

J. M. Negro Álvarez<sup>a</sup>,  
J. L. Jiménez Molina<sup>b</sup>,  
J. C. Miralles López<sup>c</sup>,  
R. Ferrándiz Gomis<sup>d</sup>,  
M. Guerrero Fernández<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Sección de Alergología.  
Hospital Universitario Virgen  
de la Arrixaca. Murcia.

Profesor Asociado de  
Alergología. Facultad de  
Medicina. Murcia.

<sup>b</sup>Gerente. Fundación de Cieza.  
Murcia.

<sup>c</sup>Sección de Alergología.  
Hospital General Universitario.  
Murcia.

<sup>d</sup>Director de Gestión. H. U.  
Virgen de la Arrixaca. Murcia.

<sup>e</sup>Especialista en Alergología.  
Director Gerente H. U. "Virgen  
de la Arrixaca". Murcia.

Correspondencia:  
Dr. J. M. Negro Álvarez  
Valle 7  
30120 El Palmar. Murcia  
e-mail: jnegro@meditex.es

## Artículo especial

# Gestión de listas de espera en Alergología. Propuestas de mejora

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. Las listas de espera son una característica y un reto común a la mayoría de los sistemas sanitarios, pese a que aparecen con una intensidad desigual en éstos. En el presente trabajo se efectúa un recorrido por distintos elementos que configuran la atención especializada en Alergología: dedicación horaria, sistemas de acceso de los ciudadanos, organización interna, mejoras en la asignación y dotación de recursos y sistemas de información, buscando los puntos fuertes y las posibles oportunidades de mejora existentes. El análisis pasa inequívocamente por la mejora del conocimiento y la gestión de procesos que se realizan en Alergología, entendiendo como proceso el conjunto de tareas y actividades realizadas por los profesionales, la forma como se realizan y su objetivo, satisfacer las necesidades del ciudadano y del profesional. Entre las propuestas de mejora se encuentran la optimización del tiempo de utilización en consultas externas, con disminución de las cargas burocráticas que debe soportar el alergólogo; flexibilización y adecuación de las agendas de citación; mejoras en la organización interna de los servicios; incremento en la dotación de recursos; potenciación de la comunicación entre Atención Especializada y Atención Primaria; mejoras en los sistemas de información y medidas tendentes a disminuir las tensiones de los pacientes.

**Palabras clave:** Alergia. Alergología. Listas de espera. Procesos. Consuldas externas.

## Management of waiting lists in Allergology. Proposals for improvement

A waiting list is a long queue of patients to whom one particular assistential procedure has been indicated and who, for reasons beyond their will, must wait until being cared for. Waiting lists are a feature, and a challenge, common to most health care systems even though they occur in them in varying degrees. The present study investigates a number of elements that make up the specialised care in Allergology: timetable dedication, user access systems, internal organisation, improvements in the assignation and provision of resources and information systems, searching for the strong aspects and for the possible opportunities for improvement. The analysis must needs involve and improvement in the knowledge and management of processes in Allergology, a "process" being the summation of tasks and

activities performed by professionals, how they are performed and their aim, that is to satisfy the needs and requirements of the user and of the professional. Among the proposals for improvement are the optimisation of the utilisation time in outpatient clinics, with reduction of the bureaucratic workload the Allergologist must bear; the flexibilisation and adequation of the appointment agendas; improvements in the internal organisation of the Services; increases in resource assignation; improvement and potentiation of communications between Specialised and Primary Health Care; improvements in the information systems, and measures for reducing stresses among patients.

**Key words:** Allergy. Allergology. Waiting lists. Processes. Outpatient clinics.

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<sup>1</sup>. Las listas de espera son una característica y un reto común a la mayoría de los sistemas sanitarios, pese a que aparecen con una intensidad desigual en éstos<sup>2</sup>.

Aunque la existencia de listas de espera responde inicialmente a una necesidad de facilitar la planificación y favorecer una mejor utilización de los recursos<sup>3</sup>, éstas 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<sup>2</sup>. Es entonces cuando socialmente se perciben como un aspecto negativo del sistema sanitario.

En ocasiones, el paciente que más tiempo hace que espera es el que más necesita ser asistido. Esta situación es especialmente manifiesta en los casos en que la asistencia médica no influye en la supervivencia del paciente, pero sí en el estado funcional y en su calidad de vida (por ejemplo, pacientes polínicos). En estas situaciones, la lista de espera en nuestro país, y en otros de nuestro entorno, suele caracterizarse por un volumen y un tiempo de espera considerables<sup>4,5</sup>.

