

VI. DISCUSIÓN

El reto que obsesiona a todos los protagonistas que intervienen en la gestión de los sistemas sanitarios públicos parece ser la contención de costos, pues probablemente sea lo más destacable a la simple observación, sin embargo, existen evidencias para confirmar que la mayor amenaza para la calidad es la fragmentación existente en la atención sanitaria.⁽⁶⁶⁾

Cuando nos planteamos desarrollar un círculo de calidad que favoreciera la accesibilidad a Atención Especializada mediante el diseño y la implantación de protocolos de derivación y la gestión compartida de las agendas de interconsultas, - corrigiendo entre otros defectos muy arraigados, la derivación de pacientes a petición propia, Willian et al.⁽⁶⁷⁾ ya evaluaron en 1961 la importancia de este problema al comprobar que aproximadamente el 39% de las derivaciones se hacían a demanda del paciente-, fue con intención de conseguir una mejoría en la organización y la relación entre los niveles asistenciales del Área, estableciendo cuanto más puentes y labores compartidas mejor, e intentando corregir la

fragmentación existente hasta ahora con el fin de ir creando nexos de unión que conviertan la coordinación asistencial en una realidad.

Abordar uno de los problemas de más actualidad y preocupación en la sanidad pública, como son las listas de espera en Atención Especializada, sería un buen punto de partida en la búsqueda de la integración asistencial.

Para ello, y siguiendo el círculo de calidad diseñado de la Figura 15, valoramos cual era la situación de partida (primera evaluación), en referencia a la accesibilidad a la Atención Especializada, y si el comportamiento de las Especialidades Médicas y Quirúrgicas era comparable, para posteriormente reevaluar si la intervención propuesta en las primeras era efectiva o no.

También nos planteamos analizar como influían en la accesibilidad una serie de variables consideradas habitualmente condicionantes de toda la actividad asistencial,^(56,57,58,59,60,61,62,63,64,68) subdividiendo dichas variables en tres grandes grupos: las que *influyen en la demanda*; las que tienen *relación con la oferta sanitaria* y por último aquellas otras denominadas *de utilización o consumo*. (Tabla XVIII).

Antes de entrar más profundamente en el análisis de los resultados, es inevitable hacer mención a las posibles limitaciones y sesgos de nuestro trabajo.

Por una parte, las características sociodemográficas de nuestra Área, con una población rural y dispersa - mayor que en el resto de la Comunidad- y con unos índices de dependencia poblacionales también superiores, condicionan que algunas de nuestras conclusiones no sean necesariamente extrapolables a otros ámbitos, no obstante, las variables identificadas como más influyentes en el tiempo medio de espera entendemos que pueden ser aplicables en cualquier zona geográfica.

Por otro lado, se podría cuestionar la fiabilidad y validez de los datos de frecuentación y presión asistencial, pues probablemente no son los indicadores más “sensibles ni específicos”, ya que dependen mucho de la organización del trabajo en cada zona, y además se han obtenido a partir de información de la actividad remitida desde los E.A.P., lo que no garantiza que se hayan recogido con criterios uniformes, este problema, común en este tipo de estudios, sería deseable subsanarlo en el futuro con la informatización completa de las consultas de Atención Primaria,

pues los actuales sistemas de registro e información existentes en nuestros centros de salud están muy poco o mal desarrollados⁽⁶⁹⁾.

En tercer lugar también se plantea la posibilidad, que en nuestro estudio no se produjo, de que al ser un proyecto que se prolonga durante un largo periodo de tiempo aparezcan cambios en los recursos asistenciales que desvirtúen los resultados obtenidos.

Y por último la oferta sanitaria, singular y adaptada a las características geográficas del Área, con gran cantidad de puntos asistenciales - la mayoría de ellos (59,2%) en consultorios periféricos de partidas rurales, (Tabla IX)- y con una carga asistencial (1 M.G./2000habitantes) superior a la media en el resto del estado⁽⁷⁰⁾ y a la de otros países de nuestro entorno⁽⁷¹⁾.

