

**EL PROBLEMA DE LAS LISTAS DE ESPERA EN EL
ÁMBITO SANITARIO**

1. ANTECEDENTES

- 1.1.- INICIO DEL EXPEDIENTE SOBRE LISTAS DE ESPERA
- 1.2.- TRÁMITES REALIZADOS EN EL EXPEDIENTE
- 1.3.- INFORME DE LA DIPUTACIÓN GENERAL DE ARAGÓN
- 1.4.- INFORME DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ZARAGOZA
- 1.5.- INFORME DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE HUESCA
- 1.6.- INFORME DEL COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN ENFERMERÍA DE ZARAGOZA
- 1.7.- QUEJA REMITIDA AL JUSTICIA POR UN CIUDADANO
- 1.8.- DATOS ESTADÍSTICOS

2. QUEJAS AL JUSTICIA SOBRE LISTAS DE ESPERA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

- 2.1.- PLANTEAMIENTO
- 2.2.- AÑO 2002
- 2.3.- AÑO 2003
- 2.4.- AÑO 2004
- 2.5.- AÑO 2005
- 2.6.- AÑO 2006

3. MARCO JURÍDICO

4. APROXIMACIÓN AL PROBLEMA

- 4.1.- LOS SISTEMAS SANITARIOS DE LA UNIÓN EUROPEA; EL PROBLEMA DE LAS LISTAS DE ESPERA
- 4.2.- EVALUACIÓN DE NECESIDADES Y SERVICIOS; ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

5. PROPUESTAS DE MEJORA PARA LA GESTIÓN DE LISTAS DE ESPERA

5.1.- CIRCUNSTANCIAS ACTUALES DE NUESTRO SISTEMA SANITARIO

5.2.- FACTORES QUE INCIDEN NEGATIVAMENTE EN EL PROBLEMA DE LAS LISTAS DE ESPERA

5.3.- OTROS PROBLEMAS COEXISTENTES

5.4.- PROPUESTAS PARA MEJORAR LA SITUACIÓN

5.4.1. EN GENERAL

5.4.2. ALGUNAS PROPUESTAS CONCRETAS

▪ 5.4.2.1. LAS CONSULTAS DE ALTA RESOLUCIÓN

▪ 5.4.2.2. MEJORA DE LA ATENCIÓN SANITARIA URGENTE

▪ 5.4.2.3. ADECUACIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS

▪ 5.4.2.4. ATENCIÓN A PACIENTES EN CENTROS ALTERNATIVOS

▪ 5.4.2.5. INCREMENTO DE LA ACTIVIDAD POR LA TARDE

▪ 5.4.2.6. MEJORA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA

▪ 5.4.2.7. ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS CLÍNICOS Y SOCIALES DE PRIORIZACIÓN DE LISTAS DE ESPERA

▪ 5.4.2.8. ACTUACIONES ANTE LA FALTA DE PRESENTACIÓN DE PACIENTES EN LAS VISITAS PROGRAMADAS

6. CONCLUSIONES

6.1. QUEJAS AL JUSTICIA SOBRE LISTAS DE ESPERA

6.2. FACTORES QUE INCIDEN EN EL PROBLEMA

6.3. CIRCUNSTANCIAS A CONSIDERAR COMO PUNTO DE PARTIDA

6.4. PROPUESTAS CONCRETAS PARA COMBATIR EL PROBLEMA:

ANEXO

Datos estadísticos sobre listas de espera que figuran en la página web del Gobierno de Aragón.

1. ANTECEDENTES

1.1. INICIO DEL EXPEDIENTE SOBRE LISTAS DE ESPERA

La Institución de Justicia de Aragón viene reconociendo públicamente y de forma reiterada la alta calidad del Sistema sanitario aragonés, compuesto por hospitales y centros de atención primaria y especializada, así como del personal sanitario —médicos y enfermeros—, y auxiliar que lo compone.

Pero el mismo éxito del sistema hace que cada vez haya personas de edad más elevada que requieren mayor asistencia y gasto sanitario. Por otra parte, la mayor complejidad de la medicina moderna, capaz de afrontar enfermedades antes consideradas incurables y de prolongar la vida humana durante más tiempo, hace que sea necesario dedicar más recursos personales, materiales o de tiempo a cada enfermo.

Cuando no son suficientes los recursos se producen casos puntuales de retraso en el tratamiento que, al generalizarse en una especialidad, dan lugar a las denominadas listas de espera.

Es cierto que la existencia de listas de espera para el acceso a distintos servicios sanitarios es un problema común a todos los sistemas de salud con independencia de su modelo de gestión, e incluso no reprochable en la medida en que suponga consecuencia natural del imposible ajuste cotidiano entre la oferta y demanda sanitaria no urgente. Sin embargo, los períodos de espera excesivos generan gran preocupación y angustia entre los usuarios por la repercusión que producen, no sólo clínicamente, sino también en su propio orden vital.

Por ello, esta Institución procedió a la incoación de un expediente de oficio, con el fin de elaborar un informe sobre la situación de las listas de espera en el sistema sanitario de la Comunidad Autónoma.

El objetivo del informe es el de estudiar la realidad de la situación y, de una forma constructiva, aportar posibles soluciones que puedan ayudar a minimizar el problema. Algunas de las medidas que se apuntarán ya están siendo contempladas por la Administración sanitaria que, incluso, ha iniciado su puesta en marcha en algunos casos. Nuestro estudio pretende hacer un examen del problema y apuntar posibles medidas que pueden contribuir a mejorar las circunstancias concurrentes.

Es éste, por otro lado, un problema que de forma habitual viene siendo tratado por las distintas figuras similares al Justicia (Defensor del Pueblo y defensores autonómicos), que lo abordan en sus resoluciones ante quejas presentadas sobre la materia, y que también han elaborado informes especiales sobre el problema, como es el caso del Defensor del Pueblo y Defensor del Pueblo Andaluz.

1.2. TRÁMITES REALIZADOS EN EL EXPEDIENTE

Iniciado el referido expediente, se solicitó información al Departamento de Salud y Consumo de la Diputación General de Aragón y a los Colegios Oficiales de Médicos y de Diplomados en Enfermería de Zaragoza, Huesca y Teruel, con la finalidad de que nos trasladaran los datos que obraran en su poder acerca de la problemática planteada y sobre posibles medidas de interés para combatirlo.

Como contestación a estas solicitudes se recibieron las siguientes respuestas:

1.3. INFORME DE LA DIPUTACIÓN GENERAL DE ARAGÓN

El Departamento de Salud y Consumo de la DGA nos remitió una amplia documentación acompañando a un informe en los siguientes términos:

“En contestación al Justicia de Aragón del Expediente DI-949/2005-9, sobre listas de espera en el sistema sanitario, le informo a V.E.:

Inicialmente, es necesario recordar que como indicó el Grupo de Expertos creado en el seno del Consejo Interterritorial, con participación de representantes del Ministerio de Sanidad y de todas las Comunidades Autónomas, “nos enfrentamos por tanto, al hecho de que las Listas de Espera son en gran medida inherente al modelo del Sistema Sanitario por el que hemos optado”. Modelo desarrollado en los años ochenta y que prioriza la universalidad y la equidad como derechos incuestionables de todos los ciudadanos.

Sin embargo, para conseguir esta equidad y además disponer de un sistema eficiente y de calidad hay que recordar, como también se señalaba en el citado informe, que los pacientes y los procedimientos que tradicionalmente vienen incluyéndose en las listas de espera no tienen las mismas implicaciones, razón por la cual es necesario no tratar los tiempos de espera en su conjunto, sino más bien discernir cada uno de los casos, procedimientos y pacientes para una gestión y solución específica de los mismos.

Esta diferenciación y focalización de los problemas para buscar las soluciones más pertinentes deben guiar las actuaciones y el desarrollo de nuevas medidas y proyectos.

Para valorar la situación de Aragón es necesario buscar referencias en otras Comunidades Autónomas y Servicios de Salud. A estos efectos el Ministerio de Sanidad y Consumo hizo público durante el año 2004 el estado de los principales indicadores que sirven para valorar la gestión de los tiempos de espera. Este hecho nos permite comparar por primera vez la situación de Aragón respecto a la del conjunto del Sistema a través de los indicadores seleccionados y consensuados por la totalidad de las Comunidades Autónomas:

Pacientes incluidos para cada especialidad en programación quirúrgica, pacientes que llevan un periodo superior a seis meses, tiempos medios de demora y situación de los diez procesos más frecuentes en programación quirúrgica.

Si se analiza la situación de Aragón al finalizar el ejercicio del 2004, se observa que la tasa de pacientes programados para intervenciones quirúrgicas en el Sistema Nacional de Salud es de 9,23 cada 1000 habitantes, mientras que en Aragón es de 11,10, esta información es consecuente con la oferta de servicios de esta Comunidad Autónoma que dispone del mayor número de camas de agudos por habitante y es la segunda respecto al número de médicos especialistas también por habitante.

El porcentaje de pacientes con esperas superiores a los seis meses es de 8,54% en el Sistema Nacional de Salud mientras que en Aragón es únicamente del 1,48%. Esta situación se da en la totalidad de especialidades quirúrgicas, aproximándose sólo, aunque inferior siempre en 3 o 4 puntos las especialidades de Neurocirugía y Otorrinolaringología.

Si se realiza esta comparación en los procesos más frecuentes se observa que en Aragón los tiempos de demora son inferiores en 54 días en el caso de prótesis de cadera, 28 en artroscopias terapéuticas, 14 en el caso de hipertrofia de próstata y de 13 en intervenciones de cataratas. En el conjunto de los procesos analizados por el Consejo Interterritorial de Salud el tiempo medio de demora es en Aragón 23 días inferior respecto a la media del Sistema Nacional de Salud.

Las principales actuaciones realizadas hasta el momento por el Departamento de Salud pueden reflejarse en los siguientes apartados:

1. Adecuación de los tiempos de respuesta a la complejidad de los problemas

El 11 de Junio del 2004 entró en vigor el DECRETO 83/2003, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, sobre garantía de plazo en la atención quirúrgica en el Sistema de Salud de Aragón. Como consecuencia de este hecho aquellos pacientes con procesos incluidos en el Decreto citado (neoplasias, cirugía cardíaca, cataratas, prótesis de cadera y prótesis de rodilla), procesos que las sociedades científicas consideraron como prioritarios por su gravedad o por sus repercusiones en la calidad de vida de los pacientes, se les ha garantizado su intervención en el plazo indicado como óptimo por los facultativos responsables. A todos estos pacientes se les han intervenido en el plazo indicado en los propios centros del Servicio Aragonés de Salud o se les ha ofrecido ser intervenidos en centros concertados por el Departamento.

Esta medida, citando a la comisión de expertos del Ministerio de Sanidad y Consumo, responde a que los pacientes y los procedimientos que tradicionalmente vienen incluyéndose en las listas de espera no tienen las mismas implicaciones para cada paciente, razón por la cual es necesario no tratar los tiempos de espera en su conjunto, sino más bien discernir cada uno de los casos, procedimientos y pacientes para una gestión y solución específica de los mismos.

2. Mejora de la oferta asistencial en centros propios Plan de Alta Tecnología

El Plan de Ordenación de la Tecnología Médica Cualificada ha comenzado a implantarse en este año y se desarrollará hasta 2007. La puesta en marcha de este programa permite la compra de equipos médicos de alta tecnología, tanto de diagnóstico como de tratamiento clínico, con los que se van a ampliar y renovar las instalaciones actuales en los hospitales y centros médicos. Está previsto invertir este año 5,5 millones de euros en la adquisición de 14 equipos tecnológicos para los hospitales Obispo Polanco, Alcañiz, Universitario Miguel Servet, Clínico

Universitario “Lozano Blesa” y Nuestra Señora de Gracia, y para los centros médicos de especialidades Grande Covián, Ramón y Cajal, San José e Inocencio Jiménez.

En las previsiones de adquisición de equipamientos, el Hospital Obispo Polanco de Teruel contará con un nuevo servicio de resonancia magnética, utilizado fundamentalmente para Traumatología, lesiones de partes blandas y diagnóstico de masas cerebrales. El Hospital Universitario Miguel Servet tendrá un nuevo TAC, para hemorragias, fracturas y diagnóstico de extensión de tumores; también en este centro está prevista la instalación de una gammacámara, que se utiliza para la función cardíaca, pulmonar, tiroidea, detección de metástasis y ganglio centinela, la segunda será para el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”, donde también este año habrá un nuevo equipo para Radiología Vasculosa Intervencionista, para el diagnóstico y tratamiento de lesiones vasculares, drenajes y tratamiento paliativo de tumores.

Asimismo, se dotará a los centros médicos de especialidades Grande Covián, San José e Inocencio Jiménez y al Hospital Universitario Miguel Servet de telemandos digitales para radiografías convencionales digitales, que son utilizadas para urografías, estudios digestivos, lesiones pulmonares, infecciones y diagnóstico de fracturas. En cuanto a los equipos de Radiología de Urgencias Digitalizables, este año se adquirirán cinco, de los que dos serán para el Ramón y Cajal, uno para San José y los otros dos en el Hospital de Alcañiz y en el Hospital Nuestra Señora de Gracia.

El Plan de Ordenación de Tecnología Médica Cualificada continuará desarrollándose en los próximos dos años, hasta 2007. Su implantación enlaza con los programas de digitalización de imágenes y la historia clínica electrónica, que está previsto iniciar el año que viene. Estos avances incorporarán a las historias clínicas de los usuarios todas las pruebas de radiodiagnóstico y facilitará el acceso informático de los facultativos a los datos de su paciente desde cualquier punto de Aragón.

La renovación y adquisición de nuevos equipamientos permitirá disminuir los tiempos de diagnóstico contribuyendo a la disminución de los tiempos de espera quirúrgicos y de consultas externas.

Creación de Unidades Monográficas

Se ha constituido en el Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza una unidad monográfica para apoyar la actividad de otros centros, esta unidad dispone de una capacidad quirúrgica que ha permitido programar actividad de Oftalmología y Traumatología, con el apoyo de los profesionales de dos centros sanitarios.

Estas unidades iniciaron su trabajo a mediados de 2004 en Oftalmología y en el último trimestre de ese mismo año en Traumatología y, hasta el pasado 31 de mayo, han realizado: 1.277 cataratas por CMA. Y 164 prótesis de cadera y rodilla con una estancia media de 6,4 días en el 2005.

Implantación del Acuerdo Profesional Sanitario 2005-2007.

La aplicación del Acuerdo Profesional Sanitario 2005/2007 va a permitir de forma progresiva que todos los centros introduzcan cambios en su organización en el último trimestre del 2005.

En la actividad en jornada ordinaria:

Mejoras organizativas para aumentar el rendimiento quirúrgico.

Incremento intervenciones quirúrgicas / sesión.

Incremento procesos abordado CMA y CCE.

Actividad por la tarde:

Tanto en consultas, como pruebas diagnósticas y sesiones quirúrgicas.

Desarrollo de las consultas de Alta Resolución

Durante el último trimestre de este año comenzarán a ofertarse consultas de alta resolución para las demandas más frecuentes en consultas externas de atención especializada. Se entiende como consulta de alta resolución aquellas en que en una única consulta se le realiza al paciente todos los procedimientos de diagnóstico, las exploraciones necesarias y es dado de alta siendo remitido a su médico de familia.

Estas consultas se realizarán, en todos los casos, antes de los quince días de realizarse la demanda por el médico general.

Actualmente se está trabajando con todos los Hospitales para la selección de procesos y la debida reorganización de los circuitos asistenciales y de diagnóstico.

Además, en distintas fases de proyecto y ejecución, está prevista la puesta en funcionamiento de cuatro nuevos centros con circuitos exclusivos de alta resolución. Así se contempla en la reforma del Hospital Universitario Miguel Servet, en el nuevo centro de especialidades que se ubicará en los terrenos de la estación intermodal y que dependerá del Hospital Clínico Universitario, y también en los nuevos centros de Ejea y Fraga. Estos dos últimos centros dispondrán además de unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria al objeto de conseguir mejores tiempos de respuesta y una mayor accesibilidad para más de 60.000 ciudadanos de la Comunidad Autónoma.

3. *Mejorar la regulación de los conciertos que se realizan con centros ajenos.*

El 29 de octubre de 2004, se publicó la Orden que regula la relación con los proveedores privados para la concertación de procedimientos o el establecimiento de convenios singulares de colaboración. De forma progresiva desde la fecha de publicación se han incorporado los anexos que incluyen los procedimientos y tarifas para intervenciones quirúrgicas, medios diagnósticos y terapéuticos, salud mental y atención a enfermos crónicos dependientes.

La nueva regulación garantiza la calidad de la asistencia concertada, contribuye a complementar la asistencia pública para cumplir los tiempos de garantía quirúrgica, y establece una regulación de total transparencia en las relaciones que mantienen el Departamento de Salud y Consumo y los centros privados concertados en la prestación de servicios sanitarios.

Las principales novedades de esta nueva regulación son que incluye prácticamente la totalidad de los procesos quirúrgicos y permite una mayor flexibilidad y eficacia en la oferta, puesto que se recoge también la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), permite la homologación del material a utilizar en las intervenciones (por ejemplo, las prótesis) y se adapta mejor a la oferta de los centros concertados aragoneses.

El proceso de habilitación de centros permitirá establecer una mayor accesibilidad para los ciudadanos que habitan los territorios más periféricos de la Comunidad Autónoma y supondrá una organización más pertinente sobre los procesos que se realizan en centros propios y concertados, todo ello con el único objetivo de asegurar la calidad de la asistencia, la equidad en el acceso y una más rápida respuesta a las demandas de los ciudadanos.

Durante los últimos años se ha incrementado a los efectos de mejorar los tiempos de espera el número de intervenciones quirúrgicas concertadas. Así en el 2004 el número de procesos quirúrgicos concertados creció en 869 respecto al ejercicio anterior y en 2.632.137 euros el gasto liquidado para este tipo de actividad.

Además se mantienen convenios de colaboración con el Hospital de la Defensa, en el que además de intervenciones quirúrgicas se contempla la oferta de consultas externas a 25.000 habitantes del Sector II.

4. Mejorar la información a los ciudadanos

Desde el mes de Junio de este año se informa mensualmente a los ciudadanos de los tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas, consultas externas y pruebas complementarias diagnósticas. Para ello se ha creado un espacio en Internet:

www.portal.aragon.es/salud/listaespera, experiencia única en el Sistema Nacional de Salud por la información que aporta, por su actualización y su periodicidad.

La información que se refiere a listas de espera quirúrgica recoge para cada hospital, especialidad y procesos más frecuentes el número de pacientes que espera desde hace más de 180 días y su demora media, así como el tiempo que han esperado para ser intervenidos los pacientes durante ese mes. También por hospital y o por especialidad, los usuarios tendrán la demora prospectiva sobre consultas externas de los especialistas. Y en cuanto a las pruebas diagnósticas, se recogen los datos para cada hospital y para los procedimientos de radiología simple, digestiva y genitourinaria, ecografías, mamografías, TAC, resonancias nucleares magnéticas, colonoscopias y gastroscopias.

5. Mejora de los sistemas de información

Durante los últimos meses se han optimizado y adecuado los sistemas de información para la gestión de los tiempos de espera de procedimientos quirúrgicos. Estas mejoras van a permitir una gestión personalizada de cada caso, tanto en virtud del diagnóstico, de la complejidad clínica y de la situación social del paciente, igualmente mejora la comunicación y transmisión de datos entre aseguradores y proveedores del servicio además de ajustarse estrictamente a los criterios regulados por el Consejo Interterritorial de Salud respecto a la gestión de los tiempos de demora.

En el mismo sentido se ha comenzado a trabajar en los sistemas de información e informáticos que gestionan las consultas externas y procedimientos de diagnóstico.”

1.4. INFORME DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE ZARAGOZA

El Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza informó lo siguiente:

“En contestación a su atento escrito... una vez oídas todas las Sociedades Científicas del ICOMZ, cúmplenos informarle que, bajo la opinión de los médicos que integran dichas Sociedades, la lista de espera no depende de manera absoluta de la práctica clínica sino de diversos factores habitualmente extra médicos.

Junto a ello, hay que mencionar el aumento de la demanda asistencial por parte de la ciudadanía, sin el consiguiente aumento de recursos, tanto generales como específicos, la alteración de la disponibilidad de recursos en función de la época estacional, el déficit de potenciación y el apoyo institucional real al uso de nueva tecnología de práctica asistencial.

Además de lo antedicho, cúmplenos informarle a usted, que en la provincia de Zaragoza, en el apartado de Cirugía General, la lista de espera no constituye un problema importante, ya que está dentro de los estándares aceptados, publicados y consensuados con la Sociedad Aragonesa de Cirugía.

Debemos hacer constar, en lo referente a la lista de espera, que para analizar y evaluar correctamente la antemencionada lista, se debe hacer referencia única y exclusivamente al tiempo transcurrido desde la inclusión del usuario en la misma, una vez concluida en su totalidad la fase diagnóstica y de evaluación preoperatoria y preanestésica.

En lo referente a Atención Primaria, divide esta a su vez en un marco general y un marco específico de usuarios gerontológico las Sociedades Científicas de este Colegio, nos trasladan las siguientes consideraciones:

En la opinión de la Sociedad Aragonesa de Medicina General, la inclusión de tecnología, mínimamente invasiva y de bajo coste, aliviará de forma significativa la demora surgida por no estar incluida esta tecnología en Atención Primaria.

Otra forma complementaria de disminuir la lista de espera sería elaborar un marco adecuado patrocinado por el Sistema Sanitario para dotar de mayor eficacia y eficiencia la citación del paciente, para revisión de diferentes patologías o procesos por parte del especialista, instituyendo desde el sistema una mayor colaboración entre Atención Primaria y Asistencia Especializada, que sin duda, redundaría en la mejora de la atención del usuario evitando a éste, numerosos “viajes intrasistema”, hasta la resolución del proceso.

No podemos sino transmitirle la evidente necesidad Social y Sanitaria de lograr una mayor institución de Servicios especializados de geriatría y gerontología.

La adecuada atención especializada y la variación integral e interdisciplinar de este colectivo, cada vez más numeroso, pluripatológico, con necesidades específicas y que es el estrato de población de mayor frecuentación y mayor consumo de recursos asistenciales del sistema, merece sin duda una consideración específica y claramente determinada dentro de la Asistencia y de la Gestión de procesos.”

1.5. INFORME DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE HUESCA

El Colegio Oficial de Médicos de Huesca proporcionó un informe en los siguientes términos:

“... algunas ideas que espero le sean de utilidad:

En primer lugar los responsables de las citaciones de los pacientes, en general, no son los médicos sino los servicios de citaciones de los Hospitales y Centros de Salud.

En segundo lugar, la gratuidad de la asistencia y la no existencia de un catálogo de prestaciones, así como en general, insisto, una falta de protocolo o guía de las enfermedades, hace que se puedan duplicar pruebas o repetir innecesariamente.

En tercer lugar, está el tema de las plantillas. Hay hospitales donde las plantillas cuentan con un número suficiente de personas, pero no hay espacio físico para atenderlas debidamente; en otros hay espacio físico pero no plantillas. Esto sucede en hospitales pequeños como pueden ser

en nuestra provincia los hospitales de Jaca y Barbastro. Tal vez la aplicación de los complementos B y C del Acuerdo Sanitario del mes de abril, podría resolver parcialmente esta situación. En el caso del hospital de Jaca, el problema reside en la falta de un concurso-oposición para cubrir las plazas vacantes.

Otro problema que se aprecia es el de la “emigración” de nuestros profesionales a otras Comunidades Autónomas, donde el salario y las condiciones laborales son mejores que las nuestras.

Resumiendo, pienso que las soluciones podrían pasar por:

- *Incrementar el salario de los médicos que trabajan fuera de los centros principales, de forma que fuera atractivo para ellos su ejercicio en dichos centros y que el trabajo en zonas alejadas de la capital o de núcleos grandes, estuviera más puntuado en la carrera profesional. También sería deseable que hubiera una posibilidad real de traslados desde la periferia al centro, mediante concursos reglados.*

- *Adaptar las plantillas a los problemas. No parece una solución la empleada hasta ahora: que los problemas se arreglen con parches (contratos para guardias, por bajas, etc.)*

- *La asistencia, en mi opinión y al menos en ciertos niveles, no debería ser gratuita (en urgencias y atención primaria fundamentalmente, si se pagara algo, se pasaría de atender “usuarios” a “pacientes”).*

- *Apertura de hospitales y centros de salud por la tarde, pactando con los sindicatos las condiciones (modo B y C de retribuciones, autoconcertación).*

- *Modernización de la información: envío de pruebas por Internet (la analítica ya se hace de esta forma y se acorta el tiempo de respuesta).*

... las ideas plasmadas en esta carta sintetizan las opiniones expresadas por muchos compañeros, así como las del resto de la Junta de este Colegio y las de aquellos colegiados Jefes de Servicios o Coordinadores de Centros de Salud que respondieron a nuestra solicitud”.