Lo cierto es que las listas de espera afectan a algunas especialidades más que a otras y, dentro de éstas, a un número relativamente pequeño de condiciones o procedimientos y no reflejan un retraso general de todos los pacientes<sup>3</sup>.

En el presente trabajo se efectúa un recorrido por distintos elementos que configuran la atención especializada en Alergología: dedicación horaria, sistemas de acceso de los ciudadanos, organización interna, mejoras en la asignación y dotación de recursos y sistemas de información, buscando los puntos fuertes y las posibles oportunidades de mejora existentes.

Los múltiples factores de causas detectadas aconsejan realizar un abordaje integral en todos los campos que están influyendo en el desarrollo de la Alergología y ofrecer una oportunidad de debate entre profesionales y gestores, para abordar con éxito los retos de la atención alérgica en el tercer milenio.

El análisis pasa indefectiblemente por la mejora del conocimiento y la gestión de procesos que se realizan en Alergología, entendiendo como proceso, el conjunto de tareas y actividades realizadas por los profesionales, la forma como se realizan y su objetivo, satisfacer las necesidades del ciudadano y del profesional.

Ello supone el conocimiento del qué (tarea); quién lo efectúa (profesional); cómo (normas de actuación); para quién (ciudadano) y resultado (aceptabilidad, calidad, rendimiento, coste). Este procedimiento puede suponer mejoras organizativas, gestoras, en los criterios de asignación de recursos, en los sistemas de evaluación y todo ello basado en una ineludible mejora en el sistema de información.

## ALGUNAS CONSIDERACIONES PREVIAS

Una lista de espera es una cola de pacientes pendientes de recibir un determinado servicio sanitario. En general existen dos listas de espera diferentes: las de espera para visita del especialista y las de espera para el correspondiente servicio diagnóstico o terapéutico (pruebas con medicamentos, cirugía, etc.). Estas últimas eran las que clásicamente solían considerarse usualmente como listas de espera<sup>6</sup>, aunque en Alergología la espera preliminar suele ser la más larga de las dos. Cada lista se asocia con un tiempo de espera (medido en días, semanas o meses), desde que el paciente es ubicado en la lista hasta que se le asiste. El tiempo está determinado por una compleja serie de factores, tanto de los pacientes como de la oferta de servicios.

La gravedad de los pacientes en la lista de espera se refiere a su grado de sufrimiento (disnea, depresión, ansiedad, etc.), limitación de actividades (trabajo, estudio, etc.) o posibilidad de muerte prematura (anafilaxia en pacientes

alérgicos a venenos de himenópteros, etc.), mientras que la urgencia se refiere a la rapidez con la que se requiere una determinada actuación clínica. La urgencia está correlacionada con la gravedad, pero en lo que afecta a las listas de espera no siempre es equiparable, porque la urgencia está relacionada, además de con la gravedad, con los beneficios esperados de la intervención y la historia natural de la enfermedad. Por ejemplo, en un paciente con antecedente de un shock anafiláctico, que es una enfermedad grave, no es urgente la asistencia por el alergólogo si fue causado por pirazolonas, ya que puede utilizar otros analgésicos en caso de precisarlos, pero sí que lo es si fue causado por sensibilización a venenos de himenópteros.

Las depuraciones administrativas en las listas de espera son necesarias, aunque cuando se realizan, producen descensos en las listas de espera que no se deben a mejoras de la productividad o mejor gestión, sobre todo cuando las depuraciones se realizan sin asegurar que el paciente ya no requiere o no desea la intervención<sup>7</sup>. Como ejemplo, un trabajo británico señalaba que, en 1993, las depuraciones administrativas excluyeron 219.564 pacientes de la lista de espera<sup>8</sup> y el INSALUD redujo en el 22% sus listas por este procedimiento en 1997.