Palmer y Reilly en 1979⁽⁷²⁾ y posteriormente Vehvilainen en 1996⁽⁷³⁾, demostraron que existen tres determinantes principales de la calidad asistencial: *el tiempo de experiencia del médico en el manejo del problema de salud específico, el tipo de organización en la que trabaja y la formación postgraduada.*

En función de lo anterior, en nuestro estudio encontramos que la mayoría de los médicos (83%) se encuentra en una media de edad entre los 35 y los 55 años, cuyo predominio de varones (75%) supera al de otros trabajos⁽⁷⁴⁾. Organizados, salvo excepciones (Orihuela-II), en Equipos de Atención Primaria, con un gran porcentaje de profesionales en situación laboral precaria (54% de interinos) y cuya formación postgraduada es escasa, sólo el 23 % poseen formación M.I.R, muy por debajo de la serie presentada por García Olmos y cols. ^(74,75)

Todo lo cual, pese a no invalidar nuestros resultados, condiciona que las conclusiones finales sean sometidas al filtro de las limitaciones mencionadas.

Al analizar las variables de consumo, que constituyen el factor de estudio más importante de nuestro trabajo, observamos en primer lugar, una de las situaciones típicas de los sistemas sanitarios públicos, como es el incremento progresivo, de un año a otro, del número total de consultas realizadas; en nuestro caso el crecimiento osciló alrededor del 4% anual, alcanzándose un incremento total al final del estudio del 8,1%. (Tabla XIX)

Este crecimiento también se constató al analizar otros indicadores de frecuentación como eran: el índice de visitas por habitante - se pasó de 5,8 a 6,4-, la media de visitas por profesional - de 10.611 visitas /año en 1996 a 11.925 en 1998-, la presión asistencial diaria, que también se incrementó en el periodo mencionado, pasando de 40,8 consultas/ día a 45,8 y como consecuencia aumento en el porcentaje de derivación, sin encontrar para ello justificación epidemiológica aparente - para tan corto periodo de tiempo- salvo que supongamos lo mal que se tolera la incertidumbre diagnóstica y lo exigentes, en cuanto a bienestar se refiere, que se tornan las sociedades occidentales.

Tres zonas: San Miguel, Callosa y Orihuela-II, destacando sobre el resto y superando la media de la Comunidad Valenciana, fueron las que mayor frecuentación y presión asistencial presentaron durante toda la evaluación. (Tablas XX y XXI)

Uno de los retos del día a día en Atención Primaria es decidir cuando derivar el paciente al especialista o a los servicios de apoyo, y en consecuencia, que éste obtenga los mejores resultados en salud que le aporte el sistema, por ello es difícil afirmar que las tasas de derivación altas son peores que las bajas. En nuestro caso observamos que la

proporción global de derivación a especializada por 1000 habitantes y año se situó entre 473,6 y 556,8, bastante por encima de las cifras existentes en nuestra Comunidad⁽⁷⁰⁾, y los porcentajes de derivación por número total de consultas realizadas (más influenciados por los métodos de trabajo de cada organización) se situaron próximos a niveles descritos en otros trabajos^(73,74,76,77,78,79,80,81), entre el 5,7% (1996) y el 5,8% (1998), con unos índices de resolución más que aceptables para Atención Primaria, alrededor del 94%, y sin que existan variaciones significativas de un año a otro, lo que nos permitirá mantener la comparabilidad de los tiempos y de las consultas en espera en un análisis antes-después.

En el año previo a la intervención (1996) el 70,5% de las consultas externas realizadas en el Área correspondían, coincidiendo con diversos trabajos publicados^(20,81-88), a Especialidades Quirúrgicas, esta situación atendería a la carencia del médico de Atención Primaria tanto de habilidad técnica como de tecnología suficiente para resolver este tipo de problemas.

En 1997, tras la primera reevaluación, observamos que se produce un aumento de las derivaciones a Especialidades Médicas, las cuales llegan hasta el 50,9% del total, probablemente debido al efecto clarificador que

suponían las medidas de intervención aplicadas sobre cuándo y cómo derivar a estas especialidades, confirmando también, que ante el aumento de la oferta y la mejora en la accesibilidad se produce sistemáticamente un incremento en la demanda.

En 1998 (segunda reevaluación), se mantuvo la tendencia de crecimiento en el porcentaje de derivaciones a Especialidades Médicas llegando éstas hasta el 55,4 % de la actividad total realizada en consultas externas de Especializada.