1.6. INFORME DEL COLEGIO DE DIPLOMADOS EN ENFERMERÍA DE ZARAGOZA

El Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería en Zaragoza informó que,

“... Se entiende como actividades del sector de la Sanidad todas aquellas actividades relacionadas con la salud y la higiene de la población, desde las prestaciones asistenciales en consultas y centros hospitalarios, hasta pruebas diagnósticas, y consumo farmacéutico.

En la Comunidad Autónoma de Aragón, como ocurre con el resto de comunidades autónomas de España, el mercado sanitario está fuertemente regulado y participado por el Sector Público, garante del derecho público universal de protección de la salud reconocido en la Constitución. El gasto público anual en Sanidad es de enorme magnitud, casi del 6% del PIB en la actualidad (Esta cifra, que apenas llega al 6% del PIB, es inferior a la media de lo que gastan los países de la Unión Europea y ofrece prestaciones similares o incluso superiores, como sucede en farmacia) y determina en gran medida los resultados del resto de los operantes en el mercado de la Sanidad. Ello es debido a que el sector público actúa al mismo tiempo de oferente directo a la población, con sus propios recursos materiales y humanos, y de demandante de buena parte de los bienes y servicios que presta, solicitando a proveedores sanitarios privados capacidad hospitalaria, pruebas diagnósticas y fármacos entre otros.

Según datos históricos, en España en 1990, el ratio enfermera/habitante era de 1 enfermera por cada 345 habitantes, mientras que las recomendaciones de la Organización Mundial de la

Salud (OMS) señalan 1 enfermera/ 140 habitantes. Siete años más tarde, en 1997, el ratio era de 1 enfermera/ 355 habitantes, mientras que en la actualidad el ratio es inferior a 1 enfermera/ 405 habitantes.

A través de una de las ratios oficiales utilizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para determinar la calidad de los sistemas sanitarios de cada país, se han puesto de manifiesto las importantes desigualdades entre países de la UE y entre las diferentes Comunidades Autónomas españolas.

En este sentido destaca que en la actualidad nuestro país tiene un 40% menos de enfermeras por cada 100.000 habitantes que la media europea, que asciende a 843. Las ratios de enfermeras por población en España son de 500, estando por debajo de nuestro país tan sólo Grecia, Italia y Portugal.

Con los datos de personal de enfermería colegiado en Aragón y de estos los que se encuentran con actividad laboral podemos extraer nuestras ratios autonómicas y provinciales y compararlas con la nacional y la europea.

En la provincia de Zaragoza tenemos 5200 colegiados de enfermería, de los cuales 4000 trabajan en la sanidad pública y unos 400 en la privada. El resto, unos 800, forman parte de esa bolsa de trabajo inestable para cubrir los puestos por ILT o vacaciones. Así obtendríamos una ratio de 490 enfermeras por cada 100000 habitantes en nuestra provincia.

Para toda nuestra comunidad autónoma la ratio estaría en 416/100000 hab., ya que suman un total de unos 5400 activos para todo Aragón.

Como podemos observar estamos por debajo de la media nacional y muy por debajo de la media europea.

Para compararnos con otras comunidades, Navarra es la autonomía con mayor ratio (838), una media muy similar a la europea, mientras que Murcia registra el menor índice, con tan sólo 378 enfermeras, un valor que se queda a 465 profesionales de la media europea, un 55% menos”.

Si nos situamos en otro de los índices como es el nº de camas de hospital por cada 1000 hab., en Aragón estamos en 4,4 camas / 1000 habitantes mientras la media en países de nuestro entorno como Suiza, Suecia disponen de 20,7 y 11,9 camas por mil habitantes respectivamente, así como Alemania, Holanda y Portugal disponen de 10,3, 21,4 y 4,5 camas por mil habitantes respectivamente.

La definición del ratio enfermera/habitantes debe venir establecida principalmente en función de las necesidades de salud de nuestra población, de su estructura sociodemográfica, de las características de nuestro sistema de administración de cuidados (que incluye su organización, objetivos y las funciones desarrolladas por sus profesionales) y de los recursos del sistema.

Nuestro ratio de enfermera/habitantes es insuficiente. Todas las consideraciones anteriores nos llevan a solicitar que se modifiquen las ratios de enfermeras y de matronas.

Para ello nos basamos en:

La población aragonesa cada vez envejece más. Los cambios demográficos en nuestro país se producen a una velocidad superior respecto a los demás países desarrollados. Las políticas de bienestar en la vejez pasan por equiparar el envejecimiento saludable a la capacidad de mantener la autonomía. El grupo etario de los mayores de 80 años es

el que más acusadamente crece en los países de la OCDE, y en España dicha tendencia es aún más acusada: en el año 2010 serán más de 1.500.000 las personas mayores de 80 años en nuestro país.

Los cambios en el concepto de salud llevan a considerar la salud más que un objetivo en sí misma: es un recurso para vivir, y se desarrolla otra valoración de la muerte, el dolor (que ya es considerado inaceptable), la funcionalidad de los ancianos y discapacitados, o la calidad de vida de todos.

El aumento de la esperanza de vida y la evolución de los patrones de morbimortalidad aumenta la prevalencia de las enfermedades crónicas e invalidantes. La percepción de la población confirma la importancia de este fenómeno: en la Encuesta Nacional de Salud de 1995 podemos ver como sólo el 38% de los ancianos perciben su salud como buena o muy buena.

Las restricciones en las políticas sociales condicionan las tendencias de reformas en los Servicios Sanitarios y obligan a mantener criterios de eficiencia en el desarrollo de los Servicios. La desinstitucionalización de pacientes, las políticas de altas precoces, el énfasis en la atención domiciliaria son fenómenos que lógicamente van a seguir creciendo en Aragón como también viene sucediendo más allá de nuestras fronteras.

Los cambios en los patrones socio-demográficos y sanitarios de la sociedad han provocado una evolución en las necesidades de salud hacia un aumento en la cantidad y la calidad de los CUIDADOS que la población requiere, y estos cuidados demandados son básicamente responsabilidad de Enfermería.

Por último en esta propuesta de aumentar el ratio de 1.800 habitantes por enfermera (650 enfermeras/ 100000 hab.) que solicitamos,

debería complementarse también considerando la situación socio demográfica de los habitantes (particularidades de cada territorio) que habitan la Comunidad aragonesa y que debería estudiarse este ratio a la baja en función de:

- *Dispersión geográfica (zonas rurales).*
- *Índice de envejecimiento tanto para zonas rurales como urbanas.*

También se ha observado que la ratio enfermera/médico español es llamativamente bajo y se ha reducido desde 1985, al contrario que en Europa.

En resumen, y con los datos expuestos, nuestra propuesta para mejorar la problemática de las listas de espera desde el punto de vista de la enfermería es:

- Aumentar la ratio de enfermería a 650 enfermeras/ 100000 habitantes ocupando casi el 85% de la enfermería disponible.

- Aumentar el nº de plazas en docencia para la obtención universitaria de la cualificación de enfermería, ya que la actual no cubrirá las necesidades futuras

- Mejorar mediante las consultas de enfermería en atención primaria la atención a los ancianos y crónicos, lo cual disminuirá la presión hospitalaria.

- Obligatoriedad de personal sanitario facultativo (médico y enfermera) en las residencias geriátricas para que con un mejor control desde estas disminuir la presión asistencial sobre los hospitales.

- Aumentar la colaboración/participación de la sanidad privada y sanidad militar en este tema, ya que vemos mermar los efectivos de la sanidad militar por una limitada e ineficaz utilización de estos, y no utilizados al 100% los de la privada”.

1.7. QUEJA REMITIDA AL JUSTICIA POR UN CIUDADANO

En fecha 14 de marzo de 2006 tuvo entrada en esta Institución escrito de un ciudadano que a continuación reproducimos por su interés en relación al presente expediente, dado que las circunstancias expuestas por el mismo han sido puestas de manifiesto al Justicia en reiteradas ocasiones por diversas personas. Se indica lo siguiente:

“Estoy seguro de que son muchas las quejas que esa Institución recibe en relación al funcionamiento de los servicios de especialidades del Salud, y supongo que muy pocas las sugerencias y propuestas de mejora de dichos servicios de salud pública.

Le remito a través del presente escrito mi experiencia personal y la de mis familiares, a partir de las cuales le transmito una petición para que, si lo considera oportuno, se planteen al Salud las correspondientes consultas y sugerencias, con la única intención de intentar una mejora en el uso de los recursos del Salud que puedan beneficiar a todos sus usuarios/contribuyentes.

A finales de la primavera de 2003 comencé a sentir dolores en el pié izquierdo, que inicialmente no me preocuparon pero que pasadas algunas semanas sin mejora consideré oportuno acudir a mi médico de cabecera, Dr. A, en el Centro de Salud B. Como de costumbre, el médico me recibió en el mismo día de petición de consulta y a la vista de que no se observaba nada exteriormente, me remitió al médico especialista correspondiente, Dr. C en el Centro D.

No guardo toda la documentación de este caso, pero creo recordar que la citación que recibí fijaba una espera de 3 meses para dicha visita. Al acudir en la fecha prevista, observé con sorpresa que una parte de los pacientes citados para esa hora no acudían y éramos pocos pacientes los visitados por el especialista. Dicho especialista me indicó que no observaba nada anómalo y necesitaba realizar una radiografía para

asegurarse del diagnóstico. La fecha que me dieron para la realización de la radiografía fue de dos meses posteriores a la visita relatada.

Al acudir al servicio de rayos (recuerdo que la hora era las 18,30), volví a ver con sorpresa como el enfermero de dicho servicio llamaba a distintos pacientes y la mayor parte de los mismos no estaban en la sala de espera. Esa tarde acudimos dos personas al servicio de rayos, de forma que al acabar mi radiografía la sala quedó vacía y el personal del servicio sin trabajo alguno que realizar.

A los dos meses aproximadamente de dichas radiografías me volvió a recibir el especialista, indicando que el problema era de planta del pie con ángulo incorrecto, que se podía solventar con una plantilla (esta visita era el día 12 de enero 2004, a las 11,30).

Dado el tiempo que iba transcurriendo y que los dolores en el pie se habían transmitido a la rodilla, en el tiempo de espera para la radiografía yo ya había acudido de forma particular a la MA.Z. en el mes de noviembre, donde en una semana me hicieron todas las pruebas y me aconsejaron el uso de plantilla, abonando yo con fecha 15-12-2003 una factura por importe de 83,36 € a MA.Z. por sus servicios.

Al finalizar todo el proceso y dado el muy deficiente servicio que el Salud me había prestado, acudí al servicio de atención al paciente en el centro D. Me encontré con una larga fila de personas esperando a ser atendidas por dicho servicio, y dado que yo no disponía en ese momento de tiempo para esperar, le pregunté al conserje que estaba allí mismo si me podía facilitar un impreso de queja/sugerencia y así no tenía que perder tanto tiempo. El conserje me indicó que no existían dichos impresos, por lo que la única posibilidad existente para presentar la queja por la espera de 9 meses que yo había tenido que sufrir para solucionar mi problema en el pie, era esperar en la cola.

A la vista de dicha experiencia, procedí de inmediato a remitir por procedimiento administrativo tres escritos dirigidos al Sr. Consejero de Salud, al Gerente del Salud y al Director Provincial en Zaragoza del Salud, indicando el pésimo servicio recibido, la necesidad de que

dispusieran de hojas de reclamaciones/sugerencias en sus instalaciones y la sugerencia que ahora transmito a V.I. sobre la mejora de los procedimientos en algunas listas de espera.

A los pocos días me llamó un abogado que tenía su despacho en el Hospital Miguel Servet y me indicó que estaba encargado de atender las quejas de los pacientes. En una agradable charla de media hora me indicó su pesar por el servicio que se me había prestado, al tiempo que me hacía algunos comentarios sobre la huelga de médicos que en esos momentos se estaba llevando a cabo en el Salud. Aparte de dicha amable llamada, nunca recibí comunicación alguna del Salud sobre si mi sugerencia de la necesidad de disponer de hojas de reclamaciones/sugerencias en sus instalaciones o la necesidad de introducir modificaciones en los procedimientos de listas de espera se iban a tener en cuenta.

La pasada semana mi madre acudió al especialista de la piel por un problema de garganta que arrastra desde hace muchos meses. Dicha visita también ha sufrido la espera de varios meses desde la primera visita al médico de cabecera, en la línea habitual del Salud. A la vuelta de la visita, el pasado viernes 10, a las 13,15 h. en el centro D, me comentó que, como de costumbre, sólo había un paciente en la zona de espera cuando ella llegó, quedando la médico y enfermera sin ningún paciente en espera al salir mi madre (casi con toda probabilidad una parte de los pacientes llamados no acudieron).

Por mi parte, el pasado lunes 7 solicité a mi médico de cabecera la realización de revisión de la vista, pues tengo pérdida de visión en un ojo y solo dispongo del 30% de visión en el ojo izquierdo. En dos días recibí la carta para visitar el oculista el próximo 9 de mayo. En este caso la rapidez en la remisión de la carta es muy loable y la espera no es mala si se tiene en cuenta que no se trata de una visita urgente.

En este punto pido disculpas si las explicaciones anteriores son muy extensas, pero creo necesario incluirlas para tener un buen conocimiento de mi propuesta/sugerencia.

*En el programa de Radio Zaragoza "Estudio de Guardia" se ha tratado en varias ocasiones este problema de la esperas excesivas para la visita de los especialistas. Las conclusiones siempre han sido las mismas: Los pacientes no esperan tantos meses y se dirigen a los servicios de Urgencias o a la medicina privada, por lo que **llegado el día de visita no acuden**. Desde el Salud se ha indicado que el problema está en que dichos pacientes no llaman al teléfono que aparece en las citaciones para informar de que no acudirán, fijando en este aspecto el centro del problema y su solución. En el mismo programa radiofónico muchos pacientes han indicado que dicho número suele estar siempre comunicando. Por mi parte, aun en el caso de un correcto funcionamiento de dicho teléfono, creo inaceptable la postura del Salud de no hacer nada una vez comprobado que esa solución no funciona.*

Por todo lo expuesto planteo a V.I. la solicitud al Salud de la siguiente información:

1.- Estadísticas de pacientes que no acuden a las citas que han solicitado previamente para las distintas especialidades. Si dichas estadísticas no existen, razón por la que no se realizan y necesidad de que se lleven a cabo, dado el coste mínimo y su importancia.

2.- En el caso de que existan, porcentajes de citas fallidas en las distintas especialidades y, si como yo estimo, dichos porcentajes son significativos, medidas que se han establecido para solucionar el problema que ello causa.

Como indico hasta ahora, creo tener razones suficientes para pensar que el problema de las listas de espera en buena parte de las especialidades del Salud se debe no a la falta de recursos sino a un deficiente uso de los mismos, con el coste humano y económico que ello significa y se observa a diario, siendo sencilla la solución con un pequeño esfuerzo de los servicios de control del Salud.

En mi opinión, tal y como vienen haciendo las líneas aéreas y cualquier empresa privada que se encontrara en dicha situación, la actuación lógica visto el no funcionamiento del servicio telefónico creado

por el Salud sería incrementar el número de pacientes llamados en un porcentaje similar al de fallos detectados, con un seguimiento mensual que ajustara dicho incremento a los resultados obtenidos. Estoy convencido que en pocos meses el número de pacientes fallidos caería de forma notable y no sería necesario llamar a mas pacientes de los recomendables, por obtenerse un número de visitas finales próximo al 100% de los convocados al existir un recorte muy significativo en los tiempos de espera.

Este procedimiento implica un esfuerzo mínimo de seguimiento de las consultas realmente realizadas y tiene un único inconveniente, que en las líneas aéreas se llama "overbooking", pues se puede dar el caso algún día de que asistan un número de pacientes superior al deseado. En ese caso puntual, la realización de una hora extra generosamente retribuida solventaría el problema. Deseando haber expuesto claramente mi petición/propuesta y agradeciendo su amabilidad, atte. les saluda".

1.8. DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE TIEMPOS DE ESPERA

Finalmente, como complemento a la documentación obtenida, en el **Anexo** del presente informe se plasman los tiempos de espera para una intervención quirúrgica, para una consulta externa y para una prueba diagnóstica en Aragón; datos que figuran en la propia página web del Gobierno de Aragón. Asimismo, se ofrece información sobre el contenido del Decreto sobre garantía de plazo en la atención quirúrgica en el sistema de salud de Aragón.

2. QUEJAS AL JUSTICIA SOBRE LISTAS DE ESPERA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

2.1. PLANTEAMIENTO

La Sanidad es uno de los servicios públicos de mayor interés para los ciudadanos, que afecta de forma generalizada a toda la población. Por ello ante el Justicia se han venido presentando quejas y consultas a lo largo de los años sobre materias sanitarias y, por lo que se refiere al objeto del presente informe especial, sobre dilaciones y demoras en la asistencia sanitaria no urgente.

En este apartado, con la finalidad de plasmar la actividad de la Institución en los últimos años en la materia, vamos a hacer referencia a las quejas formuladas al respecto y decisiones adoptadas cada año.

Comenzaremos en el año 2002 teniendo en cuenta que por Real Decreto 1475/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Aragón de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, se aprueba el Acuerdo de la Comisión Mixta de Transferencias adoptado en el Pleno de dicha Comisión en su reunión de 26 de diciembre de 2001, por el que se traspasan a la Comunidad Autónoma de Aragón las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, así como los bienes, derechos y obligaciones, el personal y los créditos presupuestarios, asumiendo por tanto la Administración Autonómica y, en particular, el Servicio Aragonés de Salud, la responsabilidad en la gestión de la asistencia sanitaria en el ámbito territorial de Aragón, con efectividad desde el 1 de enero de 2002.

Ello supone que a partir de ese año las limitaciones competenciales en materia de asistencia sanitaria con las que se encontraba esta Institución al abordar las

quejas planteadas —que le obligaban a remitirlas al Defensor del Pueblo en el caso de que la actuación mediadora no concluyera con una solución satisfactoria para el ciudadano— han quedado eliminadas, pudiendo el Justicia supervisar a la Administración sanitaria ante este tipo de denuncias.

Además, y como consecuencia de lo anterior, ese mismo año fue aprobada la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud en Aragón inspirada en los principios de atención integral a la salud, universalización, igualdad y equidad, así como calidad permanente de los servicios y prestaciones para lograr la máxima eficacia y eficiencia en la utilización y gestión de recursos. Esta Ley recoge el derecho de los ciudadanos a una atención sanitaria adecuada y orientada a conseguir la recuperación del paciente del modo más rápido y con la menor lesividad posible; así como la obligación de las autoridades sanitarias a proporcionar información pública, entre otros extremos, sobre las listas de espera.

A continuación, pasamos a destacar los expedientes más significativos tramitados desde esta Institución cada año en relación con la lista de espera, sin perjuicio reproducir en su integridad los contenidos íntegros de las Resoluciones formuladas al final de cada año.

2.2. AÑO 2002

En el año 2002 se plantearon ante el Justicia un total de 14 quejas en materia de listas de espera (de un total de 100 quejas en materia sanitaria registradas ese año). Merecen especial atención, tanto por su volumen como por los resultados obtenidos, las solicitudes para que se agilizará la técnica de la Fecundación in Vitro por Microinyección Espermática, que había sido recientemente implantada en el Hospital “Miguel Servet” de Zaragoza, ya que el tratamiento únicamente se llevaba a cabo una vez a la semana, a diferencia de otras Comunidades Autónomas en el que se practicaba todos los días, lo que provocaba largas listas de espera en parejas que ya llevaban años esperando el tratamiento, circunstancia que se veía

agravada por el hecho de que en muchos casos la edad alcanzada rondaba los cuarenta años.

En su virtud, esta Institución consideró oportuno sugerir a la Diputación General de Aragón que al objeto de garantizar la igualdad de acceso a la aplicación de dicha técnica –corrigiendo posibles desigualdades interterritoriales–, se agilizará por parte del servicio competente del Hospital “Miguel Servet” la anunciada remodelación del programa, impulsando dicha técnica el Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales de la Diputación General de Aragón, dotando al Hospital de los medios materiales y humanos precisos que permitieran la consecución de dichos fines, adecuando la organización y funcionamiento del servicio a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad.

Seguidamente se transcribe la sugerencia dictada:

Resolución sobre la técnica de fecundación in vitro por microinyección

“Han tenido entrada en esta Institución 18 escritos de queja que han quedado registrados con los números de referencia arriba expresados, a los que ruego haga mención en ulteriores contactos que llegue a tener con nosotros.

En los referidos escritos se aludía a lo que textualmente se transcribe:

“Somos parejas aragonesas que debido a diversos factores, bien médicos o desconocidos, no podemos tener hijos.

Los médicos de cabecera correspondientes nos han enviado al Hospital Miguel Servet, al Departamento de Reproducción Asistida.

Una vez empezada nuestra aventura, tras varias pruebas a las que nos tenemos que someter, se nos explican los tratamientos que existen en la actualidad para que una mujer pueda quedarse embarazada, Inseminación, F.I.V., I.C.S.I.

En nuestros casos, y tras haber descartado los dos primeros, nos recomiendan la técnica I.C.S.I. Por aquella época, esta técnica no estaba implantada en este Centro, por lo cual se deriva nuestro expediente al Hospital La Fe de Valencia.

En total, y desde la primera consulta hasta que por fin te llaman de Valencia pueden pasar hasta un total de 4 años.

Somos muy afortunados al poder estar en esta lista de espera, ya que somos sabedores de que muchas parejas en la actualidad no se encuentran en ninguna lista (ni en Valencia ni en Zaragoza).

Sabemos que ya cuentan con dicha técnica en el Hospital Miguel Servet y que actualmente sólo es aplicada a una pareja a la semana, teniendo en cuenta que la lista de espera es de 400 parejas, y que la lista todavía aumenta año a año, y la gran ilusión que tenemos en poder tener hijos, solicitamos:

El funcionamiento de la técnica I.C.S.I en las mismas condiciones en las que está establecida en la Comunidad Valenciana. Allí el Servicio de Reproducción Asistida trabaja los 365 días al año, de lunes a domingo, y por lo tanto se atiende a docenas de parejas al mes.

Dicho funcionamiento se haga a la mayor brevedad, dado el tiempo que lleva dicha técnica en el Hospital sin ser empleada a pleno rendimiento. Contratando, si es necesario, los medios naturales y humanos para el servicio de esta técnica.

Que todo el personal que la va a poner en marcha conozca a fondo la teoría y la práctica de dicha técnica.

Que se elaboren las listas de espera con la finalidad de poder dar una referencia en el tiempo a las parejas y poderles dar así otras opciones. Para ello pedimos que miembros de la Junta de Asociación de Infertilidad de Aragón estén presentes cuando se elabore dicho trámite.

Si dicha técnica funcionase a pleno rendimiento elevaríamos el índice de natalidad de nuestra Comunidad Autónoma, que en estos momentos es el más bajo de toda Europa.”

"I.- ANTECEDENTES.

Primero.- *Habiéndose examinado el dicho escrito de queja se acordó admitir el mismo a supervisión, y dirigírnos al Excmo. Sr. Consejero de Salud, Consumo y Servicios Sociales de la Administración Autonómica con la finalidad de recabar la información precisa sobre la cuestión planteada en la misma, interesando en particular que nos indicara si resultaría posible que dicha técnica se practicara con mayor periodicidad y, en caso contrario, nos señalara los motivos por los que no podría ser viable, así como las posibles propuestas o soluciones para agilizar la lista de espera existente.*

Segundo.- *En cumplida atención a esta solicitud, el Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud nos proporcionó un informe en los siguientes términos:*

«El tratamiento de fecundación in vitro por microinyección espermática ICSI se practica en el Hospital Universitario "Miguel Servet" de Zaragoza desde enero de 2002. (Hasta Diciembre de 2001 los pacientes eran derivados al Hospital "La Fe" de Valencia, donde la técnica ya está suficientemente consolidada).

Es cierto que, actualmente, sólo se practica el citado tratamiento una vez por semana, si bien está prevista una remodelación del Programa para dotarle de medios adecuados, tanto desde el punto de vista de los recursos humanos como de medios aceptables en los Hospitales.»

Del tenor de los precedentes hechos podemos extraer los siguientes,

II.- CONSIDERACIONES JURÍDICAS.

Primero.- *El Real Decreto 63/1995, de 20 de Enero, en el que se establecen las prestaciones del Sistema materiales, todo ello para que las listas de espera estén dentro de los estándares Nacional de Salud, prevé como tratamiento clínico el relativo a la infertilidad.*

Segundo.- *Han sido múltiples las quejas presentadas en esta Institución solicitando la efectiva implantación de esta técnica y la*

agilización de la puesta en funcionamiento de la misma, aludiendo las personas afectadas, entre otras cuestiones que más adelante se analizarán, a la escasa información que se facilita a las parejas cuando acuden interesándose por este tema digno de atención.

Al respecto, conviene señalar que en el artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en concreto, en su apartado 5, se dispone que todos los usuarios del servicio sanitario tienen los siguientes derechos con respecto a las administraciones públicas sanitarias,

“5. A que se les dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento”.