## ANÁLISIS Y PROPUESTA DE MEJORA

### 1. Aumento del tiempo asistencial sin detrimento del dedicado a la docencia y a la investigación

Bajo la premisa de que el principal recurso con el que contamos los alergólogos es el "tiempo", y éste es limitado, se abordan una serie de propuestas que permitan obtener el máximo rendimiento del mismo. Con objeto de mejorar la asistencia, es preciso identificar y analizar algunos aspectos de la forma de trabajo actual que necesitan un replanteamiento que permita "liberar tiempo médico" consumido de manera poco eficiente, para dedicarlo a la tarea asistencial propiamente dicha. En general, estos procedimientos no añaden valor al acto médico y por ello se proponen las siguientes medidas de actuación:

1.1. *Optimizar los tiempos de utilización de consultas externas.* Lo que permite dedicar al paciente el tiempo necesario.

1.2. *Tramitación de la prestación farmacéutica.* Los alergólogos, cuando toman decisiones terapéuticas, efectúan la prescripción de medicamentos en el modelo oficial de receta médica, que permite, en general, la prescripción de un solo envase por receta (Circular 8/96 de la extinta

Presidencia Ejecutiva del Insalud). En el caso de la prescripción de inmunoterapia específica, lo razonable es prescribir el número de envases necesarios hasta la próxima revisión, que puede fijarse en un año en los pacientes polínicos. Por ello, se proponen las siguientes medidas:

1.<sup>a</sup> Cambio de modelo de receta, que permita que prescripción y prestación sean superponibles, que posibiliten varios envases en la receta y faciliten que el tiempo de prescripción sea igual al de prestación.

2.<sup>a</sup> Informatización de las recetas en las debidas condiciones de intimidad y confidencialidad.

3.<sup>a</sup> Posible desarrollo de tarjetas inteligentes en las que se graba la indicación que consta en el informe clínico escrito que se facilita al paciente. Se haría uso de las tarjetas en la misma forma que se opera con las tarjetas bancarias en cajeros automáticos o para pagar en los comercios.

Especial mención merece el visado de recetas, por las razones que se mencionan a continuación:

- El modelo aumenta la burocracia y dificulta la accesibilidad del usuario.

- Para el control de los efectos secundarios frecuentes o graves de estos medicamentos, el alergólogo, como responsable del paciente y en continuo contacto con él, está más capacitado para detectar precozmente estas posibles reacciones adversas.

- No está justificado incrementar la lista de espera por un mero control burocrático-administrativo.

Por ello se proponen como medidas de mejora las siguientes:

1.<sup>a</sup> Al objeto de mantener únicamente bajo el visado de la inspección aquellos medicamentos que precisen un control médico especial (indicaciones, efectos adversos, interacciones), se debe de proponer a la Administración una revisión de los productos que precisen visado y evitar la cumplimentación de formularios específicos por parte del alergólogo para la autorización de la inmunoterapia alérgico-específica.

2.<sup>a</sup> Renovación automática por parte de la inspección de farmacia de la autorización de dichas prescripciones hasta notificación contraria del facultativo.

3.<sup>a</sup> Instaurar un sistema más cercano al facultativo y quizás más racional del control de la prescripción de medicamentos de especiales características, delegando esta función en los propios profesionales o valorando la expedición a través del Servicio de Farmacia Hospitalaria.

1.3. *Distribución de las cargas de trabajo entre los diferentes profesionales.* Es necesario que los diferentes

componentes de la Unidad inviertan parte de su jornada laboral en efectuar sesiones que permitan analizar las cargas de trabajo de los diversos profesionales y efectúen propuestas de mejora en ese sentido. Para ello, se debe de partir de las diferentes competencias profesionales de los mismos, de forma tal que el "trabajo en equipo" sea una misión compartida por toda la organización, en la que predomine la flexibilidad y la comunicación interprofesional.

## 2. Flexibilización de las agendas de citación

### 2.1. Impulsar el aumento de la citación concertada.

Las denominadas consultas a demanda y administrativas dificultan que el alergólogo pueda desarrollar su trabajo diario de atención sanitaria con cierto grado de programación y antelación, e incluso pueden generar visitas sucesivas. Este tipo de consultas es probable que estén estableciendo una falta de equidad en el trato de unos a otros y una pérdida de accesibilidad horaria para los mismos. El sistema de organización del trabajo que deja la articulación de las prioridades y tiempos de dedicación de los cometidos profesionales en manos de los propios ciudadanos (regulación de visitas de control, recepción de pruebas complementarias, etc.), favorece el incremento de la propia demanda.