Si bien es cierto que las derivaciones a consultas de especialidades médicas y quirúrgicas pueden mostrar patrones de espera distintos, como así lo muestran los datos recogidos, sabemos por observaciones de estudios previos que, de un año a otro, las poblaciones adscritas a un cupo permanecen relativamente estables, y su salud - dependiente fundamentalmente de condicionantes biológicos, sociales y ambientales - es prácticamente constante ⁽⁷¹⁾, si se exceptúa el incremento gradual de las enfermedades que se observa a medida que envejecen los pacientes, hecho que en el periodo de tres años que alcanza el estudio, no resulta de impacto suficiente para considerar que haya cambios en las derivaciones realizadas desde Atención Primaria a Especialidades Médicas o a Especialidades Quirúrgicas.

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 Especialidades Médicas y no a las Especialidades Quirúrgicas, permite considerar las variaciones que se producen en estas últimas como grupo de comparación, en el que aunque no se elimina totalmente el efecto Hawthorne, es de esperar que ocurra por igual en ambos grupos, y de este modo conocer cuál es el verdadero efecto de la medida⁽⁸⁹⁾ en cada uno de ellos.

Cuando estudiamos de manera diferenciada las distintas especialidades, observamos que pese a la disminución progresiva que se produjo en las derivaciones en el grupo quirúrgico, con respecto al médico, Oftalmología permaneció siempre en el primer lugar como especialidad con mayor porcentaje de derivaciones: 29,6% en 1996, 18,5% en 1997 y 17,6% en 1998, superando ampliamente otras series.^(20,77,81) (Tabla XXIII).

Traumatología, que coincidiendo con otros estudios⁽⁸¹⁾, era la segunda especialidad en porcentaje de derivaciones en el año 1996 (17,1%), fue perdiendo peso en los dos siguientes años (13,9% y 10,6%), situándose

por detrás de Digestivo y Cardiología que tomaron el protagonismo en la primera y segunda reevaluaciones respectivamente.

Llamativa por inesperada, y de ahí que hagamos mención expresa sobre ella, fue la evolución de Ginecología, su porcentaje de derivación se mantuvo alrededor del 3% durante los tres años, mucho más bajo que la encontrada en otros trabajos^(20,77,81), probablemente debido a las características asistenciales de esta especialidad en nuestra Comunidad, donde existen centros de Planificación Familiar y matronas integrados en los Equipos de Atención Primaria que asumen muchas de las interconsultas ginecológicas generadas, no llegando éstas a ser valoradas por el segundo nivel y por tanto no quedando reflejadas en nuestro estudio. (Tabla XXIII)

El resto de las especialidades, coincidiendo con las series mencionadas^(20,77,78,81), mantuvieron unos porcentajes de derivación muy similares a lo largo del estudio.

Las medidas más convenientes del estado de salud de una sociedad son las que determinan directamente los efectos de los servicios de salud en el ámbito de la vida cotidiana y en los anhelos de la población a la que se dirigen, en nuestro caso este efecto se produce al ver el impacto de las

intervenciones en la accesibilidad a la Asistencia Especializada y como consecuencia la mejora en las listas de espera, por ello, pensar que está justificada la utilización de cualquier recurso aunque el beneficio para el paciente sea pequeño, supondría un elevado coste de oportunidad para todos los ciudadanos.⁽⁹⁰⁾

Ante la imposibilidad de ampliación de recursos⁽⁹¹⁾ y la coyuntura asistencial mencionada, nos planteamos, como objetivo primordial mejorar la calidad asistencial ofrecida, en términos de facilitar la accesibilidad y medir si conseguíamos acortar el tiempo de acceso de la población a la asistencia especializada, pero también elaborar una herramienta flexible que permitiera regular los flujos entre primaria y especializada superando las antiguas desconfianzas entre estructuras asistenciales, asumiendo que cualquier sistema reglado de priorización, más o menos consensuado, es mejor que ninguno^(92,93), entre otras cosas, porque en la medida en que los criterios de priorización reflejen las preferencias de un amplio número de colectivos, aumentara su grado de aceptación social y por tanto, facilitará su implementación.