Asimismo, el artículo 6 de la reciente Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud en Aragón, estatuye que,

“1. La Administración sanitaria de Aragón garantizará a la población información suficiente, adecuada y comprensible sobre sus derechos y deberes respecto a las prestaciones y servicios sanitarios disponibles en Aragón, su organización, procedimiento de acceso, uso y disfrute”.

Por tanto, con respecto a su derecho de obtener información, y tomando en la debida consideración que las personas interesadas que están en lista de espera llevan años esperando la oportunidad de tener hijos, encontrándose en muchos casos en una edad “límite”, alrededor de 40 años, esta Institución entiende que dadas sus especiales circunstancias se les debería facilitar la más amplia información posible, expresada de manera comprensible y adecuada a sus necesidades y mencionando las reales posibilidades de éxito existentes.

Tercero.- Por otra parte, y aún entendiendo que una técnica recién implantada requiere un razonable periodo de adaptación, -y pese a que se nos anuncia que está prevista una remodelación del Programa para dotarla de medios adecuados para que las listas de espera estén dentro

de los estándares aceptables en los Hospitales-, el propio artículo 12 de la Ley General de Sanidad establece que,

“Los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los Servicios Sanitarios Públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución”.

Esta Institución, como garante de los derechos de los ciudadanos de nuestra Comunidad Autónoma ha de precisar que, con la mayor celeridad posible, se habrían de dotar los medios humanos y técnicos en aras a la consecución de la prestación de la técnica en igualdad de condiciones que en otras Comunidades Autónomas, optimizando los recursos existentes en la actualidad.

Y al respecto, el artículo 7 de la Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad, establece que los servicios sanitarios, así como los administrativos, económicos y cualesquiera otros que sean precisos para el funcionamiento del Sistema de Salud, adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad.

III.- RESOLUCIÓN.

Por todo lo expuesto, y en uso de las facultades que me confiere la Ley 4/1985, de 27 de Junio, reguladora del Justicia de Aragón, considero conveniente sugerirle lo siguiente:

Que sin perjuicio de proporcionar a los ciudadanos la más amplia información respecto a las alternativas y posibilidades existentes su caso, para dotar de contenido efectivo a la prevención insita en el artículo 12 de la Ley General de Sanidad, y al objeto de garantizar, corrigiendo posibles desigualdades interterritoriales, la igualdad de acceso a la aplicación de las técnicas de fecundación in vitro ICSI, a la mayor brevedad posible, se agilice por parte del servicio competente del Hospital “Miguel Servet” la anunciada remodelación del programa, impulsando dicha técnica el Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales de la Diputación General de Aragón, y dotando al

citado Hospital de esta Ciudad los medios materiales y humanos precisos que permitan que las listas de espera estén dentro de los estándares aceptables en los Hospitales, y adecuando la organización y funcionamiento del correspondiente servicio a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad.»

Esta resolución fue aceptada, firmándose en fecha 20 de junio de 2002 un nuevo Acuerdo de funcionamiento ente la Gerencia del Hospital Miguel Servet y los Servicios de Obstetricia, Bioquímica Clínica y Urología, por el cual la Unidad funcionaría los 7 días de la semana durante 40 semanas al año, si bien no se programaba actividad alguna durante los meses de julio y agosto y vacaciones de Navidad. Se nos informó de que con los nuevos medios, los servicios se comprometían a la realización de 18 ciclos semanales de F.I.V. y 9 I.C.S.I, lo que suponía triplicar el número de ciclos y poner en marcha de forma definitiva la I:C.S.I implantada en la actualidad tan sólo de un modo testimonial. Para ello se acordó la contratación de dos especialistas en Bioquímica Clínica para el laboratorio de genética, dos ginecólogos y dos técnicos de laboratorio, superando el coste de la ampliación del programa el millón de euros (1.019.240 euros). De esta forma, con la ampliación de medios operada desde la Unidad de reproducción asistida del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, el Servicio Aragonés de Salud consideró que desaparecería de un modo progresivo la larga lista de espera , si bien estimaban que para atender con garantías la demanda presente y futura se necesitarían más de seis años, con el agravante de que aproximadamente el 70% de las parejas se vuelven a incorporarse a la lista ya que únicamente el 30% de los casos terminan en embarazo.

2.3. AÑO 2003

El número de quejas relativas a listas de espera durante el año 2003 fue de 21, de un total de 102 quejas formuladas en materia sanitaria.

Hay que resaltar que muchas de las quejas relativas a listas de espera suelen resolverse con la mera solicitud de información, ya que suele anticiparse la visita médica prevista en un principio o la fecha para la operación quirúrgica, procediéndose por tanto al archivo del expediente.

No obstante lo anterior, en el año 2003 ya se apreciaba que para la realización de determinadas y concretas pruebas, tales como TAC, ecografías y resonancias magnéticas la lista de espera excedía de 6 meses, planteándose la necesidad de nuevas fórmulas que posibilitasen que dichas pruebas se llevaran a cabo en un periodo de tiempo inferior.

De entre los distintos expedientes tramitados, por lo novedoso de las medidas anunciadas, hay que recordar las numerosas quejas de distintos ciudadanos exponiendo las dificultades que encontraban en orden a conocer el número que ocupaban en la lista de espera para que les fuera practicada una intervención quirúrgica o, en su caso, para someterse a determinadas pruebas; falta de información que genera, por la incertidumbre, una mayor tensión a la inevitable en este tipo de situaciones.

Por ello, esta Institución consideró oportuno la apertura de un expediente de oficio para tratar de conocer las medidas que pudieran adoptarse a fin de disminuir las listas de espera existentes en determinadas especialidades, así como la posibilidad de que, en los casos en que una intervención quirúrgica o la realización de prueba no se pudiera realizar de inmediato, se informara por escrito en qué fecha se preveía que el paciente fuese a ser operado o sometido a la prueba, dejando a salvo la existencia de urgencias u otros acontecimientos imprevisibles que pudieran conllevar alteraciones.

En cumplida atención a esta solicitud se nos proporcionó un informe en el que se hacía constar que el conocimiento de la fecha en la que el paciente iba a ser atendido en el momento en el que se realizaba la indicación de una intervención quirúrgica, consulta o procedimiento diagnóstico debía equilibrarse con la necesidad

de programar las actividades por parte de los Centros, y que esta programación, cada día más rigurosa y más eficiente, está obligada a permitir márgenes de variabilidad para asegurar la eficiencia de los servicios y la incorporación de actuaciones urgentes imposibles de valorar con una antelación suficiente.

Con el objeto de avanzar y mejorar esta situación, anunciaron que en el ejercicio 2004 se iban a introducir procedimientos específicos, todos ellos enfocados a que el paciente dispusiera de una información suficiente y conociera lo antes posible su fecha de intervención o consulta.

En este sentido, el Decreto 83/2003, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, sobre garantía del plazo en la atención quirúrgica en el Sistema de Salud de Aragón iba a permitir y posibilitar que el paciente conociera oficialmente y mediante procedimiento administrativo la fecha máxima en que pudiera ser intervenido desde el momento en el que se prescribía la intervención quirúrgica. Ese mismo Decreto recogía los intervalos de tiempo en los que la intervención debe llevarse a cabo y que puede oscilar en función de la prioridad entre una semana y seis meses.

El artículo 4.2 del meritado Decreto dispone que *“La Administración Sanitaria impulsará la puesta en marcha de una serie de medidas para la mejora de la gestión de las listas de espera quirúrgica, entre las que se incluirá el análisis y difusión sistemática de la información sobre listas de espera, el uso de criterios de priorización consensuados, la revisión periódica de la situación de los pacientes en espera, la utilización plena de todos los recursos sanitarios del sistema sanitario aragonés y la optimización de todos los mecanismos administrativos implicados en la gestión de las listas de espera”*.

El Departamento competente señalaba que este Decreto y su posterior desarrollo contemplaban los procesos más prevalentes y prioritarios desde un punto de vista de recuperación de la salud, incluyéndose desde las intervenciones por neoplasias, prótesis, cataratas, etc.

Por otra parte, con respecto a las citaciones para consultas y procedimientos de diagnóstico, informaban que durante ese ejercicio se iban a realizar las siguientes actuaciones:

En el Contrato Programa de Aseguramiento que se había realizado desde el Departamento de Salud con el Servicio Aragonés de Salud se recogía, entre los requisitos que obligatoriamente han de cumplirse, que “el porcentaje de pacientes pendientes de cita no superará el 5% en consultas externas y el 5% en pruebas diagnósticas”, decisión que permitiría que la mayoría de los pacientes conocieran el día de citación desde el momento de la indicación.

Por último, afirmaban que igualmente, y de forma progresiva, se estaba implantando un sistema de telecita entre los Centros de Salud y los Centros de Especialidades con el objetivo de disminuir los tiempos de espera y de que el paciente saliera del Centro de Salud con el día de cita y con todos los procedimientos que requiera coordinados y agrupados en el menor número de días posible.

En consecuencia se acordó proceder al archivo de la queja al estimar que con las medidas expuestas el problema se encontraba en vías de solución.

2.4. AÑO 2004

Durante esta anualidad se incrementó de forma importante el número de quejas en materia sanitaria aumentando también las referidas de forma específica a listas de espera. Durante dicho año desde esta Institución se siguió insistiendo en la necesidad de reforzar los medios de que dispone la sanidad pública para conseguir una mejora en la calidad asistencial y que la atención sea prestada en el menor lapso temporal posible.

En concreto, de los 138 expedientes tramitados en esta materia, 29 de ellos estaban relacionados con la lista de espera, lo que supone un porcentaje del 21%.

Además, el problema de las demoras en la asistencia sanitaria subyace también en algunas quejas sobre reintegro de gastos médicos, ante supuestos en los que se ha acudido a la sanidad privada debido a la necesidad de asistencia del paciente al que el sistema sanitario público no le atiende satisfactoriamente por razón de las demoras excesivas existentes. Por tanto, a la cifra de quejas por listas de espera habría que añadir también la de estas otras que vienen generadas en su origen por el mismo problema pero se encuadran en el apartado correspondiente a reintegro de gastos.

En el año 2004 se apreció que para realizarse determinadas pruebas diagnósticas tales como TAC, ecografías y resonancias magnéticas, la lista de espera excedía de 6 meses, lo que obligaba a plantearse la fórmula que posibilitase que dichas pruebas se llevaran a cabo en un periodo de tiempo inferior. Se valoró que en determinados momentos podría ser conveniente reforzar el personal o el material de determinados servicios o incluso concertar apoyos externos que permitieran aumentar puntualmente y de forma transitoria la capacidad de tratamiento.

Destacó por su número y por el prolongado tiempo de espera a que aludían, las reclamaciones de pacientes que precisaban una intervención de cirugía mamaria, permaneciendo algunas de ellas hasta 4 años en lista de espera, lo que conllevaba que sufrieran repercusiones orgánicas de importancia, destacando las lesiones de espalda. Por ello, esta Institución sugirió al Departamento de Salud y Consumo que se adoptaran las medidas necesarias para que pudieran realizarse las intervenciones de cirugía mamaria en supuestos como los planteados, en los que existía un problema de hipertrofia mamaria y de implante de mama, a fin de evitar la aparición de complicaciones que implicaran menoscabo para la salud y la calidad de vida de las afectadas. La resolución formulada será transcrita en su integridad al final de estas valoraciones generales sobre el año 2004.

Igualmente se incoaron expedientes de oficio tendentes a evitar la posible saturación de determinados servicios. Así, con motivo de una noticia aparecida en

los medios de comunicación informando que el Hospital de Jaca iba a derivar a la localidad de Huesca los partos y urgencias por falta de facultativo especialista en pediatría y, dado que podía dar lugar a graves molestias e incluso poner en peligro la salud de las madres y niños, teniendo en cuenta las dimensiones de la población de Jaca que se amplía considerablemente los fines de semana y durante las vacaciones invernales y de verano, esta Institución consideró conveniente la apertura de un expediente de oficio con el fin de tratar de buscar medidas adecuadas para solventar esta situación. En cumplida atención a nuestra solicitud se nos proporcionó un informe en el que se hacía constar que desde el momento en que el Servicio Aragonés de Salud tuvo conocimiento de la finalización del contrato del Especialista en Pediatría que venía prestando sus servicios en el Hospital de Jaca, se iniciaron las actuaciones pertinentes en orden a la contratación de un nuevo especialista. Estas actuaciones concluyeron de forma satisfactoria con la incorporación, a principio del mes de agosto, de un nuevo pediatra al centro hospitalario de Jaca, evitando de esta forma la derivación de los pacientes a Huesca. Añadían que al mismo tiempo, con el fin de garantizar la igualdad sustancial de toda la población en cuanto a las prestaciones sanitarias, acorde siempre con las peculiares características demográficas de la localidad y, ante la necesidad de mantener una plantilla suficiente que diera estabilidad al equipo que realizaba las guardias de pediatría en el centro hospitalario, con fecha 1 de julio de 2004 se alcanzó un acuerdo de colaboración con los pediatras del Centro de Salud de Jaca que, mediante un sistema de guardias localizadas, permitió el restablecimiento del servicio a la mayor brevedad posible.

Se trataron asimismo los problemas que generaba el Servicio de Pediatría en la provincia de Huesca durante los fines de semana. Concretamente, se indicaba que desde el viernes al mediodía hasta el lunes por la mañana en el servicio público de salud únicamente había un pediatra para la localidad de Huesca y su provincia, lo que dio lugar a una Sugerencia que aparecerá transcrita al final de este apartado. Con respecto a la provincia de Teruel, fueron denunciados los mismos hechos, por lo que también se formuló una Sugerencia en el mismo sentido.

Resolución sobre lista de espera para operaciones de reducción mamaria e hipertrofia mamaria. Exptes DI-248/2004-9, D-1684/2004-9 y DI-767/2004-9.

Estos expedientes versaban sobre la lista de espera, de hasta 4 años, que estaban soportando determinadas pacientes para ser intervenidas de hipertrofia mamaria, lo que conllevaba que estuvieran sufriendo repercusiones orgánicas de importancia, expedientes que culminaron con una Sugerencia en los siguientes términos:

“I.- HECHOS.

Primero.- El pasado 16 de febrero tuvo entrada en esta Institución un escrito de queja que quedó registrado con el número de referencia arriba expresado, al que ruego haga mención en ulteriores contactos que llegue a tener con nosotros.

Segundo.- En el referido escrito de queja se aludía a que desde hace cuatro años, a Doña M. C. le recomendaron que se sometiera a una operación de reducción de mamas, debido al deterioro que estaba sufriendo su espalda por el peso que debía soportar.

Con dicha prescripción, la Sra. C. acudió al Hospital Miguel Servet de Zaragoza, entrando a formar parte de la lista de espera.

Se nos señalaba que al no obtener noticia alguna, la paciente presentó una reclamación en el Servicio de Atención al Paciente, indicándosele que al no ser un caso urgente debía seguir esperando.

Tercero.- Habiéndose examinado el dicho escrito de queja se acordó admitir el mismo a supervisión y dirigirnos al Departamento que V.E. preside con la finalidad de recabar la información precisa sobre la cuestión planteada en la misma y, en particular, cuáles eran aproximadamente las previsiones temporales para practicar la intervención quirúrgica a la Sra. C., tomando en consideración que llevaba cuatro años en lista de espera.

Cuarto.- *En cumplida atención a nuestro requerimiento se nos proporcionó un informe en los siguientes términos:*

«Que tras la solicitud de información al Hospital Universitario Miguel Servet, este Centro comunica que la paciente tiene 55 pacientes por delante en lista de espera de patología mamaria.

La demora que se produce en este tipo de pacientes es debida a que en las intervenciones quirúrgicas relativas a patología mamaria se priorizan los tumores de mama, reconstrucciones postmastectomía y tumores cutáneos frente a las reducciones mamarias. Somos consientes de que, en determinados casos, el problema supera los aspectos meramente estéticos y tiene repercusiones orgánicas (dolores de espalda) para los pacientes, pero también es cierto que si se establece la comparación con el resto de patología mamaria que se ha descrito y que forma parte de la lista de espera quirúrgica, la hipertrofia mamaria debe considerarse con un orden de prioridad menor.

Estos son los criterios utilizados por el Servicio Aragonés de Salud para gestionar la lista de espera de patología mamaria. Esperamos que dada la ubicación de la presentadora de la queja en la lista, sea intervenida en un plazo de tiempo razonable.»

Quinto.- *En la misma línea de queja anteriormente aludida se han planteado ante el Justicia otras dos reclamaciones, que han quedado registradas con los números de referencia DI-684/2004-9 y DI-767/2004-9.*

En la primera de ellas se alude a que Doña A. B. lleva cuatro años en lista de espera para ser intervenida, igualmente, de “hipertrofia mamaria”, sufriendo actualmente una fuerte lesión en la espalda a consecuencia de la misma, habiéndose presentado una reclamación en Atención al Paciente, reclamación que fue atendida mediante un escrito en el que se informaba que al haber intervenciones más urgentes, no podían concretar la fecha de la intervención.

Y en la registrada con el número DI-767/2004-9 se expresa que Doña A. M., de 21 años de edad, está desde julio de 1999 en lista de

espera para un implante de mama en el servicio de Cirugía Plástica del Hospital “Miguel Servet”, presentando también la pertinente reclamación, comunicando, en respuesta, que hay patologías más graves, por lo que la paciente tiene que seguir esperando, lo que le ha generado un grave problema de ansiedad.

Además, otras personas afectadas han puesto de manifiesto verbalmente en esta Institución que han tenido conocimiento que no se realizan intervenciones de reducción mamaria y de otras patologías no urgentes desde hace varios años.

II.- CONSIDERACIONES JURÍDICAS.

Primera.- *Como se ha expuesto en los antecedentes fácticos, son varios los supuestos que se han planteado en la Institución que represento en relación con este tipo de patología –hipertrofia mamaria-, y otro en el que se hace alusión a la necesidad de un implante mamario a una joven de 21 años de edad, constatándose en este tipo de reclamaciones los años que llevan en lista de espera en el Servicio de Cirugía Plástica las pacientes y las importantes repercusiones orgánicas que están teniendo, puesto que llegan a sufrir, en unos casos, lesiones de espalda de importancia y, en otros, graves problemas de ansiedad agravadas por la edad de la afectada, -21 años-.*

Segunda.- *Esta Institución comparte la afirmación del propio Departamento Autonómico en el sentido de que hay determinadas intervenciones quirúrgicas que deben priorizarse no obstante a que, tal y como se precisa en el propio informe de la D.G.A. transcrito, deba valorarse que el excesivo desarrollo mamario supera el aspecto meramente estético y tiene repercusiones orgánicas en las pacientes, por lo que las personas afectadas de no ser atendidas pueden sufrir lesiones posteriores que, a la larga, pueden convertirse en crónicas.*

Tercera.- *El artículo 4.1 c) de la Ley 6/2002, de Salud en Aragón, de 15 de abril, establece que la atención sanitaria será la adecuada a las necesidades individuales y colectivas y orientada a conseguir la recuperación más rápida y completa posible de conformidad con lo*

previsto sobre las prestaciones en la misma, del modo más rápido y con la menor lesividad posibles, de las funciones biológicas, psicológicas y sociales.

Asimismo, el Sistema de Salud de Aragón tiene entre sus fines, - artículo 23.2 g) de la citada Ley-, asegurar la efectividad, eficiencia y calidad en la prestación de los servicios.

Cuarta.- *En esta línea, el Decreto 83/2003, de 29 de abril, tiene por objetivo establecer unos plazos máximos en la atención quirúrgica dentro del Sistema de Salud de Aragón y establecer un sistema de garantías en aras a asegurar su cumplimiento de forma que se trate de evitar la aparición de complicaciones que impliquen menoscabo para la salud y la calidad de vida de los ciudadanos, complementando así las prestaciones previstas en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Implanta como garantía principal que, ante el incumplimiento del plazo máximo de respuesta a una demanda de atención quirúrgica, la Administración Sanitaria se obliga a abonar al centro público o privado, elegido por el paciente, los gastos derivados de la pertinente intervención quirúrgica con el límite máximo de las cuantías que se señalan; creándose, de otra parte, el Registro de Demanda Quirúrgica como instrumento para controlar y gestionar la demanda de intervenciones quirúrgicas programadas y sometidos a la garantía del plazo.*

Así, en el precepto señalado con el número 4. de este Decreto se estatuye que,

“1. La Administración Sanitaria, de acuerdo con los objetivos de máxima eficiencia y calidad en la prestación de los servicios, preverá los mecanismos necesarios que garanticen la optimización y coordinación de los recursos para asegurar la atención quirúrgica en un plazo que no suponga un menoscabo para la calidad de vida de los pacientes.

2. La Administración Sanitaria impulsará la puesta en marcha de una serie de medidas para la mejora de la gestión de las listas de espera quirúrgica, entre las que se incluirá el análisis y la difusión sistemática de

la información sobre listas de espera, el uso de criterios de priorización consensuados, la revisión periódica de la situación de los pacientes en espera, la utilización plena de todos los recursos sanitarios del sistema sanitario aragonés y la optimación de todos los mecanismos administrativos implicados en la gestión de las listas de espera.

3. Entre las medidas se encuentra la oferta en cualquier centro sanitario público o concertado de entre los del Sistema de Salud de Aragón. Para ello pondrá a disposición de los ciudadanos información sobre los tiempos de espera para la atención quirúrgica en los distintos centros y servicios del Sistema Nacional de Salud”.

Quinta.- Con respecto al Registro de Demanda Quirúrgica, el artículo 10 del Decreto Autonómico establece que,

“1. Se crea el Registro de Demanda Quirúrgica de Aragón para el control y la gestión de la demanda de intervenciones quirúrgicas programadas. Este Registro será único, si bien su gestión se llevará a cabo de manera descentralizada para cada uno de los centros hospitalarios del Sistema de Salud de Aragón y, en su caso, por los centros concertados.

2. En el Registro de Demanda Quirúrgica se incluirán todos los pacientes que se encuentren pendientes de un procedimiento quirúrgico no urgente en cualquier Centro del Sistema de Salud de Aragón.

3. El Registro de Demanda Quirúrgica del Sistema de Salud de Aragón queda adscrito al Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón.

...”

Sexta.- Este Decreto fue publicado en el Boletín Oficial de Aragón el 29 de abril de 2003, y entró en vigor a los veinte días de su publicación en el mismo, estableciéndose en su Disposición Transitoria Tercera que la garantía de plazos máximos de respuesta quirúrgica se desarrollaría de forma progresiva, para adecuar la estructura organizativa de los centros sanitarios al cumplimiento de este derecho, de forma que dicho plazo quedase garantizado a los doce meses, por lo que el pasado 11 de

junio comenzó a aplicarse incluyendo tiempos para las patologías que figuran en el Anexo de dicho Decreto; cirugía cardíaca, cataratas, artrosis de cadera y rodilla y neoplasias.

Pese a que dicha norma tiene como uno de sus objetivos garantizar tiempos de espera también para los demás procesos, las patologías que estamos tratando –hipertrofia mamaria e implante mamario- no están contempladas en tales previsiones del ANEXO, por lo que su aplicación no va a solucionar los supuestos planteados ante el Justicia, ni va a eliminar el problemas de esas pacientes que llevan años en lista de espera sin ser intervenidas, ya que siempre habrá supuestos de mayor urgencia que se considerarán prioritarios.

Séptima.- *Constatado el problema existente en este Servicio se han de adoptar las medidas precisas para tratar de solucionarlo, medidas que los organismos competentes habrán de valorar y ponderar, existiendo la posibilidad de contratar a un especialista por exceso y acumulo de tareas, la concertación externa y la autoconcertación, así como cualesquiera otras que se estimen adecuadas para dar una respuesta satisfactoria a esta situación.*

III.- RESOLUCIÓN.

Por todo lo expuesto, y en uso de las facultades que me confiere la Ley 4/1985, de 27 de Junio, reguladora del Justicia de Aragón, considero conveniente sugerirle lo siguiente:

Que se adopten las medidas necesarias para que puedan ser llevadas a cabo también las intervenciones de cirugía mamaria en supuestos como los planteados, en los que existe un problema de hipertrofia mamaria y de implante de mama, a fin de evitar la aparición de complicaciones que impliquen menoscabo para la salud y la calidad de vida de las afectadas.”

El Departamento Autonómico decidió aceptar la Sugerencia señalando que en los próximos meses iban a recoger en su cartera de servicios los procedimientos y técnicas de reducción mamaria, regular las indicaciones de dichos procedimientos,

incluyendo como indicaciones aquellas que tenían repercusiones orgánicas y revisar las pacientes en lista de espera según criterio de indicación, acelerando el tratamiento de aquéllas pacientes que cumplieran las indicaciones reguladas.

Resolución sobre la necesidad de contratar personal de pediatría para los fines de semana en los Centros de Salud de Huesca. EXPTE: 504/2004-9.

“I.- HECHOS.