Cuando se prevea la necesidad de nueva atención a un paciente, lo ideal es que se le facilite al salir de la consulta la hora y día de la próxima visita, lo que posibilita que el usuario tenga la oportunidad de elegir la hora de consulta dentro de las disponibilidades de las agendas de los alergólogos. Si, excepcionalmente, no se pudiese suministrar la cita directamente en el mismo momento de su tramitación, la unidad administrativa que tramite la cita se responsabilizará de comunicársela al paciente en el plazo más breve posible por otro medio. El hábito de concertación de las próximas consultas es una herramienta poco desarrollada en general y su potencialidad de mejora puede ser un buen acicate para poder elevar la calidad asistencial y la organización interna del equipo.

Cuando exista la indicación médica de que la consulta se realice en un período determinado, en una fecha distinta a la primera fecha posible, 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.

2.2. *Agendas flexibles adaptadas a horarios de consultas.* En algunas unidades de Alergología, hecho que se atribuye a 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 2 horas y media pero las consultas duran 4 horas o más), por lo que se deberían revisar los tiempos de asignación de citas y que el sistema de citas se haga con criterios de puntualidad y adaptando las agendas a la evolución de la demanda. Como objetivo puede fijarse que el tiempo de espera de entrada a consulta sea inferior a 15 minutos en el 80% de los pacientes. A la hora de confeccionar la agenda de citación de cada profesional, han de tenerse en cuenta las circunstancias siguientes:

- Es habitual que en ciertos días, motivados por ciertos eventos (puentes, fiestas patronales, etc.) el número de citas sea superior que en condiciones normales, por lo que deben planificarse las agendas conforme a esos condicionantes.

- Las ausencias de compañeros no previstas y/o los criterios de sustituciones pueden ocasionar el tener que efectuar la atención de pacientes de otro facultativo.

Estas circunstancias aconsejan para cada profesional el reservar los correspondientes "huecos" de citación, pudiendo facilitar al ciudadano la concertación de su consulta (salvo demandas asistenciales urgentes) en aquellos días que se prevea una menor 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.

La planificación de las actividades, que debe ser previa a la organización de las agendas de los facultativos y ATS, es un elemento clave para evaluar la calidad organizativa de una Unidad asistencial. La planificación de las agendas tendrá como meta evitar las reprogramaciones y que no haya pacientes en espera de cita por estar la agenda cerrada. Por ello las modificaciones de la planificación de agendas tenderán a ajustarse a los siguientes criterios y plazos considerados óptimos:

- Las solicitudes de ausencias programadas (asistencia a Congresos, actividades docentes que supongan modificación en la actividad de consultas externas, etc.) deben de realizarse con 30 días de antelación (para garantizar la estabilidad de las agendas y la provisión de las consultas comprometidas sin repercusión en la demora).

- La planificación de las guardias debe estar adaptada al marco temporal de definición de la agenda o, en su defecto, elaborada con 3 meses de anticipación.

**Tabla I.** Causa de suspensión de la citación en 57 hospitales del INSALUD

Causa de suspensión	Número de hospitales donde esta causa es la más frecuente
Originada por el paciente (renuncia u olvido)	22
Originada por la institución (causas organizativas del servicio en la reorganización de sus actividades, vacaciones, congresos, libranza de guardias, u otras ausencias justificadas del facultativo)	27
Varias o desconocidas	8

• Los períodos vacacionales deben estar previstos al menos 2 meses antes del inicio. La agenda no debe estar sujeta a variaciones por cambios de períodos vacacionales de última hora.

La agenda debe reunir unos criterios de calidad, flexibilidad y versatilidad. Debe estar diseñada conforme a las características de la población. Debe huirse, en general, de establecer "modelos unificados y cerrados" de confección de las agendas, sino que éstas deben ser fruto de la "cultura" e idiosincrasia de cada Unidad de Alergología.

Las actualizaciones son necesarias para hacer frente a variaciones puntuales de la demanda, reajustes de la actividad y para adaptarse a situaciones no previstas en la planificación habitual. La atención a pacientes por encima de la actividad previamente pactada debe de valorarse ante situaciones de aumento puntual de la demanda y compensaciones de bloqueos transitorios.

La finalidad última de la estabilidad de la agenda es promover una asistencia accesible, ágil y de calidad, por lo que, a todos los pacientes cuya cita ha sido desprogramada por motivos ajenos al paciente, se les suministrará una nueva cita en un rango no superior a 5 días, lo que implica, si es necesario, sobrecarga de agendas.