En consecuencia, cuando analizamos los tiempos de espera en el punto de partida (1996, primera evaluación) observamos que eran significativamente inferiores para el grupo quirúrgico. Sin embargo y

pese a las intervenciones, la tendencia al alza en los tiempos de espera se mantuvo en ambos grupos durante todo el periodo (1997 y 1998), aunque con distinto matiz, pues en la Especialidades Quirúrgicas siguió creciendo durante los dos años, mientras que en las Especialidades Médicas creció el primer año (1997) y se estabilizó durante el segundo. (Tabla XXIV).

Podemos entender que de las primeras consultas que se hagan a ambos grupos, 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 se resuelva el motivo de derivación. Esas segundas citas, que en el caso de las Especialidades Médicas son asumidas directamente por ellos, justifica un incremento natural de los tiempos de espera. Pero a la larga, la reorganización de los servicios de atención especializada en Especialidades Médicas permite mantener tiempos de espera que permanecen estables y mejoran el rendimiento.

También es posible, como se ha comentado, que al clarificar los criterios de derivación desde Atención Primaria a las consultas de especialidades médicas, explique el incremento que se observa en 1997 en el número de consultas y en los tiempos de espera, con una tendencia a estabilizarse en el año siguiente.

En las Especialidades Quirúrgicas por el contrario, 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 las primeras consultas son muchas menos, y sin embargo los tiempos de espera siguen en aumento.

La inexistencia de acuerdos entre Atención Primaria 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 el que deriva⁽⁹⁴⁾, obligándole a ser más estricto y derivar sólo lo que esté muy justificado (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 éste 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 mayor tiempo de espera. Esto podría explicar porqué, aunque la media de consultas en espera de Especialidades Quirúrgicas 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, como hemos visto, 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⁽⁶⁷⁾, 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 Índice de Espera por Consulta (I.E.C), 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 atender, con lo que la espera se pone en relación con la actividad. De esta manera, un I.E.C. será tanto mejor cuanto más pequeño. Pero indudablemente, cuando el I.E.C. 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 I.E.C. da una aproximación objetiva del rendimiento asistencial, y reúne las cualidades que según la O.M.S. debe

cumplir todo indicador: ser objetivo, sensible, específico y fácil de medir⁽⁹⁵⁾.

Al aplicarlo a nuestros resultados, observamos en la primera evaluación (1996), un mayor rendimiento en el grupo de las Especialidades Quirúrgicas, -el I.E.C. en 1996 era significativamente más bajo para el grupo quirúrgico- pues aunque había mayor número de pacientes en espera, eran atendidos más rápidamente, ppor contra, el rendimiento para el grupo de Especialidades Médicas era más bajo (I.E.C. más elevado) presentando además, como se comentado, tiempos de espera mayores a los de otros estudios realizados en el país⁽⁷⁴⁾.

En la primera reevaluación del año 1997 se produjo un descenso estadísticamente significativo del I.E.C. de las Especialidades Médicas, el cual invirtió su tendencia hasta situarse en 17,74, mientras el de las Especialidades Quirúrgicas aumentaba en más de la mitad hasta llegar a 25,45.

Los resultados del segundo año también fueron positivos, el I.E.C. siguió descendiendo de manera significativa en el grupo de las Especialidades Médicas mientras que el del grupo de Especialidades Quirúrgicas seguía

ascendiendo hasta triplicar el valor que tenía en el año de referencia inicial. (Tabla XXIV)

Constatamos pues la efectividad de la intervención en la mejora de la eficiencia de las consultas en E.M. y ofrecemos un indicador útil para medir el rendimiento de la actividad en las consultas de atención especializada, donde las listas de espera existen por definición (2º nivel de atención), y sobre las que comprobamos que, dejadas a su libre evolución, la tendencia es a incrementar los tiempos de espera.

Siguiendo con el análisis pormenorizado de los I.E.C. y al aplicarlo a las especialidades de manera individualizada, observamos que Oftalmología presentó el peor rendimiento de todas, sus índices se fueron incrementando a lo largo del estudio: 4,8 puntos en 1996, 21,38 en 1997 y 26,21 en 1998, fundamentalmente como consecuencia del incremento en los tiempos medios de espera.- se paso de 27 días en 1996 a 122 en 1998 -, siendo la única Especialidad Quirúrgica que superaba el tiempo medio de espera existente en la serie presentada por el Ministerio de Sanidad para esos periodos⁽⁹⁶⁾.