Primero.- *En su día tuvo entrada en esta Institución un escrito de queja que quedó registrado con el número de referencia arriba expresado, al que ruego haga mención en ulteriores contactos que llegue a tener con nosotros.*

Segundo.- *En el referido escrito de queja se aludía a los problemas que se generaban los fines de semana en la localidad de Huesca en los servicios de pediatría.*

Concretamente, se hacía constar que desde el viernes al mediodía hasta el lunes por la mañana, en el servicio público de salud únicamente había un Pediatra para la localidad de Huesca y su provincia.

Así, se señalaba que “esto nos coloca a los padres en la siguiente situación: ante cualquier accidente o enfermedad de nuestros hijos en fin de semana debemos trasladarlo al Hospital San Jorge por el servicio de urgencias, y tras la espera propia de este servicio, nuestros hijos son examinados por un residente, que si lo considera oportuno, avisa al único pediatra que está en planta de guardia para que visite al niño.

Dada la frecuencia con la que se plantean estas situaciones, es general la opinión de los padres, que Huesca requiere más pediatras de guardia y además ubicarlos en los Centros de Salud que resulten más cercanos y adecuados para atender a los niños, de forma que sólo los casos que precisen una atención más especializada de pruebas médicas o de hospitalización sean los que se deriven al Hospital de San Jorge”.

Tercero.- *En cumplida atención a nuestra petición de informe se nos proporcionó un escrito en los siguientes términos:*

“El Decreto 59/1997, de 29 de Abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Aragón, es la normativa que regula las líneas generales de organización de servicios, funciones, horarios, actividades, etc. De los Centros de Salud en nuestra Comunidad Autónoma, hace referencia a la prestación de servicios sanitarios en Atención Primaria. En el artículo 40 se establecen dos tipos de atención sanitaria; servicios básicos y atención continuada, correspondido esta última a la atención sanitaria que se desarrolla durante los fines de semana (desde el viernes a las cinco de la tarde hasta el lunes siguiente a las nueve de la mañana) además de los días festivos.

En el ámbito asistencial de la atención continuada, un primer nivel está cubierto siempre por médicos de familia, para todas las especialidades, tanto en el entorno urbano como e el rural, con plena capacidad de resolución de los problemas de salud de la Atención Primaria, quedando siempre a criterio de los profesionales la derivación de la Atención Especializada (Urgencias del Hospital de referencia) de aquellos pacientes o situaciones que por su mayor complejidad, idiosincrasia o gravedad así lo sugieran.

En la ciudad de Huesca, la atención continuada en sábado desde las nueve de la mañana hasta las tres de la tarde se lleva a cabo en los tres centros de salud existentes (“Santo Grial”, “Perpetuo Socorro” y “Pirineos”), atendiendo cada uno a los usuarios propios de su zona de salud predominantemente buscando así una mejor organización asistencial y una priorización de la atención sanitaria a los procesos más urgentes y a los pacientes más próximos. A partir de esa hora y hasta las nueve de la mañana del lunes, esta atención sanitaria se centraliza en el Punto de Atención Continuada (P.A.C.) de Huesca.

Concretamente y lo que al Servicio de Pediatría se refiere, la inmensa mayoría de las urgencias pueden ser resueltas por los médicos

de familia, quedando siempre la posibilidad, si es el caso, de valorar al niño en el Servicio de Urgencias Hospitalario.

Para analizar la supuesta necesidad de incrementar el número de pediatras los fines de semana en Huesca, como se demanda en el escrito de queja presentado ante esa Institución, se ha realizado un estudio sobre los datos cuantitativos de las urgencias atendidas en el Hospital San Jorge durante el año 2003. En este sentido, resulta que de las 32.587 urgencias recibidas en ese Centro, 5.325, el 16,3%, fueron de pacientes en edad pediátrica (grupo de edad de 0 a 14 años) y de ellas 3.963 fueron atendidas por el Servicio de Pediatría y el resto, 1.362, por otras especialidades, es decir, el número de pacientes que acuden cada día al Servicio de Urgencias de este Hospital es de 89 pacientes de los que 14,5 son niños y de ellos, por término medio, sólo 10,8 son atendidos por los pediatras de guardia.

Analizados estos datos los fines de semana (sábados y domingos) del año 2003, nos encontramos que acudieron al Servicio de Urgencias del Centro Hospitalario 18,75 niños/día, de los que solo un porcentaje similar al señalado anteriormente requirieron asistencia por parte del pediatra de guardia.

En resumen, la media de pacientes en edad pediátrica que acudieron con carácter urgente al Hospital San Jorge durante el año 2.003 fue de 14,5 al día y de ellos 10,8 los atendió el pediatra de guardia. Estos datos durante los fines de semana son 18,75 niños/día de los que se estima 15,3 son atendidos por pediatras de guardia, es decir aproximadamente durante el fin de semana acuden cuatro niños más por término medio.

A la vista de todo ello, se llega a la conclusión de que actualmente, no existe un aumento objetivo de demanda suficiente durante los fines de semana que pueda justificar el incremento de pediatras de guardia en el Sector de Huesca, sin perjuicio de que este Organismo Autónomo esté informado en todo momento para tomar las medidas si el volumen de demanda hicieran necesario el incremento de estos especialistas.”

Cuarto.- *Del examen de la documentación proporcionada se constató que sería preciso ampliar algunos aspectos de la misma para poder llegar a una decisión en cuanto al fondo del expediente interesando, en particular, que se nos manifestara si resultaría posible, una vez atendidas las necesidades asistenciales, proceder de forma progresiva a instaurar turnos de atención continuada de personal de pediatría en alguno de los Centros de Salud de Huesca.*

Quinto.- *En atención a este nuevo requerimiento ponen en nuestro conocimiento lo siguiente:*

“Efectivamente, al amparo del artículo 44.1 del Decreto 59/1997, de 29 de Abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Aragón, “Atendidas las necesidades asistenciales, deberá procederse de forma progresiva e instaurar turnos de atención continuada de personal de Pediatría en todos aquellos Centros de Salud en los que su estructura física y dotación de recursos así lo permita”.

En principio y con carácter general y común a toda la Comunidad Autónoma de Aragón, existe un grave problema a la hora de contratar facultativos de Pediatría, dada la carencia de profesionales disponibles, hasta llegar a darse la circunstancia de que son numerosos los Sectores Sanitarios que poseen plazas vacantes dotadas en plantilla y no cubiertas por ningún profesional.

En el caso concreto de la localidad de Huesca y provincia conviene señalar que esa falta de disponibilidad de facultativos se agrava y no resulta factible asumir con perspectivas de continuidad la propuesta planteada por su Institución.

Por esta misma razón, el Servicio Aragonés de Salud no ha dispuesto con carácter normativo la exigencia de cobertura con personal de Pediatría en horario de atención continuada, existiendo únicamente profesionales que prestan dichos servicios en turno matutino de los sábados en algunos Sectores de Zaragoza perteneciendo a los propios Equipos de Atención Primaria o bien siendo contratados al efecto”.

II.- CONSIDERACIONES JURÍDICAS.

Primera.- De los datos estadísticos de los últimos años, se constata un considerable incremento de la natalidad, significativo en el año 2004, lo que implica que las necesidades asistenciales a los niños en edad pediátrica (de 0 a 14 años) vayan en aumento progresivo en nuestra Comunidad Autónoma de Aragón.

Segunda.- Esta Institución es consciente de las dificultades para contratar facultativos especialistas en pediatría, pero ya han sido varias las ocasiones en las que se ha denunciado la falta de especialistas pediátricos existentes en la provincia de Huesca, lo que conlleva que, en ocasiones, los niños hayan de trasladarse a la localidad de Zaragoza para ser atendidos.

Tercera.- Ya pusimos de manifiesto en la ampliación de información llevada a cabo desde la Institución que represento y el propio Departamento Autonómico en la contestación proporcionada, que el artículo 44.1 del Decreto 59/1997, de 29 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria, establece que,

“..Atendidas las necesidades asistenciales, deberá procederse de forma progresiva a instaurar turnos de atención continuada de personal de Pediatría, en todos aquellos Centros de Salud en los que la estructura física y dotación de recursos humanos lo permitan”.

Cuarta.- Sin perjuicio de lo anterior, esta Institución asume los esfuerzos que de forma continua realizan y llevan a cabo los servicios competentes de la Administración Autonómica en aras a la consecución de la contratación de Facultativos en esa especialidad, y de las trabas existentes para su consecución. Por ello, y aún siendo conscientes de las dificultades aludidas, el propio artículo 12 de la Ley General de Sanidad establece que,

“Los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de

acceso a los Servicios Sanitarios Públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución”.

De otra parte, en el artículo 2 de la Ley de 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, se prevé que los principios rectores en los que se inspira dicha Ley son, entre otros, la universalización de la atención sanitaria, garantizando la igualdad en las condiciones de acceso a los servicios y actuaciones sanitarias y la equidad en la asignación de recursos, la consecución de una calidad permanente en los servicios y prestaciones para lograr la máxima eficacia y eficiencia en la asignación, utilización y gestión de los recursos, así como la satisfacción de los usuarios; ostentando, todos los titulares a que se refiere este artículo, el derecho a una atención sanitaria adecuada a las necesidades individuales y colectivas, de conformidad con lo previsto sobre prestaciones en esta ley, orientada a conseguir la recuperación, dentro de la mayor confortabilidad, del modo más rápido y con la menor lesividad posible, de las funciones biológicas, psicológicas y sociales.

Asimismo, el artículo 23 de la precitada Ley dispone que todos los recursos sanitarios, sin perjuicio de sus propias y específicas tareas y responsabilidades, deberán orientar sus actividades con el fin de asegurar la efectividad, eficiencia y calidad en la prestación de los servicios.

Por último, el artículo 30 de la Ley aragonesa estatuye que el Sistema de Salud de Aragón, mediante los recursos y medios que dispone, llevará a cabo la mejora continua de la calidad en todo el proceso asistencial.

III.- RESOLUCIÓN.

Por todo lo expuesto, y en uso de las facultades que me confiere la Ley 4/1985, de 27 de Junio, reguladora del Justicia de Aragón, considero conveniente sugerirle lo siguiente:

Que el Servicio Aragonés de Salud trate de buscar las fórmulas que permitan, a la vista del continuado repunte de la natalidad implicando un aumento de las necesidades asistenciales en esta especialidad, proceder de forma progresiva a instaurar turnos de atención continuada de

personal de Pediatría en alguno de los Centros de la localidad de Huesca; para dotar de contenido efectivo a las prevenciones insitas en los preceptos citados, al objeto de garantizar, corrigiendo posibles desigualdades territoriales, la igualdad de acceso a los servicios y actuaciones sanitarias.”

Esta Sugerencia fue aceptada.

2.5. AÑO 2005

De entre las 161 quejas tramitadas, 38 hacían referencia a la lista de espera; sin perjuicio de las consideraciones anteriormente efectuadas en relación a quejas por reintegro de gastos sanitarios que también ahora son aplicables.

Durante este último año las quejas presentadas sobre listas de espera se refieren en igual medida a intervenciones quirúrgicas, a la realización de pruebas diagnósticas y a la citación para facultativos especialistas.

Respecto a las intervenciones quirúrgicas se detectó que, pese a la aceptación de la sugerencia en el año 2004, el problema del dilatado tiempo de espera para las intervenciones de reducción mamaria continuaba sin resolverse, habiéndose presentado nuevos escritos de pacientes que denunciaban esperas de hasta cuatro años.

No obstante lo anterior, en el mes de enero de 2006, al interesarnos nuevamente por este tema, el Departamento de Salud y Consumo nos proporcionó un informe en los siguientes términos:

“Efectivamente, después de consultar y consensuar con las Sociedades Científicas Aragonesas de Cirugía General, de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora y de Ginecología y Obstetricia, el Departamento de Salud y Consumo tiene previsto establecer en el mes

de enero la regulación sobre la intervención quirúrgica de reducción mamaria (mamoplastia de reducción) para el tratamiento de hipertrofia desproporcionada de las mamas, esta regulación establece los siguientes criterios:

Reconocimiento de la intervención dentro de la cartera de servicios del Sistema de Salud de Aragón.

Criterios técnicos de actuación sobre los siguientes aspectos.

-Criterios de inclusión.

-Situaciones especiales.

-Contraindicaciones.

-Circuito asistencial.

-Elección de técnica quirúrgica.

-Protocolos de actuación y requisitos en los centros.

Hospitales de referencia

Igualmente, durante el primer trimestre de 2006 se citarán a consulta, una vez regulada la prestación, a todas las pacientes que permanecen en espera de la intervención y que en este en el momento son 181 en el Hospital Universitario Miguel Servet y 100 en el Hospital Clínico Universitario. A todas estas pacientes se les revisará su estado clínico y la pertinencia de la indicación siendo programadas sus intervenciones en los próximos meses.

A los efectos de asegurar la máxima rapidez en la atención de estas demandas el Departamento de Salud y Consumo contará con todo tipo de recursos públicos y privados concertados acreditados en Aragón para este tipo de intervención”.

Otra intervención objeto de queja frecuente es la de cirugía bariátrica con tiempos de espera de 2 a 5 años. El informe proporcionado por la Diputación General de Aragón fue el siguiente:

“Las intervenciones de cirugía bariátrica están reguladas en Aragón por la Orden de 24 de enero de 2005, del Departamento de Salud y

Consumo, por (a que se regula la Cirugía Bariátrica en la Comunidad Autónoma de Aragón (BOA nº 15 de 2 de febrero de 2005), en la que se recoge el derecho a la prestación, las indicaciones clínicas, las técnicas autorizadas y los criterios de acreditación para que los hospitales públicos y privados puedan realizar este tipo de intervenciones.

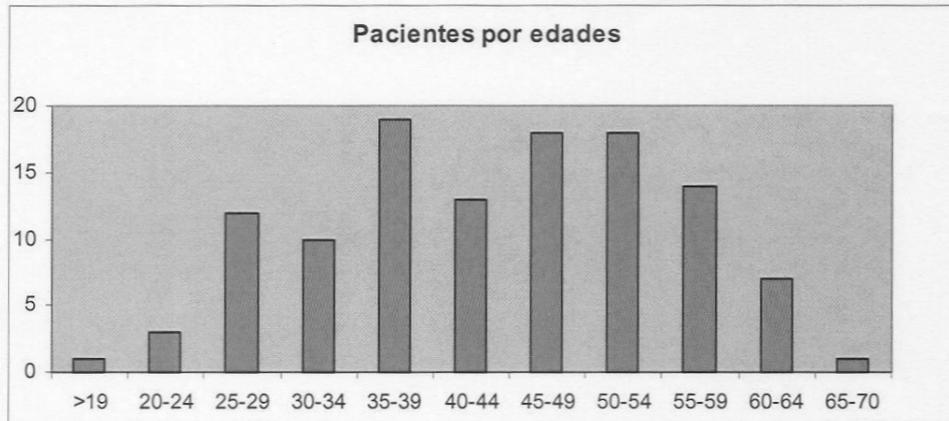
En la citada Orden se constituye la Comisión de Evaluación para la Indicación de Cirugía Bariátrica en Aragón, con el objeto de realizar el seguimiento, evaluación y asesorar al Departamento de Salud en todos aquellos aspectos relacionados con la calidad y obtención de resultados. En esta comisión, de carácter profesional, participan médicos de distintos centros y las sociedades médicas de las especialidades relacionadas con este procedimiento, así como un representante de las Asociaciones de Consumidores y Usuarios, estando también prevista la posibilidad de contar con asesoramiento de otros profesionales.

A través de la Resolución de 2 de marzo de 2005, de la Dirección General de Planificación y Aseguramiento, por la que se determinan los Servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Sistema Público de Salud de Aragón acreditados para la realización de Cirugía Bariátrica y se realiza su ordenación, se acreditaron para diversas técnicas de cirugía bariátrica los siguientes hospitales: Hospital Clínico Universitario, Hospital Universitario Miguel Servet, Hospital Royo Villanova y Hospital Obispo Polanco. Estos Hospitales son considerados de referencia para una u otra técnica para los diversos Sectores de Salud. Además han solicitado y están actualmente tramitándose la acreditación para la realización de estas técnicas la Clínica Quirón y la Clínica Montpellier.

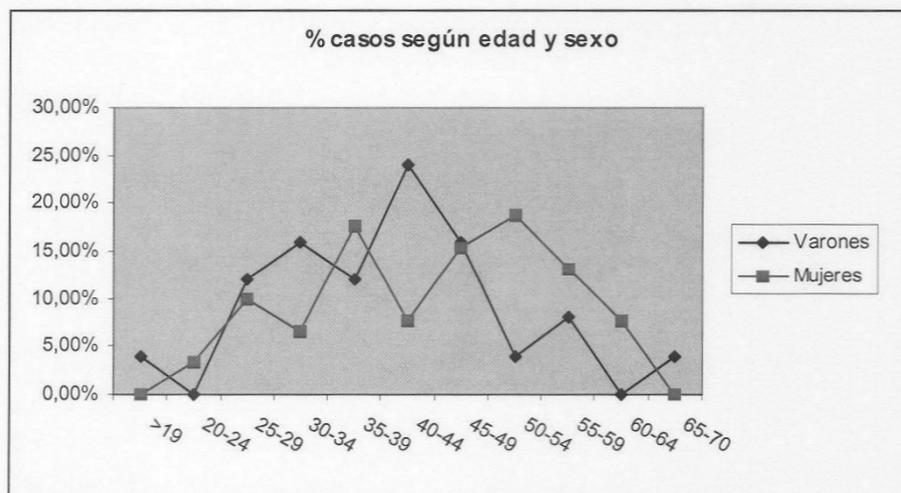
Anualmente se realiza una evaluación de las intervenciones realizadas, en el informe del 2004 se recogen, entre otros, los siguientes datos:

Durante el 2004 se intervinieron 116 personas con la siguiente distribución por edad y sexo y hospital:

Edad: La media de los pacientes intervenidos es de 43,77 años, con un rango de edad que oscila entre los 19 y los 74 años.

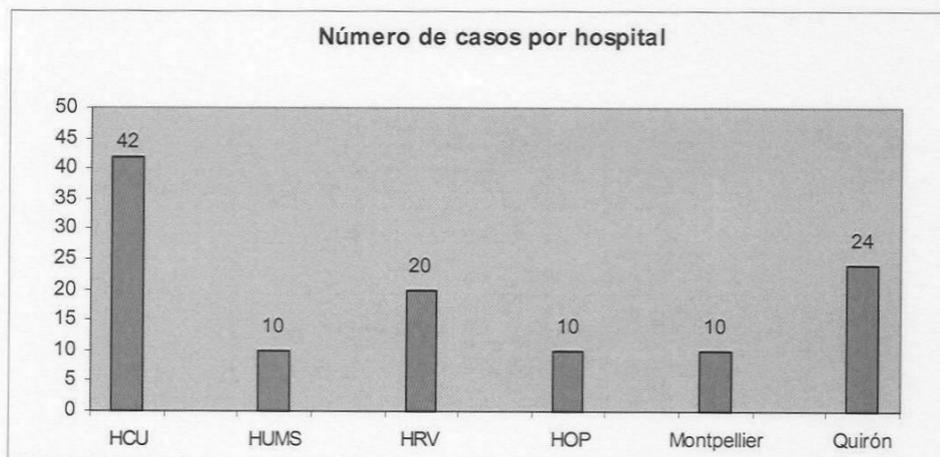


Sexo. En el 78% de los casos, el paciente intervenido es una mujer. A continuación puede consultarse el gráfico de pacientes intervenidos según edad y sexo. Se observa que entre las mujeres, los grupos más numerosos son (os correspondientes a las edades de 35-39 años y 50-54 años. Sin embargo entre los hombres, el grupo más numeroso es el que incluye los 40-44 años.



Distribución por hospital: las intervenciones para el tratamiento quirúrgico de la Obesidad Mórbida se realizan en 6 hospitales de la Comunidad Autónoma, ninguno de ellos está situado en la provincia de Huesca. Del conjunto, dos —las Clínicas Montpellier y Quirón con el 9 y 21% de las intervenciones- corresponden al ámbito privado. Entre los hospitales públicos, el Hospital Clínico Universitario, con 42 intervenciones —el 36%- es el centro que más ha realizado. Le siguen en frecuencia el Hospital Royo Villanova (17%), y el Hospital Universitario Miguel Servet (9%) y el Hospital Obispo Polanco (9%).

A continuación, en las siguientes tablas y gráfico, información desglosada por hospital.



La procedencia de los pacientes es principalmente de la Comunidad Autónoma dragón (89,66%). A continuación se muestra la distribución por provincias de procedencia y centro en el que se han realizado las intervenciones:

	HCU	HUMS	HRV	HOP	Montpellier	Quirón	TOTALES	% Total
HUESCA	1	3	0	0	0	2	6	5,17%
TERUEL	1	0	1	9	1	0	12	10,34%
ZARAGOZA	32	7	19	0	8	20	86	74,14%
TOTAL ARAGON	34	10	20	9	9	22	104	89,66%

Del resto de los casos, la mayoría proceden de la Comunidad Autónoma de La Rioja (9 casos), y el resto (1 por Comunidad Autónoma) proceden de Castilla- León, Navarra y Comunidad Valenciana, tal y como se muestra en la siguiente tabla:

	HCU	HUMS	HRV	HOP	Montpellier	Quirón	TOTALES	% Total
C.A. LA RIOJA	7	0	0	0	1	1	9	7,76%
CASTILLA-LEON (SORIA)	1	0	0	0	0	0	1	0,86%
NAVARRA	0	0	0	0	0	1	1	0,86%
C.A. VALENCIA (CASTELLON)	0	0	0	1	0	0	1	0,86%
TOTAL FUERA DE ARAGON	8	0	0	1	1	2	12	10,34%

Igualmente el informe aporta datos de resultados y técnicas utilizadas. También el informe recoge el nivel de satisfacción de los usuarios con los siguientes resultados:

“Número de pacientes encuestados: 95

En el marco del estudio, se ha realizado por entrevista telefónica a 95 pacientes con el paciente, formulando la siguiente pregunta “¿Su estado de salud actual es el que usted esperaba después de ser intervenido?”.

En conjunto, el valor medio (con valores posibles de 1 a 5) de las respuestas obtenidas es 3,95, con un 65% de los pacientes entrevistados que responde con la máxima valoración.

Por lo tanto la Cirugía Bariátrica se encuentra perfectamente reconocida, regulada y evaluada en el Sistema de Salud de Aragón.

Por otra parte, los tiempos de espera para este tipo de intervención no se recogen en la información de demanda quirúrgica al no estar incluida en la regulación que el Ministerio de Sanidad y Consumo ha establecido con carácter general para el Sistema Nacional de Salud.

Sin embargo, es cierto que para este tipo de intervención existen unos tiempos de espera prolongados en Aragón y en el resto de las Comunidades Autónomas. Las razones de los mismos se deben a la complejidad de las intervenciones, ya que se requieren profesionales y equipamientos específicos, y también al hecho de que al ser una técnica

de reciente incorporación es demandada por pacientes que vienen padeciendo este problema de salud desde hace mucho tiempo, no interviniéndose sólo casos de nueva aparición sino también todos aquellos pacientes con este tipo de diagnóstico realizado en los últimos años.

En los próximos meses la Comisión encargada del seguimiento de estos procedimientos realizará una propuesta al Departamento de Salud para disminuir y adecuar los tiempos de espera.”

En cuanto a las pruebas diagnósticas, las quejas implican tanto a centros hospitalarios como a Centros de Especialidades y son muy variadas: TAC, resonancias, colonoscopias, densitometrías... Algunas de ellas se refieren ya no a la espera para la práctica de una prueba sino más bien al dilatado tiempo transcurrido para recoger los resultados de la misma.

Normalmente estos expedientes se cierran por solución al comunicar la Administración que se ha llevado a cabo la práctica de la prueba.

Respecto a la prueba de colonoscopia se nos indicó que el Hospital Universitario Miguel Servet, consciente de la problemática denunciada, viene acometiendo una serie de actuaciones en orden a garantizar una adecuada asistencia sanitaria y evitar que se vuelvan a producir situaciones como las padecidas por el presentador de un escrito, que denunciaba el hecho de haber sido ingresado con el fin de practicarle dicha prueba y habiendo transcurrido diez días todavía no se la habían realizado, con el consiguiente gasto que ello suponía. Entre las medidas adoptadas por parte del citado Hospital se señala que está a punto de concluir un acuerdo con una empresa de endoscopios para que, en todo momento, se pueda disponer de 7 colonoscopios en funcionamiento, suponiendo esta medida una mejora en la dotación de colonoscopios que, se reconoce, en estos momentos no es adecuada a la demanda y necesidades actuales. En segundo lugar, se está ampliando el horario para la práctica de colonoscopia a todas las tardes y recientemente se ha añadido el viernes, día en el que no había actividad

endoscópica vespertina. Así mismo se está tratando de modificar la proporción colonoscopia ambulante y hospitalizada en favor de esta última. Por último y a más largo plazo, se han iniciado las obras donde se reubicará una nueva Unidad de Endoscopia Digestiva con mayor capacidad de trabajo. A la vista de todas las medidas expuestas se acordó el archivo del expediente en vías de solución.