**2.3. Tener previstos los fallos en las citas concertadas.** En los hospitales del INSALUD el porcentaje de suspensiones de consultas externas durante 1999 fue del 9,1%. De los 70 hospitales que evalúan este indicador, 57 han analizado las causas más frecuentes que originan la suspensión<sup>9</sup> (tabla I). Orueta et al<sup>10</sup> estudian el grado de incumplimiento a citas concertadas de los pacientes hipertensos y los factores implicados, en un estudio realizado a 129 pacientes (media de 7,3 controles en el año). Existió incumplimiento en el 11,2% de las consultas y fueron incumplidores el 24,8% de los pacientes, si bien el 51,2%

faltó a alguna de las citas. Fueron más incumplidores los varones (36,2 vs 18,3%) y los menores de 50 años (66,7% de incumplidores). No se observaron diferencias en relación con nivel cultural, estado civil ni situación laboral, pero sí en relación con la convivencia (45,5% vivían solos vs 20,2 y 22,2% vivían en familia o con otras personas). Los pacientes con incumplimiento previo también fueron más incumplidores (34,5 vs 16,9%). No se evidenciaron diferencias en el cumplimiento en función de la consulta, hora de citación, intervalo entre las citas o distancia desde la última consulta a demanda y concluyen que no existe un perfil claro del paciente hipertenso incumplidor a controles, pero probablemente habría que estar alerta y/o tomar medidas anticipadas en varones jóvenes y pacientes con incumplimientos previos.

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 de manera reiterada y pida una nueva cita, al igual que el que solicite aplazamientos de forma reiterada, debe ser remitido a su médico de Atención Primaria (AP), quien valorará si precisa o no, asistencia por el alergólogo.

Si las pautas propuestas en la planificación de agendas se ponen en práctica, las anulaciones y reprogramaciones de las citas a los pacientes se limitarán notablemente, quedando restringidas a situaciones puntuales.

**2.4. Personalizar las agendas.** Facilita conocer el peticionario de cada Historia Clínica y hace sencilla la libre elección de cada especialista. Para que esta asignación de agenda se pueda llevar a cabo, es necesario:

- Establecer los días y horas hábiles de consulta.
- Definir el número y tipo de pacientes (primera vez o sucesiva).
- Fijar horario de comienzo y finalización de la citación.
- Asignar un alergólogo a cada agenda, y si es posible que el día que pase consulta sea un día semanal fijo.
- Asignar local de consulta a cada agenda.

- También es útil dejar abierta una agenda que permita registrar imprevistos, tales como urgencias, etc., que requieren el consumo de un tiempo médico que debe de ser tenido en cuenta.

### 3. Organización interna

Para mejorar la organización interna de cada equipo, además de lo ya señalado, es importante que se efectúen las siguientes actuaciones:

3.1. *Identificación de los "procesos más frecuentes"*. Habitualmente en la atención que se brinda por parte de los alergólogos existe una serie de procesos que suelen ser los más frecuentemente efectuados y es en ellos donde deberían inicialmente concentrarse los esfuerzos de mejora<sup>11</sup>. Por ello, en las reuniones internas del equipo debe hacerse un listado de los procesos más frecuentes, y para cada uno de ellos establecer un "diagrama de flujo" de las diferentes intervenciones que efectúa el personal facultativo, de enfermería y administrativo, a partir de sus competencias profesionales y generar hipótesis de mejora<sup>12</sup>. Especialmente, se deben revisar aquellos protocolos que, de forma rígida, establezcan más de tres visitas al año.

3.2. *Guías de práctica clínica*. Es conveniente la revisión periódica y actualización de los protocolos en uso, en base a la evidencia científica, avanzando hacia el diseño de guías clínicas de actuación.

3.3. *Atención de urgencias*. Es importante que se conozcan mejor las situaciones etiquetadas como "urgentes" para poder dar la adecuada respuesta clínica en cada circunstancia, que se efectúen guías clínicas de atención conjuntas con los Servicios de Urgencias y que, incluso, exista cada día, mediante turno rotatorio, un responsable de coordinar este tipo de demandas, que deberán ser mínimas, pues el paciente que acude a Urgencias, tras ser asistido, debe de ser remitido a su médico de AP.

3.4. *Mejoras en la percepción de la atención prestada*. Estudio y evaluación de las quejas y reclamaciones de los usuarios y su rápida resolución como objetivo de calidad.

