se observa en 1997 en las consultas en espera para ambos grupos de especialidades, con una tendencia en el año siguiente a estabilizarse para la EM e incluso a bajar en las EQ.

En las EQ las consultas en espera que aumentan en 1997 pueden justificar el incremento de los tiempos de espera ese mismo año, pero no así en el siguiente, en el que el número de primeras consultas es mucho menor y, sin embargo, los tiempos de espera siguen en aumento.

La inexistencia de acuerdos entre AP y especialidades quirúrgicas a la hora de fijar plazos en los que determinadas patologías deban ser atendidas (todas las solicitudes de primeras visitas tienen idéntica prioridad y, por tanto, se someten a la misma espera) puede funcionar como un freno para quien deriva, obligándole a ser más estricto y derivar sólo lo que esté muy justificado (esto explicaría la disminución de primeras consultas en espera en el año 1998), pero también puede incrementar las derivaciones con carácter urgente para forzar la valoración inmediata por el especialista, con lo que al ocupar parte de su actividad a la atención de estas derivaciones urgentes el tiempo dedicado a la atención de las primeras consultas es menor y se genera más tiempo de espera. Esto podría explicar por qué, aunque la media de CE de EQ disminuye en 1998, la media de tiempo de espera se incrementa mucho más.

Intentar sintetizar el resultado de la intervención, cuando las «listas de espera» pueden considerarse en términos de pacientes en espera o de días de espera, nos llevó a pensar que era necesario el diseño de un indicador que relacionara los tiempos de espera con la actividad realizada, pues observamos, al igual que en otros estudios<sup>3</sup>, que la evolución de los servicios sanitarios, independientemente de las intervenciones propuestas, se caracterizan por el alargamiento progresivo del tiempo de espera para la asistencia especializada; el IEC se utilizaría como factor de corrección ante esa variabilidad, pues en el denominador siempre se tendría en cuenta el número medio de primeras consultas pendientes de atención, con lo que la espera se pone en relación con la actividad. De esta manera un IEC será tanto mejor cuanto más pequeño. Pero indudablemente, cuando el IEC se incrementa, o bien es porque los tiempos se alargan para un número dado de consultas en espera, o porque el tiempo de espera apenas se modifica a la baja aunque las primeras consultas en espera apenas suban. Podemos decir que el IEC ofrece una aproximación obje-

tiva del rendimiento asistencial y reúne las cualidades que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) debe cumplir todo indicador: ser objetivo, sensible, específico y fácil de medir<sup>19</sup>.

Al aplicarlo a nuestros resultados, observamos que en el año de referencia (1996) los datos presentan un mayor rendimiento en el grupo de las EQ pues, aunque había mayor número de pacientes en espera, eran atendidos más rápidamente. Por el contrario, el rendimiento para el grupo de EM era más bajo y presentaba además tiempos de espera mayores que los de otros estudios realizados en el país<sup>14</sup>. Con las características mencionadas, el IEC en 1996 era significativamente más bajo para el grupo quirúrgico.

En el primer año (1997), probablemente debido al efecto clarificador que suponían las medidas de intervención aplicadas sobre cuándo y cómo derivar a las EM, se produjo un descenso estadísticamente significativo del IEC, el cual invirtió su tendencia hasta situarse en 17,74, mientras el de las EQ aumentaba en más del doble hasta llegar a 25,45.

Los resultados del segundo año también fueron positivos, pues el IEC siguió descendiendo de manera significativa en el grupo de las EM, mientras que el del grupo de EQ seguía ascendiendo hasta triplicar el valor que tenía en el año de referencia inicial.

Concluimos, pues, constatando la efectividad de la intervención y la mejora de la eficiencia de las consultas en EM y ofreciendo un indicador útil para medir el rendimiento de la actividad en las consultas de atención especializada, donde las listas de espera existen por definición (segundo nivel de atención) y sobre las que comprobamos que, dejadas a su libre evolución, la tendencia es a incrementar los tiempos de espera sin que exista una justificación aparente.

## Agradecimientos

A D. Antonio García Larrea, director de Atención Primaria del Área 20 de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana, compañero y amigo, tristemente desaparecido.

A D. Ramón Navarro, director del Área 20 de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana, sin cuyo apoyo no hubiéramos podido realizar el presente trabajo.

## Bibliografía

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE del 29 de abril;102:15207-25.
2. Ortún Rubio V. La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones. Barcelona: La Llar del Llibre, 1992.
3. Williams TF, White KL, Andrews LP, Diamond E, Greenberg BG, Hamriele AA, et al. Patient referral to a university clinic: patterns in a rural state. *Am J Public Health* 1960;50:1493-507.
4. Peiró S. Algunos elementos para el análisis de las listas de espera. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2000;2:126-31.
5. Rodríguez JR. Estratègies competitives recents en la sanitat. *Fulls econòmics*, n.º 34:21-8, julio 2000. Ed. Servei Català de Salut.
6. 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; p. 367-89.
7. Bengoa R. De la fragmentación a la colaboración. Necesidad sanitaria. Demanda y utilización. *Actas de XIX Jornadas de Economía de la Salud*; Zaragoza 1999 p. 155-64.
8. Criado-Montilla J, Ibáñez-Bermúdez F. Relaciones entre hospital y atención primaria. Experiencia de un servicio de medicina interna. *Med Clin (Barc)* 1996;106:463-8.
9. Irazábal L, Gutiérrez Ruiz B. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? *Aten Primaria* 1996;17:376-81.
10. Buitrago F. Relación entre niveles asistenciales. *Aten Primaria* 1996;4:239-40.
11. Mimbela Sánchez MM, Foradada Baldellou S. Análisis de la interrelación atención primaria-especializada en la derivación de pacientes. *Aten Primaria* 1993;12:65-70.
12. Gómez Moreno N, Orozco D, Merino J. Relación entre atención primaria y especializada. *Aten Primaria* 1997;20:25-33.
13. Rodríguez Míguez E. El establecimiento de prioridades en sanidad. *Actas de XXI Jornadas de Economía de la Salud*; Oviedo, 2001.
14. García Olmos L, Gervás J, Otero A, Pérez Fernández M. Demanda derivada: un estudio de la relación entre médicos generales y especialistas. *Rev San Hig Púb* 1994;68:267-78.
15. Llobera J. La derivación de pacientes de la atención primaria a la especializada. *Gac Sanit* 1988;2:271-5.
16. Fleming DM. The European Study of referrals from Primary to Secondary Care. Occasional Paper 56. London: Royal College of General Practitioners, 1992.
17. Argimón Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud. Barcelona: Barcelona, 1994.
18. Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson, 2001; p. 39-40.
19. Organización Mundial de la Salud. Preparación de indicadores para analizar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000. OMS. Ginebra 1981. Serie salud para todos, n.º 4.