Idéntica conclusión han merecido la mayoría de los expedientes relativos a variados problemas planteados sobre tiempos de espera en distintos Centros Médicos, en los que se nos informó de la adopción de concretas medidas relativas a un incremento de medios y/o la optimización de los recursos ya existentes:

Así, en relación al Centro de Salud Picarral, atendiendo al incremento de la población, se produjo la incorporación de un nuevo facultativo, que en la actualidad tenía asignados tan solo 750 pacientes puesto que, aun cuando a los usuarios se les ofrece la posibilidad de cambiar de médico de familia para intentar descongestionar las consultas de los médicos más saturados, son pocos los que voluntariamente optan por esta decisión, lo que dificulta compatibilizar el derecho a la libre elección de médico de familia y ofrecer al mismo tiempo una asistencia sin ningún tipo de demora.

Asimismo, en el caso concreto de la Zona Básica del Picarral, se nos informó de que el crecimiento de la población, los cambios en su estructura, y la disponibilidad de espacio físico para implantar nuevas consultas en el Centro de Salud, pueden hacer prever la necesidad de instaurar a medio plazo consultas en horario de tarde. En este sentido es de especial importancia que la Administración pueda llegar a conocer la opinión de la población adscrita a la Zona Básica de Salud de Zalfonada-Picarral, a través de sus órganos de participación ciudadana (Consejo de Salud de Zona), para promover cambios en los horarios de consulta del Centro de Salud Picarral, puesto que dicha decisión podría suponer una reorganización de la oferta actual.

En cuanto a la Zona Básica de Salud de Arrabal se planteó por un ciudadano la posibilidad de ampliar la jornada en horario de tarde en relación al Centro de Especialidades “Grande Covian”, indicándonos que dicha decisión podría suponer una reorganización de la oferta actual y no solo una ampliación del horario de consultas.

En ocasiones se ha conseguido una mayor agilización mediante la simplificación de trámites. Ciertas especialidades con consultas externas tanto en el Hospital General como en Hospital Infantil, así como ciertas pruebas complementarias, no son de acceso directo desde Atención Primaria; en estos casos el paciente antes de ser remitido a las consultas de los citados Hospitales debe ser valorado por el facultativo de referencia del Centro Médico de Especialidades, lo que supone en ocasiones una duplicidad de trámites que favorece la dilación en la atención final del paciente. Por ello, durante el periodo 2004-05, se ha implantado la posibilidad de que el médico de familia solicite algunas exploraciones directamente para los pacientes adultos que cumplen los criterios predeterminados en el contexto de aplicación de los protocolos o guías de práctica clínica de referencia. Y para el año 2006 se nos informa de que se podría habilitar la solicitud directa desde Atención Primaria a algunas Consultas del Hospital Infantil, para problemas de salud concretos y en determinados grupos de edad, en el contexto de la aplicación de protocolos o guías de práctica clínica debidamente acreditadas y consensuadas por ambos niveles asistenciales.

También se nos ha manifestado la preocupación por el incremento de pacientes en el Centro de Salud Romareda, correlativo a la construcción de nuevas viviendas en la zona, por lo que se solicitó información sobre las previsiones de incremento de medios personales y materiales para dicho Centro, señalando el Departamento de Salud y Consumo que, aun cuando las características socio-demográficas de esta Zona de Salud –población más joven y con un nivel socioeconómico alto- son generalmente reconocidas como condicionantes de un menor consumo y utilización de recursos sanitarios públicos, se han llevado a cabo previsiones de incremento de medios personales y materiales en el siguiente

sentido: El Equipo de Atención Primaria (EAP) ha sido priorizado para incrementar su plantilla con una plaza de médico de familia, lo que quizá podría resolverse con la aplicación del Plan Parcial de Reordenación de Médicos de Atención Primaria, antes de finalizar el presente año. Y respecto a la mejora de medios materiales, este EAP es uno de los 11 Centros de Salud seleccionados para ser informatizados al completo, tanto en el área de admisión como en la de consultas, fase de informatización de 11 Centros que estiman finalizar en junio de 2006.

Asimismo, a la vista de la demora denunciada en la consulta de Neurología del CME "San José" se nos informó de que el Equipo Directivo del Hospital Universitario "Miguel Servet" tiene previsto reducir al máximo la demora existente en la consulta de Neurología del C.M.E "San José" mediante la puesta en servicio de una nueva consulta de Neurología en el citado centro.

2.6. AÑO 2006

Durante el primer trimestre el presente ejercicio anual, se han presentado 48 quejas en materia sanitaria, de las que 11 se refieren a listas de espera.

Resaltan, por su número, las relativas a retrasos en intervenciones quirúrgicas, destacando varias de ellas en las que, además del componente sanitario, coexisten connotaciones de índole social y personal ya que, con motivo de la lista de espera, hay pacientes que, debido a sus limitaciones y a su reducción de la capacidad laboral mientras no sean intervenidos, ven considerablemente reducidos sus ingresos económicos y muy deteriorado su estado anímico.

En lo atinente a las intervenciones de cirugía bariátrica, a las que ya se hizo mención en el año anterior, la Comisión Encargada del seguimiento de estos procedimientos ya había anunciado que realizaría una propuesta al Departamento de Salud y Consumo de la Diputación General de Aragón para disminuir y adecuar los tiempos de espera. Y consecuentemente con lo anterior, en el mes de marzo de 2006 se ha remitido un informe a esta Institución en el que se hace constar que el

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Royo Villanova, tras acuerdo interno, se compromete a programar de 40 a 50 pacientes de obesidad mórbida para cirugía laparoscópica durante el año 2006, sin alterar el actual organigrama de quirófanos desde el momento en que se les facilite el instrumental necesario para duplicar quirófanos de cirugía laparoscópica avanzada y, en breve plazo, el aparataje adecuado para ello (videolaparoscopio, fuente de luz, monitor y carro de transporte).

3. MARCO JURIDICO

Nuestra Constitución reconoce el derecho a la protección de la salud en su artículo 43.1 y encomienda a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios –art. 43.2- así como mantener un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad –art. 41-.

Son numerosos los pronunciamientos doctrinales sobre el derecho que contiene el artículo 43 de la Carta Magna sosteniendo el reconocimiento de un derecho subjetivo a la salud, dentro de los niveles de protección del servicio público encomendado al Estado, con carácter normativo plenamente eficaz y que puede aplicarse sin intermediación de la ley.

Por otra parte, el título VIII de la Constitución diseñó una nueva organización territorial del Estado que posibilitaba a las Comunidades Autónomas la asunción de competencias en materia de sanidad dentro del marco constitucional: la garantía de la uniformidad de las condiciones básicas en el ejercicio de los derechos, la unidad de mercado y la afectación de los intereses que exceden del ámbito autonómico son, según nuestro Tribunal Constitucional, límites que han de hacerse presentes. El Estado se reserva competencia exclusiva sobre sanidad exterior, bases y coordinación general de la sanidad, legislación sobre productos farmacéuticos; así como la legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por parte de las Comunidades Autónomas.

En respuesta y desarrollo a las previsiones constitucionales la Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad, estableció los principios rectores que han permitido configurar el Sistema Nacional de Salud, entendido como conjunto de los

Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, en torno a los principios básicos de universalidad, igualdad y participación, atención integral a la salud y descentralización política, regulando un marco sobre el que desarrollar la descentralización de la Sanidad y estableciendo los instrumentos precisos para la coordinación e integración de los distintos servicios públicos sanitarios en su función vertebradora y estructurante del conjunto de sector normativo de la Sanidad.

En este marco y a lo largo de más de dos décadas, se ha ido produciendo el proceso de descentralización de la Sanidad Española previsto en la Constitución y los respectivos Estatutos de Autonomía que para nuestra Comunidad culminó mediante Real Decreto 1475/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Aragón de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, que aprueba el Acuerdo de la Comisión Mixta de Transferencias adoptado en el Pleno de dicha Comisión en su reunión de 26 de diciembre de 2001, por el que se traspasan a la Comunidad Autónoma de Aragón las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, así como los bienes, derechos y obligaciones, el personal y los créditos presupuestarios, asumiendo por tanto la Administración Autonómica y, en particular, el Servicio Aragonés de Salud, la responsabilidad en la gestión de la asistencia sanitaria en el ámbito territorial de Aragón, con efectividad desde el 1 de enero de 2002.

Continuando en el ámbito estatal, una vez culminado el proceso de transferencias del INSALUD a las CCAA se hizo patente la necesidad de un nuevo instrumento legal con el fin de reformular los instrumentos de coordinación y cohesión de un sistema sanitario ya totalmente descentralizado, promulgándose la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que descansa en los mismos principios generales ya enunciados en la Ley General de Sanidad: carácter público, universal e integral de un sistema presidido en condiciones de igualdad, efectividad y calidad, además de la necesaria coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias para la superación de las desigualdades en materia de salud, igualdad de oportunidades y libre circulación de

profesionales y colaboración entre los servicios públicos y privados en la prestación de servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

El Estatuto de Autonomía de Aragón regula el marco competencial de nuestra Comunidad en materia sanitaria, arrogándose competencia exclusiva sobre sanidad e higiene –art. 35.1.40- y sobre ordenación farmacéutica, sin perjuicio de lo dispuesto en el art. 149.1.16 de la Constitución. –art. 35.1.41-. En el ejercicio de estas competencias le corresponde la potestad legislativa, la reglamentaria y la función ejecutiva. Asimismo, corresponde a la Comunidad Autónoma de Aragón la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, de acuerdo con lo previsto en el artículo 149.1.17 de la Constitución, reservándose el Estado la alta inspección.

En desarrollo de esta previsión estatutaria la Ley 6/2002, de 15 de Abril, de Salud de Aragón, prevé la ordenación del conjunto de acciones que, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud sancionado en nuestra Constitución, de acuerdo con los reiterados principios de igualdad, equidad, solidaridad e integración de los servicios sanitarios, junto con los criterios de eficacia, eficiencia y racionalización en la gestión y calidad en la prestación de los servicios.

Esta ley recoge expresamente el derecho de los ciudadanos a una atención sanitaria adecuada a las necesidades individuales y colectivas, orientada a conseguir la recuperación, del modo más rápido y con la menor lesividad posible, de las funciones biológicas, psicológicas y sociales. En garantía a estos derechos establece asimismo que la Administración sanitaria de Aragón garantizará a la población información suficiente, adecuada y comprensible sobre sus derechos y deberes; garantizará a la ciudadanía el pleno ejercicio del régimen de derechos y deberes recogidos en la ley, para lo que establecerá reglamentariamente el alcance y contenido específico de sus condiciones; y proporcionará información pública de cada área sobre indicadores de calidad de los servicios, cobertura de programas, listas de espera y eficiencia de los procesos en el Sistema de Salud de Aragón.

En el ámbito de la sanidad hay que mencionar también las siguientes Leyes de las Cortes de Aragón: Ley 5/1986, de 17 de noviembre, de Salud Escolar; Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud; Ley 4/1999, de 25 de marzo, de Ordenación Farmacéutica y Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias. Otros textos legales que, no refiriéndose específicamente a la sanidad, inciden sobre algún aspecto de la misma son la Ley 8/1997, de 30 de octubre, del Estatuto del Consumidor y Usuario de la Comunidad Autónoma de Aragón, que regula la protección de la salud de los consumidores, y la Ley 12/2002, de 12 de julio, de la Infancia y la Adolescencia en Aragón, que dedica unos preceptos a la protección de la salud de niños y adolescentes.

Un importante paso para la efectividad real de los derechos sancionados lo constituye el Decreto 83/2003, de 29 de Abril, del Gobierno de Aragón, sobre garantía de plazo en la atención quirúrgica en el Sistema de Salud de Aragón, cuyo objeto es establecer unos plazos máximos en la atención quirúrgica en el Sistema de Salud de Aragón con un sistema de garantías que aseguren su cumplimiento, creando el Registro de Demanda Quirúrgica del Sistema de Salud de Aragón.

La garantía de plazos se circunscribe a cinco tipos de patología: cirugía cardiaca –cirugía valvular y cirugía coronaria-, neoplasias –de laringe, de colon y recto, de mama, de vejiga, de próstata, de cervix uterino y de cuerpo de útero-, cataratas, artrosis de cadera y artrosis de columna.

El Decreto sigue el criterio de prioridad clínica para fijar los plazos máximos que establece en seis semanas, tres ó seis meses para la cirugía cardiaca según los criterios de priorización de la Sociedad Española de Cardiología y Sociedad española de Cirugía Cardiovascular; un mes para las neoplasias; y 30 días, seis meses ó 90 días para el resto de patologías dependiendo de que la intervención se califique con prioridad alta, media ó baja.

Transcurridos los plazos máximos previstos sin que se haya efectuado la correspondiente intervención quirúrgica, el paciente podrá requerir el tratamiento en cualquier centro sanitario de su elección, en las condiciones y bajo el procedimiento determinado. El plazo comienza a computarse desde la fecha de inscripción en el Registro de Demanda Quirúrgica del Sistema de Salud de Aragón, creado para la gestión y control de la demanda de intervenciones quirúrgicas programadas y en el que se han de incluir todos los pacientes que se encuentren pendientes de un procedimiento quirúrgico no urgente.

La Disposición Transitoria Tercera de Decreto 83/2003 establecía la necesidad de adecuar, antes del 11 de junio del 2004, la estructura organizativa de los centros sanitarios para el cumplimiento de los derechos recogidos en el mencionado Decreto. A estos efectos, el Departamento de Salud y Consumo elaboró las Instrucciones de 26 de Abril de 2004 para la aplicación del Decreto sobre Garantía de plazo en la atención quirúrgica, a fin de que fueran desarrolladas, implantadas y cumplimentadas por los centros sanitarios del Departamento de Salud antes de la fecha prescrita.

En el ámbito estatal, el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, establece una serie de medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, recogiendo los indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en materia de información sobre listas de espera tanto en consultas externas, intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas o terapéuticas, a fin de alcanzar un tratamiento homogéneo para el conjunto del sistema que permita el análisis y evaluación de sus resultados, garantizando la transparencia y uniformidad en la información facilitada al ciudadano.

Todo ello ha determinado la necesidad de realizar una serie de modificaciones a fin de adaptar el Sistema de Información operante en nuestra Comunidad a los requerimientos del Decreto 83/2003 del Gobierno de Aragón para garantizar plazos máximos en intervenciones quirúrgicas, así como al Real Decreto 605/2003, en el

que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

Además hay un sistema de información que permitirá consultar desde los Servicios Centrales los movimientos diarios de listas de espera, la situación de los pacientes con procesos garantizados y el acceso a las listas de espera desde todos los hospitales públicos de Aragón, desde los centros autorizados.

Cabe mencionar que, con el fin de dar respuesta a las expectativas de los aragoneses en torno a la protección y mejora de su salud, que hoy constituye una de sus principales prioridades, el Gobierno de Aragón elaboró las denominadas Estrategias de Salud, documento que aborda en su Estrategia 4 el tema de la “Atención a tiempo”, al objeto de evitar que el efecto de la espera suponga sufrimiento o riesgos adicionales para el paciente.

Al margen de lo anterior y para concluir la referencia al marco normativo en este ámbito hay que tener en cuenta que, como señala el profesor Pemán Gavín¹, si bien la conexión entre el Derecho y el desarrollo de los conocimientos técnicos y científicos no es por supuesto exclusiva de la Sanidad, no cabe duda de que en el ámbito sanitario dicha conexión resulta patente y aflora con especial intensidad: el progreso técnico y científico abre así incesantemente nuevas posibilidades asistenciales al sistema sanitario público, a la vez que genera nuevos riesgos susceptibles de producir daños de los que el mismo debe responder; se hace necesario regular operaciones novedosas en el campo de la Medicina y de la Biología o adaptar su regulación a las nuevas posibilidades que se abren (trasplantes de órganos y tejidos, reproducción asistida, intervenciones genéticas); y toda la normativa protectora de la salud pública presenta, en fin, un componente de carácter técnico-científico evidente, en la medida en que es el acervo de conocimientos disponibles en un momento determinado el que predetermina sus

¹ J. PEMÁN GAVÍN, “Estudio Introductorio. La legislación sanitaria aragonesa en el contexto del derecho sanitario español”, en Derecho Sanitario Aragonés, estudios sobre el marco jurídico de la sanidad en Aragón (dir. J. M. PEMÁN GAVÍN), Ed. a cargo de Cortes de Aragón, Zaragoza, 2004.

contenidos; un acervo de conocimientos que, por cierto, presenta en muchos casos elementos de duda o incertidumbre que no permiten alcanzar conclusiones seguras, lo que da lugar a frecuentes situaciones en las que los poderes públicos han de actuar conforme a las pautas de prudencia que marca el principio de precaución o también principio de cautela.

4. APROXIMACIÓN AL PROBLEMA

4.1. LOS SISTEMAS SANITARIOS DE LA UNIÓN EUROPEA; EL PROBLEMA DE LAS LISTAS DE ESPERA

Siguiendo en este punto a los profesores Cerdá Tena, de Pablos Escobar y Rodríguez Uría² podemos decir que los sistemas de salud en Europa occidental se alinean en dos grupos:

1. El inspirado en el informe Beveridge de 1942, que formalizó la organización sanitaria adoptada por Suecia en los años 30, estableciendo un Sistema Nacional de Salud, siendo sus rasgos característicos básicos los siguientes:

- Cobertura universal: libre acceso de todos los ciudadanos.
- Financiación vía impuestos: a través de los presupuestos estatales.
- Gestión y control por parte del Gobierno.
- Propiedad estatal de los medios de producción.
- Provisión pública, en su mayoría, de los cuidados de salud.
- La remuneración a los médicos mediante salarios o pagos capitativos.

El Reino Unido, Dinamarca, Italia, Portugal, Finlandia, Suecia, Noruega, Irlanda, Grecia y España cuentan con sistemas sanitarios más o menos cercanos a este modelo.

2. El Sistema de Bismarck, que está inspirado en la legislación social de Alemania de 1883, y que es el sistema tradicionalmente conocido como de Seguridad Social. Este sistema suele presentar, entre otras, las siguientes características:

² E. CERDÁ TENA, L. DE PABLOS ESCOBAR Y M.V. RODRÍGUEZ URÍA, “La gestión de las listas de espera quirúrgica en España”, inv. n° 3/02, ed. a cargo de Instituto de Estudios Fiscales.

- Cobertura universal obligatoria dentro del sistema de Seguridad Social.
- Financiación por contribuciones de empresarios y empleados, a través de un fondo de seguros no gubernamental, sin ánimo de lucro.
- Propiedad pública y privada de los medios de producción.
- Provisión pública y privada de los cuidados de salud.

Cuentan con un Sistema de Seguros: Austria, Bélgica, Francia, Alemania y Países Bajos.

Sin embargo advierten estos autores que ninguno de los dos modelos enunciados se aplica estrictamente. Aunque prevalezcan las características de uno de ellos, recogen también algo del otro.

En España, hasta 1986 teníamos un Sistema de Seguro Sanitario. La Ley General de Sanidad, aprobada en el Congreso de los Diputados en marzo de 1986, articula un Sistema Nacional de Salud. Entre los principales rasgos del nuevo sistema están: universalización de la asistencia sanitaria, financiación de la sanidad a través de impuestos y descentralización de las competencias sanitarias, con su traspaso a algunas Comunidades Autónomas.

Los cambios operados a partir de entonces en nuestra sanidad son de gran magnitud, apareciendo una serie de problemas que antes de la reforma no tenían relevancia. Uno de los principales problemas con que se enfrenta nuestra sanidad en la actualidad es el de las listas de espera.

Pone de manifiesto la obra citada que la revisión de los sistemas sanitarios vigentes en la Unión Europea nos permite afirmar que el problema de las listas de espera es habitual en los Sistemas Nacionales de Salud. Sin embargo, estos sistemas también tienen importantes ventajas. Por ejemplo: permiten un buen control de costes, suelen ser menos caros que los sistemas de Seguridad Social y permiten altos niveles de cobertura en todas las prestaciones. En la Unión Europea

son cada vez más numerosos los países que aplican este tipo de sistema sanitario que se caracteriza fundamentalmente por ofrecer prestaciones universales y financiarse vía impuestos. A Inglaterra y los países nórdicos se han ido uniendo poco a poco los países del sur de Europa: Italia, Portugal, Grecia o España. Realmente en estos sistemas las listas de espera funcionan como instrumentos de gestión de los recursos sanitarios. Con todo, siempre han de ser objeto de especial atención, sobre todo si se sobrepasan determinados tiempos de espera o se produce algún tipo de colapso. Por ello, este tema siempre está en la agenda de las reformas sanitarias. Se han instrumentado medidas de diversa índole para intentar acortar el tiempo de espera y el número de personas en cola. Por ejemplo:

- Se propone disminuir el tiempo de estancia hospitalaria.
- Se establecen topes, y se incentiva convenientemente su cumplimiento, a los días que se puede estar en espera según la enfermedad.
- Se propone que cuando no se pueda atender a un paciente en el plazo establecido sea trasladado a un centro privado, y la sanidad pública corra a cargo de los gastos.
- Se critican las restricciones presupuestarias puras, sin más, porque este hecho parece estar estimulando conductas nada favorables a nuevos ingresos y, en consecuencia, al aumento de las listas de espera.
- También, en algunos países concretos se han tomado medidas tendentes a incrementar el volumen de recursos.

4.2. EVALUACIÓN DE NECESIDADES Y SERVICIOS; ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

Además de estas medidas puntuales, la gestión continua y adecuada de las listas de espera es esencial. Las técnicas de gestión y evaluación de las listas de espera son de muy diversa índole. En la investigación que realizan estos autores en la obra citada se repasan algunas de ellas.

Los profesores Pinto Prades, Rodríguez Míguez, Castells, Gracia Romero y Sánchez Martínez, en su estudio sobre el establecimiento de prioridades en la cirugía electiva³, insisten en que las listas de espera son un problema que afecta a la mayoría de sistemas nacionales de salud que ofrecen a sus ciudadanos un libre acceso al sistema sanitario pero a la vez disponen de unos recursos limitados. Aparecen en todos los ámbitos del sistema de salud pero, en general, en un sistema público los procesos urgentes y graves son atendidos con celeridad y, en cambio, los procesos electivos acostumbran a sufrir con mayor intensidad la limitación de recursos.

Ante una lista de espera, tal y como señalan estos autores, la primera acción a adoptar consiste en **evaluar la necesidad de las indicaciones clínicas**. Está demostrado en muchos estudios que la variabilidad en la práctica clínica es muy notable entre centros y servicios como consecuencia de diversos criterios que convendría unificar. Muchos estudios españoles han encontrado unas tasas de ingresos no adecuados superior al 10% del total de ingresos en los hospitales y unas tasas de estancias inadecuadas superiores al 30%. Es evidente que la primera prioridad debe ser evitar utilizar los recursos escasos del sistema sanitario para ingresos o estancias inadecuadas. Una vez determinada la necesidad clínica, es conveniente **revisar las causas por las cuales la producción de servicios no satisface la necesidad**. En muchas ocasiones la producción de servicios puede aumentarse mejorando los procesos clínicos y administrativos, es decir, solventando los cuellos de botella, mejorando la comunicación y coordinación entre los servicios clínicos y los centrales del hospital, etc. El enfoque adecuado en este caso es la gestión total de la calidad.

Cuando el análisis confirma que una intervención es adecuada y la gestión total de la calidad no ha sido capaz de alcanzar a la demanda, entonces se plantea la necesidad de **establecer prioridades entre las personas que están en la lista de espera**.

³ PINTO PRADES, RODRÍGUEZ MÍGUEZ, CASTELLS, GRACIA ROMERO, SÁNCHEZ MARTÍNEZ, “El establecimiento de prioridades en la cirugía electiva” Mterio. de Sanidad y Consumo, Madrid, 2000, págs. 9, 85 y 33.

Se indica en la misma obra que, dado que los sistemas sanitarios públicos no disponen de recursos suficientes para hacer frente a toda la demanda de servicios sanitarios, el establecimiento de prioridades se vuelve inevitable. La exclusión de determinados servicios de la financiación pública y el racionamiento vía listas de espera para la mayoría de las patologías cubiertas, son mecanismos ampliamente utilizados para la contención del gasto sanitario.

Además, apuntan que cualquier decisión política sobre la disminución de los servicios prestados por el sistema sanitario tiene, habitualmente, amplio eco en la opinión pública. Ello puede provocar una fuerte oposición social y un gran coste político para los encargados de tomar estas decisiones. Sin embargo, el aumento o disminución de las listas de espera y los criterios utilizados para su elaboración apenas si son conocidos por la sociedad. Existe muy poca transparencia sobre los factores que provocan que unos pacientes sean tratados antes que otros.

Señala el citado estudio que los criterios utilizados para establecer prioridades pueden variar de un médico a otro, dependiendo de la importancia que cada uno le asigne a determinadas características de los pacientes. Esto provoca que la organización de las listas de espera se base en criterios inestables y confusos. Dada esta opacidad, la posibilidad de debatir sobre qué criterios son los más adecuados resulta una tarea imposible.