3.5. *Mejor información de la actividad asistencial a los profesionales de la Unidad*. Facilitar información periódica de los registros de actividad de la consulta, con el fin de que puedan ser contrastados por el alergólogo, con objeto de que se lleven a cabo las acciones oportunas para mejorar la asistencia.

3.6. *Los profesionales responsables de la Admisión y Documentación Clínica deben asumir tareas de organización*. Entre éstas cabe destacar las acciones tendientes a

aminorar el trabajo burocrático del alergólogo cuando trabaja en la consulta:

- Informar diariamente de los pacientes citados. Es conveniente que exista una comunicación previa (48-72 horas antes de la cita), aunque posteriormente se remita la definitiva, ya que el cierre de las citas debe de ser lo más tardío posible, con objeto de recoger cambios de última hora, fundamentalmente anulaciones que se pueden utilizar para citar a otros enfermos. Esta hoja es necesario que contenga espacios en blanco, para indicar si el paciente acudió, el número de veces que ha sido asistido por el alergólogo dentro de la misma jornada, si es alta de la consulta, etc. (fig. 1).

- Citar de forma horaria los pacientes que se pueden asumir y no más. Siempre con las prioridades que se le indiquen.

- Que la historia clínica esté debidamente preparada.
- Coordinar acciones entre la Consulta de Alergología y otros especialistas y con los servicios intermedios, con el fin de ahorrarle viajes innecesarios al paciente. Por ejemplo con los profesionales que van a realizar *test in vitro*, en el caso de que no se realicen en la Unidad.

- Recabar de los facultativos de la Unidad, con suficiente antelación, información sobre vacaciones, asistencias a congresos médicos, etc. Todo ello con el fin de programar las agendas y evitar anulaciones que conlleven nuevas citaciones del paciente.

- Facilitar etiquetas de identificación de los pacientes, en el caso de que la consulta no esté informatizada.

### 4. Dotación de recursos

Incremento de las plantillas, preferentemente facultativos<sup>13</sup>, enfermeras y auxiliares administrativos, en base a criterios preestablecidos. En el caso de los alergólogos, según un informe de la Fundación CESM<sup>14</sup>, el número de alergólogos en la Sanidad pública en 1999 era de 225 (0,057 por 10.000 habitantes), por lo que es urgente aproximarse a lo propuesto por las sociedades científicas, es decir un alergólogo cada 50.000 habitantes.

### 5. Continuidad entre niveles asistenciales

A este nivel se pueden establecer mejoras en cuatro grandes apartados:

5.1. *Mejoras en la comunicación clínica entre Atención Especializada y Atención Primaria*.

a) Comunicación verbal: reuniones de trabajo periódicas, sesiones clínicas, accesibilidad telefónica, etc.

H O R A S	ENFERMO	NUMERO H.C.	NUMERO DE VISITAS	CONSULTA EXTERNA																
				DI A	H O R A	PA R A M E D I C O	SI TIO	PR O C E D I M I E N T O	DI A G N O S T I C O	TR A T A M I E N T O	OT R O S D I A G N O S T I C O S	OT R O S T R A T A M I E N T O S	OT R O S M E D I C O S	OT R O S M E D I C O S						

Fig. 1. Hoja de control.

b) Generalización de un soporte material de interconsultas (Hoja de Consulta Clínica), consensado por ambos niveles, de fácil cumplimentación y que permita enviar al alergólogo toda la información relevante del paciente sobre la que se solicita la interconsulta. Establecer circuitos ágiles y eficaces de transmisión de la información a través de estos documentos (correo interno, fax, correo electrónico). Estos circuitos han de ser escrupulosamente rígidos en los procedimientos que utilizan, garantizando las debidas condiciones de intimidad y confidencialidad.

c) 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 AP o bien cuidados de enfermería.

d) Facilitar que el médico de AP pueda visitar, de manera reglada, a sus pacientes hospitalizados.

e) Favorecer la práctica de interconsulta docente-asistencial con el facultativo especialista en el Centro de Salud.

5.2. *Elaboración de protocolos y guías clínicas conjuntas con Atención Primaria.* Deben permitir el rediseño

a través de vías clínicas de atención y ser tanto de derivación, como de diagnóstico y tratamiento en AP<sup>15</sup>, ajustados a la evidencia científica y revisados con periodicidad.