Traumatología también evidenció un empeoramiento en los tiempos de espera - pasó de 21 días de media en 1996 a 47 en 1998- y en

consecuencia sus índices de espera también fueron empeorando significativamente.

Ginecología fue la única E.Q. que presentó una mejora mantenida en los I.E.C. debido al incremento importante de consultas atendidas.

En cuanto a las Especialidades Médicas, todas mantuvieron unos tiempos de espera por debajo de la media ofrecida para ese periodo por el Ministerio de Sanidad⁽⁹⁶⁾ y sus I.E.C. como se ha comentado también fueron mejores.

Neurología fue la especialidad con mejor rendimiento de todo el grupo médico, pues no sólo soportó un incremento de sus tasas de derivación - de 4,7% en 1996 pasó al 11% en 1998-, sino que la evolución de sus I.E.C. tuvo un impresionante descenso durante el estudio. Sin embargo, Neumología tuvo la peor respuesta, con unos I.E.C. que se incrementaron progresivamente. (Tabla XXV)

Una vez conocido el comportamiento de las especialidades, tanto al nivel de grupo como por separado, llegamos a una de las partes más trascendentes de nuestro estudio: buscar la influencia y la relación de las diversas variables en el modelo planteado y la posibilidad de determinar, mediante un análisis de regresión lineal múltiple, una formula que nos

permita estimar el tiempo medio de espera esperado (T.E._e) para el acceso a atención especializada y que nos sirva también para manejar la evolución futura de la variabilidad de las listas de espera en las diversas zonas, e incluso orientar, a quien corresponda, sobre la asignación futura de recursos asistenciales.

Del amplio grupo de variables estudiadas se fueron excluyendo todas aquellas que no mostraron significación en el análisis bivariante previo.

Sólo dos del grupo de las denominadas de demanda conformaron el modelo final: *población menor de 14 años* - confirmando así la idoneidad del diseño inicial del estudio- y *población de costa* - probablemente como consecuencia de la demanda asistencial de colectivos poblacionales no censados existentes en las zonas turísticas -.

Aunque en el análisis bivariante previo el grupo de población entre 15-64 años mostraba significación con respecto a la espera, a la hora de aplicarlo en el modelo global no era así, por lo que se excluyó.

También llama la atención que el porcentaje de personas mayores de 65 años y/o pensionistas, aunque es considerada como una de las variables que mejor explica, por ejemplo, el consumo farmacéutico ⁽⁹⁷⁻¹⁰²⁾, no tiene en nuestro estudio una correlación significativa que se pueda imputar como condicionante del incremento de las listas de espera, corroborando

otras publicaciones⁽¹⁰³⁾ en las que también se demuestra que, en estos casos, sólo una pequeña parte del aumento de la demanda se puede atribuir al envejecimiento poblacional. Se menciona explícitamente porque la ausencia de comentarios sobre los marcadores de ancianidad supondría una importante pérdida de validez y rompería la lógica intuitiva de “a más pensionistas, más derivaciones y más gasto”.

A las mencionadas variables de demanda, y para completar el modelo, se añadió una variable de utilización: la frecuentación, medida por el *índice de visitas por habitante*, la cual también se mostraba significativa en el análisis bivariado previo, su comportamiento refuerza la lógica y la capacidad explicativa del modelo, aunque en su interpretación hay que tener en cuenta que no es sólo una variable de demanda pura, sino también de oferta, pues en ella influyen otros condicionantes (estilos de trabajo y pautas de revisita de los médicos, entre otros); no obstante, viene a confirmar otros trabajos realizados⁽¹⁰³⁾ que afirman su importancia en el incremento del consumo de recursos sanitarios.

Las variables de oferta acerca de las características del médico (edad, sexo, formación, estabilidad laboral) y de los factores organizativos (tamaño del cupo, número de médicos por 1000 habitantes, etc.) no resultaron determinantes para el modelo, y al igual que en otros

estudios^(104,105) tuvieron menos peso que las características de los pacientes. (Tablas XXVI y XXVII).

El análisis multivariante permite diversas soluciones para un mismo problema, en nuestro caso el resultado del modelo definitivo obtenido condiciona, de forma importante, las posibilidades de intervención, pues sólo lo podemos hacer sobre los condicionantes que determinan la frecuentación (modos de trabajo, organización de los Equipos, etc.), pero no sobre las variables de demanda (% de población pediátrica, característica de costa) que nos vienen determinadas por las condiciones sociodemográficas de la comarca.