En este contexto parece cada vez más necesario, en opinión de estos autores, diseñar un sistema de ponderaciones que objeive el proceso de decisión y que sirva de guía en la práctica médica a la hora de organizar las listas de espera. Es decir, se trata de construir un sistema que permita establecer prioridades entre los pacientes en función de determinadas características de forma transparente y estable. Ahora bien, para que este sistema pueda ser implantado debe ser percibido como legítimo, es decir, debe ser apoyado por los pacientes, profesionales sanitarios y sociedad en general. Los criterios seguidos en el proceso de priorización deben ser explícitos para que de esta forma puedan ser rebatidos.

Además, la decisión sobre qué pacientes deben ser tratados primero es aceptable y legítima si el sistema desarrollado y los resultados en sí mismos satisfacen algún requerimiento mínimo de deliberación democrática. La participación de la sociedad en la elaboración de los criterios de priorización asegura una mayor representatividad de todas las partes implicadas. Por tanto, esta participación es conveniente en la elaboración de los criterios de selección. Aunque es evidente que la opinión de los profesionales puede ser fundamental en determinados casos, no siempre debe ser el único juicio a considerar. Por ejemplo, si entre dos pacientes que esperan un trasplante de riñón tenemos que elegir uno, el criterio de los profesionales sanitarios es fundamental para decidir el grado de aceptabilidad del órgano donado. Sin embargo, existen otros criterios, como la edad del receptor y el tiempo de espera, que también pueden influir en el proceso de decisión y sobre los cuales la sociedad tiene mucho que decir. Así, y continuando con la referencia a los criterios a aplicar en relación con los trasplantes —como en general en el ámbito de la provisión de servicios médicos—, la cuestión fundamental sigue siendo la misma: ¿cuál es la finalidad última que se persigue?; ¿salvar el mayor número de vidas?; ¿utilizar los órganos allí donde mayor probabilidad existe de que funcionen a largo plazo?; ¿garantizar el acceso a un trasplante a todos, con independencia de sus características físicas o genéticas? La necesidad de órganos supera con creces la oferta, de ahí que se deban considerar los valores humanos y sociales, y por tanto éticos, además de los aspectos médicos, al diseñar cualquier plan de distribución de órganos justo y equitativo.

5. PROPUESTAS DE MEJORA PARA LA GESTIÓN DE LISTAS DE ESPERA

5.1. CIRCUNSTANCIAS ACTUALES DE NUESTRO SISTEMA SANITARIO

Las listas de espera en la Sanidad suponen uno de los problemas que mas preocupan a quienes las gestionan, pero sobre todo a quienes las sufren, los pacientes.

Los últimos cambios demográficos y culturales que estamos viviendo, tanto directa como indirectamente, están afectando a nuestro Sistema Sanitario.

Los principales factores que cabe mencionar en este sentido son los siguientes:

- 1.- La universalidad de nuestro sistema sanitario
- 2.- El incremento del número de usuarios candidatos a recibir atención
- 3.- La mayor esperanza de vida
- 4.- Mayor acceso a la información sanitaria por parte de la población general
- 5.- Aumento del número de indicaciones terapéuticas que antes no se planteaban, principalmente debido a un salto cualitativo de las técnicas médicas y a una innovación tecnológica casi imparable.

El profesor Pemán Gavín⁴ pone de manifiesto que una de las características del derecho sanitario es el fuerte *dinamismo* de sus contenidos, nota que, si bien no es exclusiva de la sanidad, se vive con especial intensidad en el ámbito sanitario, como consecuencia del incesante progreso técnico y científico y de los importantes cambios sociales o económicos que se producen continuamente, que generan

⁴ J. PEMÁN GAVÍN, “Estudio Introductorio. La legislación sanitaria aragonesa ...” (op. Cit.)

nuevos riesgos y formas de morbilidad (nuevos hábitos de trabajo, consumo y ocio; mayor longevidad; mayor exposición a accidentes, etc.) determinando también la aparición de nuevas necesidades y demandas asistenciales.

6.- Exigencia del bienestar.

7.- El hecho de que no haya que realizar un desembolso económico directo en el momento de recibir la atención sanitaria, implica cierta percepción de gratuidad en la prestación.

8.- La accesibilidad directa sin cortapisas al Sistema.

9.- Gran importancia social y económica del sistema sanitario.

El Profesor Pemán refleja en su trabajo ya citado⁵ la atención considerable que en las últimas décadas se ha prestado a los estudios del sistema sanitario desde la Sociología y la Economía, debido a la gran importancia social y económica que tiene el sector sanitario tanto desde perspectivas cualitativas —dada la clara prioridad que se otorga al bien salud en sociedades como la nuestra— como cuantitativas (volumen del PIB que se dedica al gasto sanitario, empleo generado por el sector sanitario, etc). A ello debe añadirse la referencia a la creciente consideración y estudio del sistema sanitario público desde la óptica de la gestión o gerencia publicas o desde el análisis de políticas públicas; una circunstancia explicable también, para el citado autor, si se tiene en cuenta el amplio grado de publicación que el sector sanitario tiene en países como el nuestro —que se sitúan dentro de lo que podemos denominar “modelo social europeo” y en los que el gasto sanitario público alcanza un peso porcentual muy importante dentro del conjunto del gasto público—, lo que ha dado lugar a una intensa preocupación por la eficiencia en la utilización de esos cuantiosos recursos que absorbe la acción de los poderes públicos de protección de la salud de los ciudadanos.

10.- Las demoras. Éste es sin duda el factor más negativo que los pacientes perciben en su proceso asistencial.

⁵ J. PEMÁN GAVÍN, “Estudio Introductorio. La legislación sanitaria aragonesa ...” (op. Cit.)

11.- Merece especial comentario una sensación satisfactoria muy generalizada que el paciente percibe del Sistema Sanitario y de su oferta asistencial, UNA VEZ QUE HA FINALIZADO SU RELACIÓN CON ÉL. Las principales quejas de los usuarios vienen dadas por problemas de accesibilidad a Atención Especializada y demoras, tanto en consultas, pruebas complementarias y cirugías.

5.2. FACTORES QUE INCIDEN NEGATIVAMENTE EN EL PROBLEMA DE LAS LISTAS DE ESPERA

Los plazos máximos de intervención para pacientes en lista de espera han sido establecidos por Salud en 6 meses a partir de la indicación del especialista correspondiente que, a su vez, debe establecer una prioridad en función de la patología.

Este sería un planteamiento secuencial de los factores que inciden negativamente y las posibles actuaciones que podrían minimizar este problema.

1.- Las **demoras para el acceso a las consultas de especializada**, así como para **pruebas complementarias** imprescindibles para la realización de la indicación de la intervención quirúrgica **retrasan la inclusión en lista de espera**, con la consiguiente repercusión en el proceso y en la percepción del usuario.

La protocolización de los procesos asistenciales de forma consensuada junto a una indicación racional de las pruebas complementarias permitiría realizar algunas de ellas previa a la primera consulta de Especializada, mejorando el rendimiento de las primeras consultas.

2.- La posible falta de coordinación y colaboración suficientes entre los niveles asistenciales Primaria / Especializada para abordar un problema de la complejidad del examinado puede dificultar la puesta en marcha de medidas para afrontarlo.

Las Gerencias de Sector pueden contribuir a mejorar la coordinación. Sin embargo, podría existir una comunicación más fluida entre ambos niveles asistenciales. Bastaría la realización de un audit. en los informes tanto de derivación de primaria, como de respuesta de especializada. La telecita permite el acceso a las agendas de especializada desde Primaria, lo que permite al paciente conocer la fecha de la citación en el propio centro de salud. Sin embargo, la telecita, aunque se está implantando, todavía no está estandarizada en todos los centros ni en todas las especialidades.

En este apartado de coordinación entre niveles asistenciales, se debería valorar el acercamiento de la especializada a primaria. Un médico especialista pasando consulta y con un proceso de formación activa en un Centro de Salud, facilitaría el acercamiento del médico de cabecera, su formación y probablemente, a largo plazo, se produjera una disminución de las derivaciones.

3.- Esta complejidad de los procesos también exige la **colaboración y coordinación** entre especialidades **a lo largo del proceso asistencial**. Los pacientes pueden presentar patologías asociadas que deben ser valoradas antes de la indicación quirúrgica. Cada uno de esos servicios tienen sus propias demoras para la asistencia. En este apartado se incluye la valoración preanestésica con las exploraciones complementarias propias que se derivan del preoperatorio.

Sería conveniente valorar la implantación de consultas de alta resolución para la valoración preanestésica y protocolización de las patologías y tratamientos asociados más frecuentes.

4.- La **programación** quirúrgica está **supeditada a los quirófanos disponibles** por el servicio, en los que también se intervienen urgencias diferidas y se priorizan procesos tumorales u otros procesos que pueden proceder de hospitalización etc. con mayor prioridad que la lista de espera.

La optimización de todos los recursos disponibles implica la mejora de los rendimientos de quirófano. Una posibilidad de conseguir respetar la programación es la utilización de hospitales de apoyo con menor presión de cirugía urgente que permita una derivación estable de programación quirúrgica.

5.- En periodos invernales el incremento a causa de **la presión de Urgencias** de la ocupación de las camas médicas (procesos gripales y sus complicaciones) **dificulta el ingreso de enfermos quirúrgicos programados** por falta de camas.

Este punto podría ir unido al anterior, realizando una optimización de todos los recursos existentes en los diversos hospitales, adecuando los ingresos a la cama más idónea. Exige una estrecha coordinación ínter hospitalaria centralizada en los servicios de admisión. Asimismo se debería potenciar al máximo la cirugía mayor ambulatoria, consiguiendo mejorar el índice de sustitución.

6.- La **escasez de otros recursos socio-sanitarios** que permitan la atención de los pacientes en centros más adecuados prolonga en ocasiones su atención en Hospitales de agudos, limitando el número de altas y, por tanto, dificultando los ingresos programados.

Hemos detectado casos en los que los servicios médicos del Salud están realizando una labor que no es propia de ellos y que debería ser llevada a cabo por otros servicios asistenciales no médicos.

Hay personas que viven aisladas y encuentran una forma de relacionarse con otros acudiendo a las consultas de los centros médicos a los que pertenecen. Allí hablan con otros pacientes, con los profesionales de enfermería y con los médicos que les atienden, lo cual les da la posibilidad de entrar en contacto con otras personas; pero eso hace que el personal sanitario tenga que dedicar su tiempo a unas tareas ajenas a las estrictamente sanitarias. Nos han trasladado casos de varias personas que, al fallecer, se ha comprobado que guardaban en sus domicilios depósitos con decenas de cajas de vitaminas sin abrir.

5.3. OTROS PROBLEMAS COEXISTENTES

Todos estos problemas que se repiten casi idénticamente en todos los hospitales públicos se ven todavía más agudizados por otros problemas que coexisten aunque sean menos aparentes:

1.- La propia **indefinición de la cartera de servicios del SALUD**. La aparición de nuevas técnicas quirúrgicas que sólo realizan determinados hospitales, la existencia de patologías cuya cobertura por parte del Salud no ha sido establecida de forma explícita (mamoplastias de reducción, mamas aplásicas, lóbulo de oreja rasgado, ligadura de trompas, etc.)

Es imprescindible la definición de la cartera de servicios, así como su difusión tanto a los profesionales como a los pacientes. También se deben redefinir las referencias a fin de establecer qué hospitales deben asumir la asistencia de los pacientes de áreas que no disponen de las técnicas diagnósticas y/o terapéuticas, sin olvidar el impacto que puede tener sobre la propia demora del centro.

2.- **Adecuación de recursos humanos y materiales a las necesidades reales**. Los cierres vacacionales de camas de hospitalización, quirófanos y consultas evitan las contrataciones temporales y contienen el gasto hospitalario al reducir la actividad asistencial, pero su efecto rebote en los últimos meses del año genera un gasto en actividad de tarde remunerada (peonadas) y contratación masiva de actividad en clínicas privadas (concierto externo) a fin de cumplir con los objetivos institucionales de reducir a 0 los pacientes en listas de espera de mas de 6 meses. Este aumento de actividad coincide con la mayor ocupación hospitalaria por las patologías de predominio invernal comentadas previamente. Ello genera la saturación de los hospitales y la insatisfacción de pacientes y profesionales.

Aun entendiendo la dificultad que supone mantener la actividad en periodos vacacionales, las actuales reducciones aseguran exclusivamente las urgencias y prioridades altas, por lo que la lista de espera en los meses de verano se ve inevitablemente incrementada.

3.- Se ha apuntado desde algunos sectores la **utilización ocasional de la lista de espera** por parte de los profesionales **como medida de presión** frente a los gestores sanitarios para obtener respuesta a reivindicaciones (aumento de plantilla, quirófanos etc).

Valorando el aspecto del “capital humano” del Sistema Nacional de Salud, el profesor Moracho del Río⁶ pone de manifiesto que el Sistema cuenta con un conjunto de profesionales de muy buena cualificación, bien estructurado en general y en muchos casos con un nivel de entrega e implicación notables, pero que denotan signos de insatisfacción, cansancio y desmotivación crecientes y preocupantes. Considera este autor que la escasez de sistemas de reconocimiento específicos ante resultados o esfuerzos destacables, así como la permisividad con la que sobreviven determinadas posturas y comportamientos negativos para el sistema, provocan una progresiva desvinculación y desencanto en los profesionales. Apunta la necesidad de un sistema de reconocimiento e incentivos eficiente y motivador, ligado a la productividad, a la calidad y al desarrollo profesional a largo plazo (carrera profesional para todos los estamentos) que aporten un reconocimiento motivador, claro, discriminativo y reversible del mérito y el desempeño, y promuevan la legitimidad y la integración de los profesionales. La planificación, gestión y mejora de los recursos humanos supone un importante reto para el sistema y debe evolucionar desde una correcta administración de recursos humanos a una gestión de personal global e integradora, que impulse su implicación, que cuide y haga crecer a los profesionales y facilite la búsqueda de nuevos modelos de práctica profesional centrados en el cliente.

⁶ O. MORACHO DEL RÍO, “Modelo e Instrumentos de Calidad en las Instituciones Sanitarias”, en Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible (coords. J.R. REPULLO LABRADOR, L.A. OTEO OCHOA), Ed. Ariel S.A., Barcelona, 2005.

4.- La **información y coordinación de toda la actividad asistencial** se canaliza fundamentalmente a través de la **informática**. A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos años para mejorar la dotación de ordenadores, la ausencia de terminales en los puntos de atención no permite realizar captura de actividad en la propia consulta. Se generan con frecuencia duplicidades de asistencia, de pruebas complementarias etc.

5.4. PROPUESTAS PARA MEJORAR LA SITUACIÓN

5.4.1.- EN GENERAL

A grandes rasgos, los problemas que se han mencionado anteriormente son compartidos por todos los hospitales de nuestra Comunidad. Así, no resulta extraño que los pacientes recurran en ocasiones a otros niveles asistenciales como el servicio de Urgencias en algún momento del proceso; y que, por otra parte, se abuse en casos determinados de la frecuentación excesiva en búsqueda de soluciones temporales en lugares inadecuados.

La lista de espera quirúrgica no debe ser tratada de forma individualizada, sino integrada dentro del proceso asistencial. Es sabido que medidas en la agilización de las demoras en las consultas externas de atención especializada y exploraciones complementarias generan un incremento en las entradas en las listas de espera para intervenciones.

Si bien existen problemas puntuales de gestión de los recursos y en la gestión de la lista de espera, es justo reconocer que, actualmente, probablemente los recursos propios del SALUD no sean suficientes para el cumplimiento de los objetivos institucionales, máxime con la entrada en vigor del Decreto de Garantía de Lista de Espera. Hay que reconocer que en muchos casos la gestión es satisfactoria —incluso más que la de otras Administraciones públicas— y que es difícil superarla.

Hay aspectos en los que, más que un problema de mala administración, lo que se da es una falta de recursos.

Se deben desechar planes de choque o medidas puntuales como las que se vienen realizando fundamentalmente a finales de cada año en lugar de actuaciones mantenidas que aseguren la asistencia garantizando los tiempos máximos establecidos de forma definitiva.

La gestión centralizada de las listas de espera, la optimización de todos los recursos sanitarios, la salida de los grandes hospitales de procesos socio sanitarios y la externalización de los procesos estandarizados en todos los casos en los que no se puedan cumplir los plazos establecidos son medidas tan necesarias como la concienciación de los profesionales sobre la mejor utilización de los recursos a su alcance. De igual forma, los pacientes deben tener información del gasto derivado de la asistencia quirúrgica.

Las medidas adoptadas deberían contar no sólo con el consenso de todos los partidos, sino con el mantenimiento de los compromisos adoptados aunque trasciendan a las legislaturas. Y en todo momento el tratamiento de los problemas sanitarios debe contar con la asesoría de los profesionales implicados de forma directa y diaria en la asistencia de los pacientes, a fin de no perder la perspectiva del día a día.

Probablemente tengamos que asumir que un tiempo de espera razonable tiene que existir; de otro modo se incrementaría el gasto sanitario. Sin embargo es lícito exigir que en ningún caso esa espera ocasione un riesgo o detrimento en la salud ni en la calidad de vida de nuestros pacientes.

Por otro lado, algún autor⁷ ha reparado en la necesidad de incentivar positivamente el uso adecuado de los servicios sanitarios por los ciudadanos y en

⁷ A. SEGURA BENEDICTO, “La Salud y Sociedad. El papel de la medicina y la salud pública”, en Un nuevo contrato social para un sistema nacional ... (op. cit.)

que se estimula poco la responsabilidad de cada uno sobre su salud y sobre el consumo adecuado de los servicios sanitarios. No se insiste suficientemente en informar sobre los efectos indeseables para la salud que se incrementan cuando la utilización es indiscriminada. La educación sanitaria podría ser un instrumento útil para mejorar el grado de adecuación del consumo de productos y servicios sanitarios.

Se ha puesto de manifiesto asimismo⁸ que es conocido que vivimos dentro de un sistema sanitario en el que por causas muy complejas se están instaurando o consolidando mecanismos de reclamación que hasta hace poco tiempo no eran concebibles (la transformación del paciente en usuario o consumidor; el sentido hedonista de la existencia, la mayor cultura de los ciudadanos; la existencia de un sistema público siempre solvente; la consolidación de los sistemas de aseguramiento; la esperanza siempre puesta en que cualquier daño que se sufra debe tener como contrapartida a alguien, independiente de nosotros, que se haga cargo del mismo; la insuficiencia de mecanismos preventivos y de traslado a la ciudadanía de una nueva cultura; etc.). Se trata de un fenómeno nuevo y sobre el que conviene hacer una reflexión detenida, con la finalidad de que su abuso pueda poner en peligro la conquista sanitaria que significa el sistema público de salud. Indica además este experto que todo ello puede generar o está generando una medicina a la defensiva que contribuye, inevitablemente, a aumentar los costes del sistema de manera exponencial y que, de continuar por la misma senda, puede poner en peligro el principio de equidad en el ámbito sanitario por abuso o dilapidación de los recursos.

Varios autores⁹ señalan que uno de los argumentos apuntados en defensa de la gestión de listas de espera mediante estrictos sistemas lineales de puntos (asignar puntos en función de diversos criterios que se consideran importantes para tomar decisiones sobre prioridades y, a partir de ello, establecer un orden para acceder a

⁸ J. SÁNCHEZ CARO, “La relación clínica: perspectiva actual y de futuro”, en Un nuevo contrato social para un sistema nacional ... (op. cit.).

⁹ J.L. PINTO PRADES, E. RODRÍGUEZ MÍGUEZ, X. CASTELLS, X. GRACIA ROMERO, F.I. SÁNCHEZ MARTÍNEZ, “El establecimiento de prioridades ...” (op. cit.), pg. 80.

los recursos, sin que la decisión de los médicos altere el orden de prioridades establecido) es que, por desgracia, el hecho de hallarse una persona como paciente de un servicio médico en el cual sabe que no será atendido con la rapidez que le gustaría, sino que deberá esperar un plazo de tiempo, puede provocar crisis nerviosas o enfados que trasladen a los médicos, que son los responsables de su salud en contacto con ellos. Dicho contacto pudiera generar que aquellos pacientes más “protestones” o más hábiles a la hora de expresar su malestar tuvieran preferencia frente a otros cuyo comportamiento fuera estoico y ejemplar; un sistema de puntos evita, por ello, influencias negativas surgidas de la opinión y presión de los pacientes.

5.4.2 .- ALGUNAS PROPUESTAS CONCRETAS

Por su especial interés vamos a desarrollar a continuación de una forma más detallada algunas de las propuestas ya mencionadas.

5.4.2.1.- Las consultas de alta resolución

La respuesta de nuestro sistema sanitario al aumento de la demanda asistencial y a su creciente complejidad no solamente pasa por un aumento de los recursos, sino por una mejora del sistema organizativo. Para ello, los gestores de la planificación sanitaria deben establecer fórmulas que faciliten y agilicen el proceso asistencial. Una posibilidad es la implantación de las consultas de alta resolución, cuyo concepto es el establecimiento del diagnóstico y tratamiento en un único acto asistencial ambulatorio, con la emisión del correspondiente informe clínico, y derivación a su médico de cabecera.

Uno de los inconvenientes principales de nuestro sistema sanitario son los problemas de coordinación entre los distintos niveles asistenciales, incrementando la ineficiencia y el consumo de recursos.

Estas consultas de alta resolución requieren un nuevo concepto de organización asistencial, más flexible, con un alto grado de comunicación entre niveles, con una visión conjunta del trabajo, consiguiendo una atención integral del paciente.

Las principales implicaciones son:

- Reducción de la demora media tanto para primeras consultas como para sucesivas. Aun cuando en una consulta de alta resolución se citan menos pacientes, se consigue una reducción de los tiempos de espera y mejora la calidad del proceso, ya que la disminución del periodo diagnóstico permite iniciar el tratamiento de forma más rápida.
- Mejora del flujo de información Primaria/ Especializada. La aplicación de este modelo exige la utilización desde Primaria de Guías de Práctica Clínica y la puesta en marcha de las Vías Clínicas. Una guía práctica se basa en recomendaciones diseñadas sobre la base de la evidencia científica que ayudan al profesional a elegir la mejor alternativa asistencial. Se desarrollan de forma multidisciplinar y con un ámbito de aplicación más general que los protocolos. Las vías clínicas son un conjunto de planes asistenciales que se aplican a enfermos con determinada patología y curso clínico predecible.
- Mejora la eficiencia. Sin embargo requiere que las unidades de apoyo diagnóstico estén abiertas a la atención de pacientes en el día. Estas unidades engloban a servicios centrales como laboratorios y radiología, pero también se incluyen espirometrías, electro y ecocardiogramas etc.
- Mejora la satisfacción del paciente y la calidad percibida de su proceso al disponer de un diagnóstico más precoz y con menos desplazamientos, con el inconveniente que éstos conllevan para ellos y sus familiares.

- Mejora la satisfacción de los profesionales, ya que se establece una comunicación bidireccional Primaria/Especializada con criterios consensuados, se reducen las demoras y permite una mejor gestión del tiempo de consulta.

Sin embargo, y a pesar de todos los beneficios que implican consultas de alta resolución o consultas únicas, su puesta en marcha de forma generalizada requiere un nuevo concepto de organización. Si bien es cierto que algunas especialidades ya están manteniendo algunas de estas consultas, el objetivo debería ser lo más ambicioso y rápido posible. En este sentido, el anuncio desde el Departamento de Salud del Gobierno de Aragón de la puesta en marcha de este tipo de consultas en los próximos meses, es valorado muy positivamente desde esta Institución.

Aun cuando todas pueden realizarlas, cada una de ellas debería establecer cuál es su porcentaje potencial una vez definidas las patologías que van a ser derivadas y citadas. En algunos casos, las pruebas diagnósticas precisas consensuadas podrían ser solicitadas desde Primaria y aportadas en el momento de la consulta.

La secuencia podría ser la siguiente:

- 1º) Detección de los procesos asistenciales susceptibles de ser estudiados, tratados y remitidos desde Especializada a Primaria tras una consulta única.
- 2º) Desarrollo de las Guías y Vías Clínicas por parte de los profesionales.
- 3º) Implantación completa de la Telecita (sistema que ya se está poniendo en marcha por los responsables sanitarios) que permita a los Centros de Salud la cita de los pacientes seleccionados desde Primaria.
- 4º) Adecuación de la estructura de las agendas y para permitir la realización de las exploraciones complementarias precisas antes de la visita con sus consiguientes resultados validados o informes emitidos.

5º) Dotación informática a todas las consultas al objeto de poder emitir un informe de alta clínica en el mismo acto asistencial. Los pacientes que por los diagnósticos realizados y tratamientos requeridos no cumplan los requisitos, serían citados en el mismo centro de especialidades para una consulta sucesiva fuera ya del circuito de la consulta única, siendo su médico de Primaria informado al respecto.