5.3. *Citaciones al nivel especializado desde Atención Primaria.* La guía recientemente publicada por el INSA-LUD sobre Gestión de consultas externas en Atención Especializada<sup>16</sup> es una herramienta muy adecuada para mejorar los procedimientos de citación y gestión de las interconsultas entre Atención Primaria y Atención Especializada.

Para mejorar la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios sanitarios, se les viene facilitando desde las unidades administrativas (UNAD) de Atención Primaria las citas con el nivel especializado, pero se han encontrado debilidades, por lo que es conveniente:

- Establecer sistemas de citación que permitan el acceso directo desde la UNAD de AP a las agendas de especializada una vez cumplimentado y supervisado el Protocolo de Derivación. Si la demora en facilitar una citación por parte de Unidad de Alergología es mayor de dos meses, las relaciones con el paciente se realizarán de forma directa desde la unidad administrativa de dicha

Unidad, lo que aumenta el sentimiento de colaboración con la AP.

- Las anulaciones de citas por parte de la Unidad de Alergología deben ser gestionadas por las unidades administrativas de esta Unidad.

- La gestión de las citas a Atención Especializada derivadas desde otros especialistas deben gestionarse desde ese nivel asistencial y no desde AP.

5.4. *Clasificar a los pacientes.* Se deben de propiciar una serie de acciones que contribuyan a mejorar la relación con los colectivos que remiten a los pacientes, como puede ser clasificar a los pacientes que nos remiten en:

- *Pacientes urgentes*, cuya atención no se puede demorar, por ejemplo, sensibilización a venenos de himenópteros. Tiene el inconveniente de que se puede sobreutilizar esta vía inconscientemente o no.

- *Pacientes preferentes*, que deben de ser atendidos en pocos días.

- *Pacientes "sin prioridad"*, que pueden esperar.

## 6. Mejoras de los sistemas de información

Es muy importante proceder a la revisión y mejora de todos y cada uno de los sistemas de información que se vienen utilizando, tanto desde el punto de vista clínico como desde el de gestión. Destacan las actuaciones relacionadas con la información al paciente y gestión clínica que a continuación se mencionan:

6.1. *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 conocer 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.

6.2. *Información al paciente.* Con objeto de incrementar y facilitar el ejercicio del derecho de los ciudadanos a tomar decisiones sobre su propia salud, es aconsejable que desde las Unidades de Alergología se les facilite la información suficiente (folletos informativos de educación sanitaria, etc.), para que puedan llevar a cabo estas decisiones de la manera más eficaz.

6.3. *Gestión clínica.* La extensión progresiva de este concepto significa planificar, dirigir, evaluar y reordenar el trabajo que se desarrolla en las distintas unidades, requiriendo la coordinación de clínicos y gestores, en base a elementos de:

a) Autonomía y descentralización.

b) Información que integre los aspectos clínico-preventivos con los de utilización racional de los recursos, en base a la evidencia científica.

c) Representatividad, recogiendo aquellas actividades que sean significativas del quehacer clínico diario.

d) La práctica clínica como núcleo de la gestión.

## 7. Acciones tendentes a disminuir las tensiones del paciente

- Facilitar los trámites administrativos.

- Que exista un sistema de citación ágil, que les evite perder el tiempo innecesariamente.

- Que le atienda el alergólogo solicitado.

- Los siguientes principios de Maister para la gestión de listas de espera nos pueden ser útiles:

- El tiempo de ocio parece más largo que el tiempo ocupado (por ejemplo: valorar espera en pacientes con Incapacidad Laboral Transitoria (ILT), por padecer un asma ocupacional, etc.).

- El tiempo antes de entrar en el proceso parece más largo que el tiempo dentro del proceso.

- La ansiedad hace que las esperas sean más largas, por lo que es útil avanzar en el proceso diagnóstico lo más rápidamente posible.

- Las esperas inciertas parecen más largas que las esperas de duración conocida. Se ha demostrado beneficioso informar al paciente sobre el tiempo aproximado que se va a tardar en asistirlo, porque las esperas sin explicaciones son mucho más largas que las esperas con explicaciones.

- Las esperas injustas son más largas que las esperas equitativas.

- Se está dispuesto a esperar más por un mejor servicio.

- Esperar solo es peor que esperar en grupo.

## EPÍLOGO

Como documento base para la elaboración del presente trabajo, se ha utilizado el documento de consenso de propuestas de mejora en los equipos de Atención Primaria elaborado por el Insalud, disponible en: <http://www.msc.es/insalud/docpub/internet/eap/eap.pdf>.