Pese a que en el estudio descriptivo se estudiaron las doce zonas de salud del Área 20, a la hora de analizar el comportamiento de las listas de espera se excluyeron cuatro de ellas: Dolores, Pilar de la Horadada, San Miguel de Salinas y Guardamar, por no disponer, en los tres primeros casos, de los datos desagregados por especialidades de todo el periodo, y en el caso de Guardamar, por tener durante el estudio las asistencia especializada fuera del Área.

Previamente a comparar el comportamiento de la accesibilidad a atención especializada en las zonas de salud, tenemos que comentar que

todas ellas siguen el modelo organizativo de Equipo de Atención Primaria pese a la existencia de diversos consultorios periféricos en cada una ellas.

Sólo Orihuela II, sigue funcionando según un modelo de ambulatorio clásico, compartiendo edificio con el Centro de Especialidades.

Comprobamos que el modelo global del Área se reproducía al cien por cien en todas las zonas, las Especialidades Quirúrgicas tenían unos tiempos de espera significativamente mucho mejores en el año anterior a la intervención, para posteriormente invertir la tendencia y favorecer a las Especialidades Médicas, mejorando un poco los tiempos con respecto a la E.Q. en 1997 y de manera contundente en 1998.

Sin embargo, el Centro de Especialidades (incluía las zonas de Rojas y Orihuela-II) y Torrevieja rompieron la tendencia de mejoría observada en las Especialidades Médicas, y se mantuvieron durante todo el periodo de evaluación con una Espera Elevada, pues sus tiempos de espera reales (T.E._r) superaron en más de una Desviación Estándar la media del tiempo de espera esperable (T.E._e).

Son varias las razones que pueden justificar esta desviación de los tiempos de espera; en el caso de Rojas, el efecto de la intervención se

diluye al no producirse la implicación buscada de los profesionales en la autogestión de sus citas, pues siguen sin tener el control de su agenda que comparten con otra zona. En el caso de Orihuela-II, además de servir la explicación anterior, se añade, como también se ha comprobado en otros estudios,⁽¹⁰⁶⁾ la tendencia a derivar más al segundo nivel cuando se comparte edificio con especializada.

Y por último, en el caso de Torrevieja, confluyen dos de las características que más condicionan el modelo predictivo de los tiempos de espera, como son: porcentaje bajo de población pediátrica y la condición de zona costera, sin olvidar, aunque no hayamos demostrado su significación estadística, la dificultad organizativa que supone tener una importante población flotante, desocupada y demandadora de servicios.

En la evaluación de las Especialidades Quirúrgicas y pese a que globalmente tuvieron peor comportamiento en las zonas que las Especialidades Médicas, pues incrementaron sus tiempos de espera en las dos reevaluaciones, sólo Callosa presentó una desviación de la media de espera que pudiera catalogarse como de Espera Alta, su frecuentación

y presión asistencial, que como se recuerda eran de las más altas del Área, probablemente determine este resultado.

En definitiva, aunque es difícil diseñar una herramienta perfecta que facilite el cálculo del tiempo medio de espera para la atención especializada, en conjunto, este estudio sí que muestra la posibilidad de elaborar un modelo que se aproxime, basándose en las características poblacionales de las zonas implicadas y el referente histórico de intensidad de uso (determinado por el número de visitas por habitante), los cuales conocemos como determinantes en las listas de espera, permitiéndonos predecir, con garantía de aproximación (en nuestro caso hasta un 89%), la variabilidad de éstas, facilitando la capacidad de gestión de los responsables de Atención Primaria/ Especializada del Área y también de los servicios centrales⁽¹⁰⁷⁾, y colaborando en consecuencia a la asignación de recursos, pues la estrategia política de contentar a toda la población con programas y posiciones irreales de ofertar atención sanitaria a cualquier ciudadano sin modificaciones estructurales del sistema, empeorará las condiciones de trabajo del personal médico y de enfermería, fomentará la demanda de más y más servicios injustificados o de dudosa utilidad elevando por consiguiente el gasto sanitario, y

favoreciendo la posibilidad - no absurda- de que llegue un día en que los pacientes no tengan quien les cuide.⁽¹⁰⁸⁾