6º) La última fase, no por menos necesaria, sino por la dificultad que conlleva, sería la historia clínica única informatizada para toda la comunidad. Ello permitiría disponer on line de toda la información clínica de los pacientes con tarjeta sanitaria en nuestra comunidad. Además, debería hacerse un protocolo sobre como debe realizarse a historia clínica, para evitar pérdidas de tiempo y duplicidades de datos.

7º) Un factor fundamental e imprescindible para el buen nacimiento y mantenimiento de la oferta en el tiempo es la organización de las agendas de los Servicios Centrales subsidiarios de recibir solicitudes de realización de pruebas complementarias (radiología, medicina nuclear, laboratorio, etc..). Este punto refrenda el punto 4, anteriormente comentado.

Íntimamente relacionado con las consideraciones expuestas está el aspecto relativo a la continuidad asistencial entre atención primaria y especializada, al que hacen referencia numerosos informes de expertos que han tratado de abordar la problemática de las listas de espera.

Se ha insistido en que la excesiva parcelación de la asistencia sanitaria es una de las principales limitaciones que vive en la actualidad nuestro sistema sanitario. De hecho, estas carencias de la asistencia primaria y la ausencia de continuidad asistencial merman la capacidad resolutoria del sistema sanitario.

Así, en el Informe del Comité de expertos sobre Financiación y Sostenibilidad del Sistema Canario de Salud¹⁰ se establece que la necesidad sanitaria del paciente es siempre única e indivisible, y la atención sanitaria debe ser una secuencia coordinada de actuaciones por parte de ambos niveles asistenciales, con independencia de la actual división organizativa de la asistencia, que no debería tener ninguna influencia. En este sentido, es precisa la integración de la atención especializada y de la atención primaria, lo cual implica una visión global y única del sistema sanitario.

Señala el citado informe que hasta ahora, la continuidad asistencial depende mucho de la voluntad de los profesionales y de los gestores, de su mayor o menor convicción y de los medios de los que disponen. Se apunta que, sin embargo, la continuidad asistencial debe ser impulsada, promovida e institucionalizada como pilar del sistema sanitario más allá de la buena voluntad de estos profesionales. Se considera fundamental fortalecer la asistencia primaria con el fin de reducir el uso injustificado de los recursos de la asistencia especializada; a continuación, diseñar instrumentos que den continuidad a la asistencia, con integración y colaboración de ambos niveles asistenciales, de modo que se asegure la asistencia única y se impulse la participación de los profesionales sanitarios en la toma de decisiones, en la gestión y en la organización asistencial.

El mismo estudio destaca la relevancia que para la continuidad asistencial tiene la existencia de una historia clínica única para todo el sistema sanitario público, idea que ya hemos apuntado anteriormente. A juicio de estos expertos solo se podrá hablar de continuidad asistencial cuando se disponga de información cierta, actualizada, de fácil acceso, y de uso bidireccional en ambos niveles asistenciales. La historia clínica informatizada debe respetar las particularidades de registro de datos de cada nivel asistencial y disponer de espacios comunes para el intercambio de información.

¹⁰ Islas Canarias, octubre 2005

Con el objetivo de establecer y fortalecer la continuidad entre niveles asistenciales, el Comité de expertos del Sistema Canario de Salud considera importante la adopción de las siguientes medidas:

a) Potenciar el desarrollo de los servicios de atención domiciliar de atención primaria que atiendan al paciente desde una perspectiva integral y que favorezcan el uso racional y optimización de los recursos sanitarios de atención primaria y especializada.

b) Desarrollar un análisis de los procesos más prevalentes, de mayor variabilidad clínica y demanda asistencial, preferentemente de enfermedades crónicas.

c) Implantar guías de práctica clínica para la gestión de los procesos más frecuentes identificados, diseñando circuitos asistenciales eficientes adaptados a las circunstancias de cada área de salud y/o centro asistencial, que conlleve una auténtica continuidad asistencial y que permita la optimización en el uso de los recursos humanos, diagnósticos y terapéuticos.

e) Identificar los procesos urgentes más frecuentes y elaborar guías clínicas de atención conjunta con los dispositivos del 112 y los servicios de atención especializada y atención primaria para la prestación de atención urgente.

Esta propuesta de acercamiento entre atención primaria y especializada aparece también recogida en el informe técnico elaborado en el año 2000 para la Generalitat de Catalunya por los profesores Espallargues, Gallo, Pons y Sampietro-Colom¹¹. Según su estudio esta propuesta debería permitir reducir la presión asistencial sobre las consultas externas de los hospitales. Ello posibilitaría una mejor

¹¹ M. ESPALLARGUES, P. GALLO, J. M.V. PONS, L. SAMPIETRO-COLOM, Situación y abordaje de las listas de espera en Europa; Ed. a cargo de Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguritat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona, Noviembre de 2000.

coordinación asistencial, donde la atención primaria asumiera un papel más activo en el diagnóstico/seguimiento, y una mayor dedicación del especialista a la actividad quirúrgica propiamente dicha. Un paciente podría llegar diagnosticado o con algunas pruebas realizadas desde atención primaria y, al mismo tiempo, se podrían acelerar las altas de las consultas externas.

No obstante lo anterior, señalan estos autores que una buena coordinación asistencial y la presencia de cirujanos en los centros de atención primaria supondría una mayor resolución de procedimientos sencillos fuera del marco hospitalario, así como una mayor dedicación a la actividad quirúrgica en el marco extrahospitalario.

5.4.2.2.- Mejora de la atención sanitaria urgente

Las dos puertas principales de acceso de pacientes a un Hospital son las Urgencias y la actividad quirúrgica programada. En un grado de importancia mucho menor se encuentran los tratamientos médicos programados o los pacientes que son ingresados para estudio. Este último grupo (pacientes ingresados para estudio), en un alto porcentaje de ellos, son ingresados por la incapacidad del Sistema Sanitario de ofrecer unos tiempos cortos de espera para la realización de determinadas pruebas diagnósticas.

Compaginar la actividad asistencial urgente y programada es objetivo fundamental de los gestores sanitarios; multitud de correcciones realizadas y cambios meditados y comprometidos demuestran, día a día, que es muy difícil de conseguir.

Debemos ser conocedores y “aceptar” circunstancias presentes en el Sistema que dificultan la viabilidad de determinados proyectos organizativos, como es adecuación e idoneidad de los ingresos hospitalarios procedentes de Urgencias. La medicina defensiva (justificada por la presión bajo la cual está desarrollando su labor el colectivo médico), que el primer contacto de un usuario que acude a Urgencias

sea un médico en formación, el uso inadecuado de los ciudadanos de los Servicios de Urgencia Hospitalarios, la presión del paciente o de su entorno familiar, la situación social, etc... son factores que están ocasionando que un porcentaje, difícil de cuantificar, de los ingresos que provienen de Urgencias no sean procedentes. Cabe plantearse si todos los pacientes que ingresan en un Hospital Público de Agudos procedentes del Servicio de Urgencias son realmente subsidiarios de ingreso, y qué porcentaje de ellos ingresaría en otro recurso más adecuado, si existiera, o fuera más ágil (Centro socio sanitario, cuidados geriátricos, etc...

Por otro lado, también se nos ha trasladado que en el servicio de urgencias de uno de los principales hospitales aragoneses se prescriben un promedio diario de cinco dosis de la llamada píldora del día siguiente. Entendemos que debería valorarse la conveniencia de dispensar este tipo de tratamientos en otros servicios distintos de los de Urgencia hospitalarios.

En el Informe del Comité de Expertos sobre Financiación y Sostenibilidad del Sistema Canario de la Salud ya citado se plasma que el incremento de la demanda, los cambios en los comportamientos y hábitos de utilización de los servicios públicos conllevan la sobreutilización de los servicios de urgencia. La progresiva saturación del servicio de urgencias en el sistema sanitario público, conlleva que la atención sanitaria urgente se haya convertido en una parte vital de la sanidad.

Ante esta realidad, en dicho informe se proponen las siguientes medidas dirigidas a mejorar la atención sanitaria urgente:

- Desarrollar una política específica dirigida a potenciar la resolución de los Equipos de Atención Primaria en función de las medidas antes citadas, y de este modo disminuir la presión sobre los servicios de urgencias.

- Establecer un plan de mejora de la atención a los procesos urgentes.

- Establecer un plan de formación específica en atención a los procesos urgentes de los profesionales de los servicios de urgencia.

- Que conjuntamente, desde atención primaria y especializada se desarrollen protocolos de atención a los procesos urgentes más prevalentes.

- Mejorar la coordinación entre atención primaria y especializada definiendo criterios y vías específicas de derivación de pacientes con patologías graves no urgentes.

Por lo que se refiere a los servicios de urgencias, se nos ha trasladado desde el ámbito sanitario el interés de plantear a estos efectos la conveniencia de crear unidades de consulta rápida, asignando de forma permanente a un médico adjunto a dicha Unidad con el objeto de acelerar la atención de los pacientes que acuden a los servicios de urgencia con situaciones de “urgencia menor” o de “no urgencia”, ayudar a descongestionar el área médica, disminuir el número de reclamaciones que dichas patologías generan y disminuir el tiempo medio de estancia en los servicios de Urgencias Hospitalarias. Junto al médico adjunto podrían estar dos MIR. Dicho equipo reforzaría el área de vitales y pacientes críticos en el supuesto de ser necesario.

Asimismo se nos ha manifestado la conveniencia de proponer en estos servicios un cambio funcional consistente en la puesta en marcha de un programa de clasificación de la gravedad de los pacientes basado en la Clasificación Canadiense, adoptada y modificada para el correspondiente servicio y debidamente informatizada, que contribuya al adecuado control de varios parámetros de calidad que reflejen una serie de indicadores (tiempo desde la toma de datos y la clasificación del paciente; estudio descriptivo e informatizado de los distintos motivos de llegada a urgencias; tiempo hasta la realización de un ECG en la sospecha de síndrome coronario agudo, necesidad de “reclasificación” del paciente, gestión adecuada del servicio de urgencias). Se considera que la clasificación ha de estar en manos de personal entrenado (el médico adjunto de urgencias y no el MIR de primer

año). En este punto es de destacar el impulso del Departamento de Salud y Consumo, que ha creado un grupo de trabajo multidisciplinar en Aragón para diseñar un sistema único de clasificación de pacientes para todos los servicios de Urgencias hospitalarias de toda la Comunidad Autónoma.

Por otro lado hay que afirmar que la situación de los servicios de Urgencia hospitalarios y las posibles medidas que pueden adoptarse para su mejora están siendo objeto de estudio por el Justicia en el expediente 136/2006.

5.4.2.3.- Adecuación de camas hospitalarias

Por otro lado, la estacionalidad de algunas enfermedades hace que se colapsen o se saturen las urgencias de los hospitales en momentos en los que los ingresos programados para el cumplimiento de los objetivos de lista de espera quirúrgica se ven incrementados por programas especiales de tarde. Sin embargo, existen periodos del año en los que la actividad hospitalaria decrece de tal forma en la que se producen cierres de unidades a fin de contener el gasto hospitalario. Además, debería existir una planificación a largo plazo que permita la organización de épocas de baja presión asistencial.

Por otro lado debemos ser conscientes de que las demoras existentes en Especializada y fundamentalmente en pruebas complementarias generan en ocasiones ingresos evitables. Las principales causas de ingresos inadecuados se deben a problemas organizativos de los hospitales. Se producen ingresos para realizar procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que podrían realizarse de forma ambulatoria.

Ante estas circunstancias cabe plantear cuáles son las posibles soluciones para conseguir utilizar adecuadamente todos los recursos hospitalarios obteniendo los mejores resultados de salud.

La aceleración de las pruebas diagnósticas realizadas de forma ambulatoria y la potenciación de la actividad de consultas externas facilitarían la reducción de los ingresos inadecuados.

Sin embargo existen acciones de mejora específica que pasan por una correcta gestión de camas de las unidades de hospitalización convencional.

Estas acciones pueden limitarse a la gestión interna de cada uno de los hospitales o bien realizar una utilización conjunta y coordinada de todos los recursos hospitalarios de la comunidad.

a. A nivel hospitalario:

Planificación de la actividad programada. La dirección del hospital, junto con los servicios quirúrgicos deben establecer el número de quirófanos y contenido de la programación quirúrgica necesarios para poder asumir la demanda necesaria. Los procesos que no puedan ser asumidos en los plazos establecidos por prioridad médica y por demora máxima establecida por Salud deberán ser concertados por los Servicios Provinciales. Sin embargo, junto a la capacidad quirúrgica de los servicios se debe adecuar el recurso cama. Ningún proceso que pueda ser realizado por Cirugía Mayor Ambulatoria debería realizar estancias hospitalarias. También se deben evitar las estancias prequirúrgicas estableciendo protocolos consensuados, e implicando de forma activa a todos los Servicios protagonistas de la atención al paciente, a fin de resolver de forma ambulatoria las posibles patologías que deben ser tratadas antes de la intervención (diabetes, tratamientos anticoagulantes, etc.). Las altas hospitalarias se deben agilizar a fin de liberar las camas a primeras horas de la mañana —nos remitimos también aquí a las consideraciones que se realizan a continuación en el apartado 4.2.4. b de este informe sobre los ingresos de pacientes en los que, lo que realmente existe, es una necesidad de tipo social o asistencial y no sanitaria, debiendo establecerse centros y ayudas de naturaleza asistencial que hagan asuman y canalicen estas situaciones (en particular, en el supuesto de personas mayores)—.

En este sentido, en el informe remitido en la elaboración del presente estudio por el Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza se transmite la evidente necesidad social y sanitaria de lograr **una mayor institución de servicios especializados en geriatría y gerontología** como una forma complementaria de disminuir la lista de espera.

Utilización de otros recursos hospitalarios. La norma de la mayor parte de los hospitales es dotar a cada servicio de un número de camas fijo. Sin embargo, como se ha comentado anteriormente existen épocas del año en que la actividad asistencial decrece. Es indudable que el gasto se contiene al evitar contrataciones por sustituciones, pero los gastos fijos se mantienen por lo que se debería considerar si realmente se produce un ahorro, máxime cuando la actividad no realizada por la medida nombrada anteriormente se debe concertar de forma externa. Por tanto, se podría valorar aumentar el rendimiento de la cirugía y otros procesos programados en estos periodos, permitiendo una menor presión asistencial en periodos invernales.

En algunos hospitales existen camas no asignadas a servicios médicos ni quirúrgicos, de forma que en ellas se ingresan en función de la actividad / servicio.

Puesta en marcha de otros recursos. Existen experiencias ya puestas en marcha en otras Comunidades Autónomas para un manejo más ágil de la hospitalización. Como pueden ser las Unidades de Corta Estancia, las Unidades Clínicas, Plantas Coordinadoras del Ingreso de Urgencias, etc..., que no evitan ingresos, que no cuestionan la idoneidad de un ingreso, pero que facilitan la atención más rápida, y por tanto agilizan el alta del paciente.

b. A nivel de Comunidad.

La posibilidad de trasladar la actividad extraordinaria de tarde a otros hospitales públicos con menor presión de urgencias permite asegurar el cumplimiento de la lista de espera, evitando su reducción o desprogramación por el recurso cama. El

programa que actualmente se realiza con Traumatología para prótesis de rodilla y cadera (en un primer momento en el Hospital Provincial y posteriormente trasladado al Royo Villanova) podría extenderse a otros procesos y otras especialidades, protocolizando y unificando criterios de utilización para todos los hospitales de la comunidad.

5.4.2.4.- Atender a pacientes en centros alternativos

En este apartado hay que hacer referencia a dos aspectos diferentes

a) Conciertos con centros ajenos

En virtud de lo establecido en la Ley General de Sanidad, las Administraciones Públicas, en el ámbito de sus competencias, podrán establecer conciertos para las prestaciones de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas, posibilitando tal medida incrementar la capacidad existente en el sistema sanitario y garantizar la asistencia quirúrgica al paciente en un tiempo apropiado.

En el año 2002, el Defensor del Pueblo elaboró un Informe Especial sobre “Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud”¹² en el que, en atención a esta previsión, en una de sus recomendaciones sobre la gestión de las listas de espera se proponía, para agilizar la lista de espera, **atender pacientes en centros alternativos**.

A su vez un Informe elaborado por el Grupo de Expertos sobre Listas de Espera del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud¹³ establece al respecto en una de sus recomendaciones que, con el fin de garantizar la unidad del proceso clínico, en la gestión del mismo deberán implicarse conjuntamente los

¹² Informes, Estudios y Documentos, Ed. a cargo del Defensor del Pueblo, Madrid 2002.

¹³ Informe técnico sobre listas de espera, Septiembre de 2001. El Grupo de expertos fue constituido en fecha 20 de junio de 2000, integrado por un miembro designado por cada una de las Comunidades Autónomas, otro por el Insalud y el secretario y el presidente del Grupo, ambos designados por la Secretaría de Gestión y Cooperación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo.

servicios clínicos y la administración responsable. Los circuitos y sistemas de información específicos que garanticen en todo momento el correcto funcionamiento de remisión, se ajustarán a lo establecido por la Administración competente, recomendando que el proceso sea tutelado hasta su conclusión por quien se establezca desde cada Comunidad Autónoma, debiendo dejar constancia documental de la aceptación del paciente a la propuesta o alternativa ofertada, aceptación del centro receptor y asistencia prestada por el centro receptor.

El Departamento de Salud y Consumo de la Diputación General de Aragón está trabajando para mejorar los conciertos que se realizan con centros ajenos.

Desde la publicación de la Orden de 29 de octubre de 2004, que regula la relación con los proveedores privados para la concertación de procedimientos o el establecimiento de convenios singulares de colaboración, se han incorporado de modo progresivo los anexos que incluyen los procedimientos y tarifas para intervenciones quirúrgicas, medios terapéuticos y diagnósticos, salud mental y atención a enfermos crónicos dependientes.

La Diputación General de Aragón sostiene que esta nueva regulación garantiza la calidad de la asistencia concertada, contribuye a complementar la asistencia pública para cumplir los tiempos de garantía quirúrgica y establece una total transparencia con los centros privados en la prestación de servicios sanitarios.

Las principales novedades de esta nueva regulación son que se incluye prácticamente la totalidad de los procesos quirúrgicos y permite una mayor flexibilidad y eficacia en la oferta, puesto que se recoge también la Cirugía Mayor Ambulatoria y se adapta mejor a la oferta de los centros concertados aragoneses.

Este proceso de habilitación de centros permitirá establecer mayor accesibilidad para los ciudadanos que habitan los territorios más periféricos de la Comunidad Autónoma y conllevará una mejor organización sobre los procesos que

se realizan en centros propios y concertados para asegurar la calidad de la asistencia y una respuesta más ágil a las demandas de los ciudadanos.

b) Aliviar la carga sanitaria que suponen los ingresos de pacientes en los que existe una necesidad de tipo social o asistencial más que sanitaria, mediante centros asistenciales que asuman estas situaciones.

En este sentido, en el informe remitido en la elaboración del presente estudio por el Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza se transmite la evidente necesidad social y sanitaria de lograr **una mayor institución de servicios especializados en geriatría y gerontología** como una forma complementaria de disminuir la lista de espera.

5.4.2.5.- Incremento de la actividad por la tarde.

En el informe emitido por el Departamento de Salud y Consumo de la Diputación General de Aragón se establece también como objetivo el incremento de la actividad por la tarde tanto en consultas externas como en pruebas diagnósticas y sesiones quirúrgicas y, de este modo, agilizar en lo posible la lista de espera. Consta que la ampliación de horarios ya se está aplicando para la realización de algunas pruebas (ej. colonoscopias) e incluso se está estudiando para consultas en algunos centros.

Esta previsión nos parece de gran interés para contribuir a reducir el problema de las listas de espera, si bien siendo conscientes de que su establecimiento no es sencillo ni puede suponer una circunstancia que fomente el mantenimiento permanente de personas en lista de espera en atención a los incentivos que este incremento del horario asistencial pudiera implicar en algunos ámbitos.

Por otro lado, es una medida que se ha estimado adecuada para aminorar los períodos de espera en distintos programas.

Así, en el Plan elaborado por la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de Madrid¹⁴ se aborda esta posibilidad: con el fin de elaborar su propuesta de actividad y generalizar la actividad en horario de tarde, se prevé que las gerencias de los hospitales dependientes de la Administración Sanitaria procedan a analizar las actuaciones necesarias para lograr la optimización diaria máxima del nivel de utilización de los quirófanos hasta las 21'00 horas, teniendo en cuenta la disponibilidad de camas para internamiento y de unidades de Cuidados Intensivos y de Reanimación para post-operatorio.

En la programación de los quirófanos, para la consecución de los objetivos que se propongan, establece dicha propuesta la previsión de que se cuiden los tiempos destinados a docencia e investigación y los necesarios para seguir atendiendo la actividad quirúrgica urgente de la Comunidad Autónoma. Igualmente para la actividad en temporada de Verano, Navidad y Semana Santa, con la finalidad de optimizar el uso de recursos y agilizar al máximo la gestión de las listas de espera quirúrgica, se contempla la posibilidad de recoger planes específicos por hospitales que contemplen los máximos niveles de actividad incentivada durante estos periodos en jornada de mañana y de tarde.

Esta medida puede trasladarse tanto para consultas externas como para pruebas diagnósticas.

Algunas de ellas incluso podrían hacerse hasta horas más avanzadas o, al menos, dando por ejemplo al paciente la posibilidad de elegir entre: hacer una prueba sin soportar demoras a horas nocturnas, o esperar un plazo y que se la practiquen en horario diurno. La idea de la que partimos —que, en su caso, habrá de ser objeto del oportuno estudio y matizaciones— es la de que mientras existen listas de espera no parece razonable que las máquinas que realizan pruebas permanezcan paradas; habría que hacerlas trabajar el mayor tiempo posible.

¹⁴ Marzo, 2004

5.4.2.6.- Mejora de los sistemas de información sanitaria

La implantación de las Tecnologías de la Información es el elemento estructural básico para poner en marcha cualesquiera medidas que pretendan una mejora sustancial de las relaciones profesional sanitario-paciente, profesional-profesional y profesional-gestor y, con ello, contribuir al objetivo de una medicina de calidad a un coste socialmente asumible.

En el Informe del Comité de Expertos sobre Financiación y Sostenibilidad del Sistema Canario de Salud anteriormente citado se pone de manifiesto que el Sistema Nacional de Salud carece de los sistemas de información que demandan una planificación y gestión moderna que responda a los objetivos que se pretende.

Se asume en dicho informe que en los últimos años se están haciendo esfuerzos por adoptar iniciativas y medidas para mejorar la información, pero se aprecia que todavía siguen pendientes algunas que pueden representar un cambio cualitativo en orden a la toma de decisiones sanitarias y asistenciales.

Así, estos expertos indican que en el año 2005 se debatió cómo actualizar los sistemas de información y cómo sacar provecho de las posibilidades que abren las nuevas tecnologías aplicadas a la sanidad, concretándose las siguientes medidas:

- Acelerar la implantación del modelo único de historia clínica electrónica accesible en ambos niveles asistenciales como requisito previo y estructural para lograr la continuidad asistencial, garantizando un entorno de trabajo adecuado para todos los profesionales sanitarios en cuanto a recursos informáticos y de telecomunicaciones.
- Fomentar la utilización de la telemedicina, con el objetivo de reducir las dificultades de acceso a los servicios sanitarios y mejorar la calidad y la eficiencia en la provisión de la asistencia sanitaria en zonas básicas de salud y áreas de de salud alejadas y dispersas.

- Implantar la receta electrónica y diseñar un sistema informático de ayuda a la prescripción (prescripción asistida, sin coartar la libertad del profesional). Esta medida debe tener como fin la prescripción bajo criterios de coste-efectividad.

5.4.2.7.-Establecimiento de criterios clínicos y sociales de priorización en las listas de espera

Acercas de este aspecto ya se han adelantado algunas valoraciones al inicio, al abordar el establecimiento de prioridades, en el apartado de “aproximación al problema”.

La mejora de las listas de espera pasa ineludiblemente por la gestión clínica, considerando criterios de inclusión de evidencia científica en la indicación y en la efectividad del procedimiento o intervención y con criterios de eficiencia en la utilización de los recursos priorizando por gravedad, posibilidad de mejora y criterios de carácter social.

En muchos estudios se señala que deberían establecerse protocolos para la inclusión de pacientes en lista de espera, sobre la base de criterios de mayor necesidad, por gravedad de la patología, de criterios sociales, como las limitaciones laborales, disponer o carecer de un cuidador o que el paciente tenga personas a su cargo y sobre criterios de efectividad en los procedimientos, es decir, de indicación y valoración de mayor posibilidad de beneficio.

Hemos de añadir que, para lograr estos objetivos, además de la implicación de profesionales y del propio paciente, los servicios sociales han de tener un papel activo en los distintos hospitales y centros de salud.