## CONCLUSIONES

1. Los circuitos internos de los equipos deben ser



modificados, adaptándolos a un principio básico: la atención centrada en las necesidades del paciente.

2. Las Unidades de Alergología 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.

3. 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 alergólogos. 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, de morbilidad, de visados de inspección, etc.).

– Minimizar y, en la medida de lo posible, eliminar las cargas burocráticas procedentes de otros niveles asistenciales.

– Las agendas de citación de las Unidades de Alergología han de caracterizarse por su versatilidad, flexibilidad y adaptabilidad a las características específicas de la población del área de salud que asiste. Es importante crear el hábito de la concertación de las citas como proceso de mejora de la calidad asistencial.

5. El establecimiento de protocolos y guías de actuación clínica, tanto propias de la Unidad como conjuntas con la AP, que han de ajustarse a la evidencia científica, revisarse periódicamente y evitar los controles clínicos no justificados.

6. Es necesario trabajar, de forma efectiva y real, en la coordinación con la AP, estableciendo criterios consensuados entre ambos niveles asistenciales.

7. Se ha de potenciar el diseño de programas permanentes de formación continuada que, permitiendo un mantenimiento y mejora de la competencia profesional (conocimientos, habilidades y actitudes), compatibilicen tanto los objetivos institucionales como las demandas formativas de los propios profesionales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Churrua S. Los líderes en gestión de listas advierten: un suceso no puede condicionar la estrategia. *Diario Médico*, 15 de junio de 2000 (fecha de acceso septiembre del 2000). URL disponible en: <http://www.diariomedico.com/sanidad/listas/debate.html>.
2. Espallargues M, Gallo P, Pons JMV, Sampietro-Colom L. Situación y abordaje de las listas de espera en Europa. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Noviembre 2000.
3. Frankel S, West R, editores. Rationing and rationality in the National Health Service. The persistence of waiting lists. Houndmills, Basingstoke: The Macmillan Press Ltd, 1993.
4. Espallargues M, Almazán C. Needs assessment and policy implications: the case of cataract surgery. *Proceedings of the 15th Annual Meeting of the International Society of Technology Assessment in Health Care*. Edimburgo, 1999.
5. Estrada MD, Oliva G. How to improve appropriateness in knee replacement?: The use of health technology assessment. *Proceedings of the 15th Annual Meeting of the International Society of Technology Assessment in Health Care*. Edimburgo, 1999.
6. Peiró S. Algunos elementos para el análisis de las listas de espera. *Cuadernos de Gestión Clínica y Sanitaria* 2000; 2: 125-131.
7. Johnson AJ. Lies, damned lies, and waiting lists. *Br Med J* 1991; 303: 6811: 1205.
8. Radical Statistics Health Group. NHS "indicators of success": what do they tell us? *BMJ* 1995; 310: 6986: 1045-50.
9. Programa de Calidad Atención Especializada - Memoria 1999. Monitorización de indicadores. Indicador 2.10. Porcentaje de suspensiones de consultas externas. Disponible en: <http://www.msc.es/insalud/docpub/memycat/memorias/calidad1999/indicador%5F210.htm>.
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. *Medfam* 2001, 11: 140-6.
11. Negro Álvarez JM, Martínez Arrieta F, Miralles López JC, Sarrió Amorós F, Hernández García J. Técnicas de medición del "Case-Mix" y su aplicación a la Alergología (2.ª parte). *Allergol Immunopathol* 1994, 22: 2: 70-79.
12. Negro Álvarez JM, Miralles López JC, Jiménez Molina JL, Guerrero Fernández M. Gestión por procesos en Alergología. *Allergol Immunol Clin* 2001; 16: 356-360.
13. Negro Álvarez JM. Una vieja asignatura pendiente: la consulta de Alergología en la asistencia extrahospitalaria. *Rev Esp Allergol Inmunol Clin* 1996; 11: 39-46.
14. Anuario de la Sanidad y del Medicamento 2001. *El Médico* 2001, 160.
15. Negro JM, Periago J, Navarro C, López Sánchez JD, Pagán JA, García Sellés FJ. Guía de actuación ante una rinitis alérgica en atención primaria. *ORLDIPS* 2001; 28: 190-199.
16. Guía de gestión de consultas externas en Atención Especializada. Subdirección General de Atención Especializada. Disponible en: <http://www.calidadzamora.com>.