En el Informe Técnico de los profesores Espallargues, Gallo, Pons y Sampietro-Colom ya citado¹⁵, se plasma que la forma tradicional de gestionar estas listas ha sido utilizar el tiempo de espera como argumento básico para establecer el turno de atención de los pacientes. De hecho, el tiempo de espera suele ser el único criterio explícito aunque también es verdad que son diversos los factores que tiene en cuenta el profesional en el momento de seleccionar a los pacientes para ser tratados. En este sentido, algunas sociedades médicas, como la *British Medical Association (BMA)*, han señalado que el tiempo de espera como único criterio podría estar en contradicción con otros principios basados en la necesidad de los pacientes. No siempre quien lleva más tiempo esperando es quien más necesita ser intervenido antes. Entre los sistemas que se han propuesto para asignar recursos o tomar decisiones sobre priorización están aquéllos que combinan diversos criterios: son los sistemas mixtos. Entre éstos, hay que destacar los *sistemas lineales de puntos*, que tratan de escoger diversos criterios que se considera que son importantes. Es sobre la base de esta puntuación que se ordena la lista de espera, al mismo tiempo que también se puede determinar la urgencia de la intervención (tiempos de espera máximos). Es decir, utilizando los criterios se operará a quien más lo necesite desde un punto de vista clínico y social.

Además, en sistemas de puntuación lineal el paciente sabe en qué nivel de prioridad está en relación con los otros pacientes en lista de espera y puede hacer previsiones sobre cuándo será intervenido.

Por último, mencionar el hecho de que es necesario disponer de una buena organización de los servicios asistenciales y de un sistema de información adecuado para la recogida de datos y aplicación del sistema de priorización.

Este sistema de priorización también se aborda en el estudio sobre “La gestión de las listas de espera por los centros sanitarios y los profesionales” que efectúa J.

¹⁵ M. ESPALLARGUES, P. GALLO, J. M.V. PONS, L. SAMPIETRO-COLOM, Situación y abordaje de las listas de espera ... (op. cit).

Martí¹⁶, concluyente al afirmar que quizá lo más importante será priorizar de acuerdo con la necesidad (gravedad, urgencia, social) según el mejor pronóstico de resultados (coste-efectividad). Para esta priorización son necesarias las opiniones -y el consenso- de los profesionales, pero también es precisa la opinión del paciente, así como la opinión social.

Hace referencia este autor a que en Cataluña tienen el ejemplo reciente de la priorización de intervenciones de cataratas y de prótesis total de cadera y rodilla según criterios profesionales y sociales elaborados, con amplia participación de profesionales y de ciudadanos (pacientes o no), por la Agencia de Evaluación de Tecnología Médica del Departamento de Sanidad del gobierno autonómico.

Entre estos criterios se valora y se pondera la puntuación de la gravedad clínica (agudeza visual, incapacidad funcional, etc.) el dolor (en prótesis de cadera y rodilla), el mayor beneficio clínico esperado, el no tener a nadie que cuide del paciente o el que éste deba cuidar a otras personas. A mayor puntuación (sobre 100 puntos), el paciente será más prioritario dentro de la lista.

Finalmente, también hace hincapié el mismo estudio en que este proceso de gestión de listas de espera deberá ser transparente y suministrar periódicamente información tanto a los profesionales como a los pacientes usuarios de nuestros servicios sanitarios.

5.4.2.8.- Actuaciones ante la falta de presentación de pacientes en las visitas programadas.

Este apartado se refiere al aspecto contemplado en el último de los ANTECEDENTES del presente informe, en el que se reproduce la queja de un ciudadano ante la experiencia de sufrir esperas excesivas y comprobar que llegado el día de la visita una gran parte de los pacientes citados no acuden, debido a que éstos, ante la demora de la visita, han acudido a los servicios de urgencias o a la

¹⁶ Gac. Sanit. 2002, 16 (5): 440-3

medicina privada para hacerse las correspondientes pruebas. Esta circunstancia ha sido puesta de manifiesto ante el Justicia por muchos ciudadanos a lo largo del tiempo.

Consideramos que la Administración sanitaria debe afrontar este problema, y nos parece que las medidas que aporta el ciudadano que presenta la queja parecen razonables y deberían ser examinadas a los efectos de valorar su posible adopción o la implantación de otras similares. En este sentido apunta el ciudadano que deberían estudiarse las cifras de pacientes que no acuden a las citas que han solicitado previamente para las distintas especialidades y los porcentajes de citas fallidas en las distintas especialidades. Si dichos porcentajes son significativos, habrían de aplicarse medidas para solucionar el problema que ello causa. El presentador de la queja apunta la idea de que, tal y como vienen haciendo las líneas aéreas y cualquier empresa privada que se encontrara en dicha situación, la actuación lógica visto el no funcionamiento del servicio telefónico creado por el Salud sería incrementar el número de pacientes llamados en un porcentaje similar al de fallos detectados, con un seguimiento periódico que ajustara dicho incremento a los resultados obtenidos. En su opinión, ello contribuiría a que en pocos meses el número de pacientes fallidos cayera de forma notable y no sería necesario llamar a más pacientes de los recomendables, por obtenerse un número de visitas finales próximo al 100% de los convocados al existir un recorte muy significativo en los tiempos de espera. Señala el interesado que este procedimiento implica un esfuerzo mínimo de seguimiento de las consultas realmente realizadas y tiene un único inconveniente, que en las líneas aéreas se llama "overbooking", pues se puede dar el caso algún día de que asistan un número de pacientes superior al deseado. En ese caso puntual, la realización de una hora extra generosamente retribuida solventaría el problema.

La propuesta nos parece razonable y consideramos que la Administración sanitaria debería estudiar su procedencia.

Por otro lado, ante esta problemática, cabría plantearse la posibilidad de adoptar medidas sencillas como la de contactar en los días inmediatos al de una consulta con los pacientes citados, a fin de confirmar su asistencia a la misma, de modo que aquéllos que no tuvieran previsto acudir pudieran ser sustituidos por otros pacientes en lista de espera.

6. CONCLUSIONES

6.1. QUEJAS AL JUSTICIA SOBRE LISTAS DE ESPERA

Los datos comprobados sobre quejas presentadas son los siguientes:

Año	Quejas totales de sanidad	Quejas por listas de espera
2002	100	14
2003	102	21
2004	138	29
2005	161	38
2006 (1er. Trimestre)	48	11

- Habría que añadir aquellos supuestos de quejas sobre reintegro de gastos de asistencia en la medicina privada, en los que subyace un problema de demoras asistenciales que llevan al paciente a acudir a otras alternativas.

- Las principales quejas de los usuarios vienen dadas por problemas de accesibilidad a Atención Especializada y demoras, tanto en consultas como en pruebas complementarias e intervenciones quirúrgicas.

- Se advierte, sin embargo, una sensación satisfactoria muy generalizada que el paciente percibe del Sistema Sanitario y de su oferta asistencial, una vez que ha finalizado su relación con él.

6.2. FACTORES QUE INCIDEN EN EL PROBLEMA

6.2.1.- Los últimos cambios demográficos, sociales y culturales que estamos viviendo están afectando a nuestro Sistema Sanitario. [La universalidad de éste, el incremento de](#) número de [usuarios](#), [la mayor esperanza de vida](#), un mayor acceso a la información sanitaria por parte de la población general, el aumento del número de indicaciones terapéuticas que antes no se planteaban, la [exigencia del bienestar](#), la gratuidad para el ciudadano de la atención sanitaria, etc., son circunstancias que han ocasionado que el problema de las listas de espera sea una circunstancia habitual en los sistemas nacionales de salud.

6.2.2.- Como factores que inciden negativamente en el problema de las listas de espera pueden destacarse los siguientes:

6.2.2.1.- Las demoras para el acceso a las consultas de especializada, así como para pruebas complementarias imprescindibles para la realización de la indicación de la intervención quirúrgica.

6.2.2.2.- La posible falta de coordinación y colaboración suficientes entre los niveles asistenciales Primaria/Especializada para abordar el problema; y, [entre especialidades, a lo largo del proceso asistencial](#).

6.2.2.3.- El hecho de que la programación quirúrgica esté supeditada a los quirófanos disponibles por el servicio, en los que también se intervienen urgencias diferidas y se priorizan procesos con mayor prioridad que la lista de espera.

6.2.2.4.- La circunstancia de que en periodos invernales el incremento a causa de la presión de Urgencias de la ocupación de las camas médicas (procesos gripales y sus complicaciones) dificulte el ingreso de enfermos quirúrgicos programados por falta de camas.

6.2.2.5.- La escasez de otros recursos socio-sanitarios que permitan la atención de los pacientes en centros más adecuados, lo que prolonga en ocasiones su atención en Hospitales de agudos, limitando el número de altas y, por tanto, dificultando los ingresos programados.

6.2.2.6.- Se están instaurando o consolidando mecanismos de reclamación que hasta hace poco tiempo no eran concebibles; ello puede generar una medicina a la defensiva que contribuye, inevitablemente, a aumentar los costes del sistema de manera exponencial.

6.2.2.7.- Otros problemas que coexisten aunque resulten menos aparentes: La propia indefinición de la cartera de servicios del SALUD; la necesidad de una mayor adaptación de recursos humanos y materiales a las demandas reales; la utilización ocasional de la lista de espera por parte de los profesionales como medida de presión frente a los gestores sanitarios para obtener respuesta a reivindicaciones (aumento de plantilla, quirófanos etc); la ausencia de terminales en los puntos de atención que no permite realizar captura de actividad en la propia consulta., etc

6.3. CIRCUNSTANCIAS A CONSIDERAR COMO PUNTO DE PARTIDA

6.3.1.- Hay que asumir que un tiempo de espera razonable tiene que existir; de otro modo se incrementaría el gasto sanitario de una forma insostenible. Sin embargo es lícito exigir que en ningún caso esa espera ocasione un riesgo o detrimento en la salud ni en la calidad de vida de nuestros pacientes.

6.3.2.- Si bien existen problemas puntuales de gestión de los recursos y en la gestión de la lista de espera, es justo reconocer que, actualmente, probablemente los recursos propios del SALUD no sean suficientes para el cumplimiento de los objetivos institucionales, máxime con la entrada en vigor del Decreto de Garantía de Lista de Espera.

6.3.3.- La lista de espera quirúrgica no debe ser tratada de forma individualizada, sino integrada dentro del proceso asistencial. Medidas en la agilización de las demoras en las consultas externas de atención especializada y exploraciones complementarias generan un incremento en las entradas en las listas de espera para intervenciones.

6.3.4.- Es preferible que en lugar de planes de choque o medidas puntuales como las que se vienen realizando fundamentalmente a finales de cada año, se realicen actuaciones mantenidas que aseguren la asistencia garantizando los tiempos máximos establecidos de forma definitiva.

6.3.5.- Es necesario incentivar positivamente el uso adecuado de los servicios sanitarios por los ciudadanos y estimular la responsabilidad de cada ciudadano sobre su salud y sobre el consumo adecuado de los servicios sanitarios. La educación sanitaria podría ser un instrumento útil para mejorar el grado de adecuación del consumo de productos y servicios sanitarios.

6.4. PROPUESTAS CONCRETAS PARA COMBATIR EL PROBLEMA:

6.4.1- La implantación, de la forma más ambiciosa y generalizada posible, de consultas de alta resolución, cuyo concepto es el establecimiento del diagnóstico y tratamiento en un único acto asistencial ambulatorio, con la emisión del correspondiente informe clínico, y derivación a su médico de cabecera.

La secuencia podría ser la siguiente:

6.4.1.1.- Detección de los procesos asistenciales susceptibles de ser estudiados, tratados y remitidos desde Especializada a Primaria tras una consulta única.

6.4.1.2.- Desarrollo de las Guías y Vías Clínicas por parte de los profesionales.

6.4.1.3.- Implantación completa de la Telecita (sistema que ya se está poniendo en marcha por los responsables sanitarios) que permita a los Centros de Salud la cita de los pacientes seleccionados desde Primaria.

6.4.1.4.- Adecuación de la estructura de las agendas para permitir la realización de las exploraciones complementarias precisas antes de la visita con sus consiguientes resultados validados o informes emitidos.

6.4.1.5.- Dotación informática a todas las consultas al objeto de poder emitir un informe de alta clínica en el mismo acto asistencial.

6.4.1.6.- La última fase sería la historia clínica única informatizada para toda la comunidad.

6.4.2.- La mejora de la atención sanitaria urgente

- Hay factores (la medicina defensiva, el uso inadecuado de los ciudadanos de los Servicios de Urgencia Hospitalarios, la presión del paciente o de su entorno familiar, la situación social, etc.) que están ocasionando que un porcentaje, difícil de cuantificar, de los ingresos que provienen de Urgencias no sean procedentes.

- Debería estudiarse la conveniencia de crear unidades de consulta rápida, asignando de forma permanente a un médico adjunto a dicha Unidad con el objeto de acelerar la atención de los pacientes que acuden a los servicios de urgencia con situaciones de “urgencia menor” o de “no urgencia”, ayudar a descongestionar el área médica, disminuir el número de reclamaciones que dichas patologías generan y disminuir el tiempo medio de estancia en los servicios de Urgencias Hospitalarias.

6.4.3.- Adecuación de camas hospitalarias

- La estacionalidad de algunas enfermedades hace que se colapsen o se saturen las urgencias de los hospitales en momentos en los que los ingresos programados para el cumplimiento de los objetivos de lista de espera quirúrgica se ven incrementados por programas especiales de tarde. Sin embargo, existen periodos del año en los que la actividad hospitalaria decrece de tal forma en la que se producen cierres de unidades a fin de contener el gasto hospitalario.

- Existen acciones de mejora específica que pasan por una correcta gestión de camas de las unidades de hospitalización convencional. Estas acciones pueden limitarse a la gestión interna de cada uno de los hospitales o bien realizar una utilización conjunta y coordinada de todos los recursos hospitalarios de la comunidad.

6.4.3.1. A nivel hospitalario:

a) Planificación de la actividad programada.

- Junto a la capacidad quirúrgica de los servicios se debe adecuar el recurso cama.

- Ningún proceso que pueda ser realizado por Cirugía Mayor Ambulatoria debería realizar estancias hospitalarias.

- También se deben evitar las estancias prequirúrgicas estableciendo protocolos consensuados, e implicando de forma activa a todos los Servicios protagonistas de la atención al paciente, a fin de resolver de

forma ambulatoria las posibles patologías que deben ser tratadas antes de la intervención (diabetes, tratamientos anticoagulantes, etc.).

- Las altas hospitalarias se deben agilizar a fin de liberar las camas a primeras horas de la mañana.

b) Utilización de otros recursos hospitalarios.

Existen épocas del año en que la actividad asistencial decrece. Se podría valorar aumentar el rendimiento de la cirugía y otros procesos programados en estos periodos, permitiendo una menor presión asistencial en periodos invernales.

c) Puesta en marcha de otros recursos

Existen experiencias ya puestas en marcha en otras Comunidades Autónomas para un manejo más ágil de la hospitalización, como pueden ser las Unidades de Corta Estancia, las Unidades Clínicas, Plantas Coordinadoras del Ingreso de Urgencias, etc..., que no evitan ingresos, que no cuestionan la idoneidad de un ingreso, pero que facilitan la atención más rápida, y por tanto agilizan el alta del paciente.

6.4.3.2. A nivel de Comunidad

La posibilidad de trasladar la actividad extraordinaria de tarde a otros hospitales públicos con menor presión de urgencias permite asegurar el cumplimiento de la lista de espera, evitando su reducción o desprogramación por el recurso cama.

El programa que actualmente se realiza con Traumatología para prótesis de rodilla y cadera podría extenderse a otros procesos y otras

especialidades, protocolizando y unificando criterios de utilización para todos los hospitales de la Comunidad.

6.4.4.- Atención a pacientes en centros alternativos

En este apartado hay que incluir:

6.4.4.1.- Conciertos con centros ajenos

En este sentido hay que apuntar que el Departamento de Salud y Consumo de la Diputación General de Aragón está trabajando para mejorar los conciertos que se realizan con centros ajenos, sobre todo a partir de la Orden de 29 de octubre de 2004., que regula la relación con los proveedores privados para la concertación de procedimientos o el establecimiento de convenios singulares de colaboración.

6.4.4.2.- Aliviar la carga sanitaria que suponen los ingresos de pacientes en los que existe una necesidad de tipo social o asistencial más que sanitaria, mediante centros asistenciales que asuman estas situaciones.

Existe una necesidad social y sanitaria de lograr un mayor establecimiento de servicios especializados en geriatría y gerontología como una forma complementaria de disminuir la lista de espera.

6.4.5.- Incremento de la actividad por la tarde, tanto en consultas externas como en pruebas diagnósticas y sesiones quirúrgicas.

- Consta que la ampliación de horarios ya se está aplicando para la realización de algunas pruebas (ej. colonoscopias) e incluso se está estudiando para consultas en algunos centros.

- La idea de la que partimos —que, en su caso, habrá de ser objeto del oportuno estudio y matizaciones— es la de que, mientras existen listas de espera, no parece razonable que las máquinas que realizan pruebas permanezcan paradas; habría que hacerlas trabajar el mayor tiempo posible.

6.4.6.- Mejora de los sistemas de información sanitaria

Ello incluye medidas como las siguientes:

6.4.6.1.- Acelerar la implantación del modelo único de historia clínica electrónica accesible en ambos niveles

6.4.6.2.- Fomentar la utilización de la telemedicina

6.4.6.3.- Implantar la receta electrónica y diseñar un sistema informático de ayuda a la prescripción

6.4.7.- Establecimiento de criterios clínicos y sociales de priorización en las listas de espera

- La mejora de las listas de espera pasa ineludiblemente por la gestión clínica, considerando criterios de inclusión de evidencia científica en la indicación y en la efectividad del procedimiento o intervención y con criterios de eficiencia en la utilización de los recursos priorizando por gravedad, posibilidad de mejora (indicación y valoración de mayor posibilidad de beneficio) y criterios de carácter social (como las limitaciones laborales, disponer o carecer de un cuidador o que el paciente tenga personas a su cargo ...).

- Es necesario disponer de una buena organización de los servicios asistenciales y de un sistema de información adecuado para la recogida de datos y aplicación del sistema de priorización.

6.4.8.- Actuaciones ante la falta de presentación de pacientes en las visitas programadas.

- Deberían estudiarse las cifras de pacientes que no acuden a las citas que han solicitado previamente para las distintas especialidades y los porcentajes de citas fallidas en las distintas especialidades.

- Si dichos porcentajes son significativos, habrían de aplicarse medidas para solucionar el problema que ello causa como contactar en los días inmediatos al de una consulta con los pacientes citados, a fin de confirmar su asistencia a la misma, de modo que aquéllos que no tuvieran previsto acudir pudieran ser sustituidos por otros pacientes en lista de espera; o incrementar el número de pacientes llamados en un porcentaje similar al de fallos detectados, con un seguimiento periódico que ajustara dicho incremento a los resultados obtenidos, etc.

ANEXO*

El Departamento de Salud y Consumo de la Diputación General de Aragón, en su página web publica, entre otras muchas cuestiones, la situación de la lista de espera para una intervención quirúrgica, para una consulta externa y para una prueba diagnóstica en los diferentes centros asistenciales del Salud.

Asimismo, ofrece información sobre el Decreto de Garantías y los procesos garantizados, realizando una serie de explicaciones sobre los términos que utiliza.

Lista de espera

Quirúrgica, de Consultas Externas y Pruebas Diagnósticas

El Departamento de Salud y Consumo ofrece información sobre:

[Decreto de Garantías](#): contenido del Decreto sobre garantía de plazo en la atención quirúrgica en el sistema de salud de Aragón

[Procesos garantizados](#): listado de intervenciones quirúrgicas para las que se definen garantía de tiempo máximo hasta la intervención, plazos máximos según nivel de prioridad, sistema de garantías y procedimiento para hacer efectiva las mismas

[Definiciones](#) de los términos utilizados

[Situación de las lista de espera](#): información sobre tiempos de espera para una intervención quirúrgica, para una consulta externa y para una prueba diagnóstica en los diferentes centros asistenciales del SALUD

Los objetivos del Departamento de Salud y Consumo al ofrecer esta información son:

Facilitar a los pacientes información sobre el sistema de garantías y cómo acceder al mismo

Cumplir el compromiso de informar a la población sobre la situación de las demoras asistenciales en los centros del SALUD

* Datos estadísticos sobre listas de espera que figuran en la página web del Gobierno de Aragón.

Definiciones

Registro de Demanda Quirúrgica en Aragón

Registro en el que se encuentran incluidos todos los pacientes pendientes de un procedimiento quirúrgico no urgente en cualquier Centro del Sistema de Salud de Aragón.

Lista de espera quirúrgica

Incluye los pacientes que, en un momento dado, se encuentran en situación de ser intervenidos quirúrgicamente y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles.

Lista de espera de consultas externas y pruebas diagnósticas

Incluye los pacientes que, en un momento dado, se encuentran pendientes de ser vistos en consulta nueva de atención especializada o de la realización de una prueba diagnóstica, y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles.

Procesos más frecuentes

Incluye a los pacientes pendientes de intervención quirúrgica de alguno de los procesos que más se intervienen en los Centros del Sistema de Salud de Aragón.

Más de 180 días

Número total de pacientes que llevan esperando más de 180 días una intervención quirúrgica y cuya demora es atribuible a la organización y recursos disponibles.

Demora Media

Es el número de días en promedio que llevan esperando todos los pacientes en lista de espera a último día del mes. Se calcula de la siguiente manera:

Suma de días (Fecha corte* - Fecha inclusión**)
Total de pacientes en Lista de Espera

- * Fecha corte: último día del mes / periodo de estudio
 ** Fecha inclusión: Fecha de inclusión del paciente en el Registro de Demanda Quirúrgica

DATOS CORRESPONDIENTES A ABRIL DE 2005**Lista de espera quirúrgica****Especialidades quirúrgicas**

Especialidades	Más de 180 días nº. pacientes	Demora Media (días)
Angiología / Cirugía vascular	71	95
Cirugía Cardíaca	0	58
Cirugía Gral y de digestivo	165	75
Cirugía Maxilofacial	77	145
Cirugía Pediátrica	14	61
Cirugía Plástica	1	44
Cirugía Torácica	1	27
Dermatología	34	78
Ginecología	2	41
Neurocirugía	29	100
Oftalmología	133	64
Otorrinolaringología	43	68
Traumatología	229	80
Urología	20	53

Procesos más frecuentes

Procesos	Más de 180 días nº. pacientes	Demora Media (días)
Catarata	61	59
Varices	61	95
Adeno-amigdalectomía	3	60
Colecistectomía	36	84
Hernia inguinal / crural	15	70
Hipertrofia benigna de próstata	7	65
Quiste pilonidal	7	80
Hallux valgus	31	86
Artroscopia	30	77
Prótesis cadera	18	76
Prótesis rodilla	20	74

Tiempo en lista esperado por los pacientes operados durante el mes

Especialidad	Menos de un mes	1 a 3 meses	3 a 4 meses	4 a 6 meses	más de 6 meses
Angiología / Cirugía vascular	11	56	7	58	50
Cirugía Cardíaca	2	4	14	10	1
Cirugía Gral y de digestivo	205	344	81	238	161
Cirugía Maxilofacial	12	5	3	3	25
Cirugía Pediátrica	25	48	38	66	21
Cirugía Plástica	102	49	3	17	3
Cirugía Torácica	23	8	0	2	0
Dermatología	86	28	7	17	20
Ginecología	133	169	23	30	2
Neurocirugía	13	19	13	21	9
Oftalmología	76	478	252	386	142
Otorrinolaringología	73	123	36	95	34
Traumatología	55	286	133	398	315
Urología	174	239	94	114	32

Días de demora para la realización de una prueba

Tipo de Prueba	Demora Prospectiva (en días)
Radiología Simple	6
Radiología Digestivo	12
Radiología Genitourinario	15
Ecografías	55
Mamografías	110
TAC (Escaner)	31
Resonancia Magnética	83
Colonoscopias	22
Gastroscopias	12

Lista de Espera para Consultas Externas

Especialidad	Demora Prospectiva
Cardiología	44
Dermatología	47
Digestivo	29
Neurología	67
Cirugía General y Digestiva	18
Urología	39
Traumatología	58
Otorrinolaringología	26
Oftalmología	35
Ginecología	24

DATOS CORRESPONDIENTES A MAYO DE 2005**Lista de espera quirúrgica****Especialidades quirúrgicas**

Especialidades	Más de 180 días nº. pacientes	Demora Media (días)
Angiología / Cirugía vascular	50	80
Cirugía Cardíaca	1	55
Cirugía Gral y de digestivo	119	69
Cirugía Maxilofacial	67	135
Cirugía Pediátrica	7	63
Cirugía Plástica	2	43
Cirugía Torácica	0	19
Dermatología	12	74
Ginecología	1	41
Neurocirugía	25	86
Oftalmología	118	62
Otorrinolaringología	44	65
Traumatología	278	79
Urología	27	51

Procesos más frecuentes

Procesos	Más de 180 días n°. pacientes	Demora Media (días)
Catarata	46	57
Varices	35	74
Adeno-amigdalectomía	13	68
Colecistectomía	13	70
Hernia inguinal / crural	16	69
Hipertrofia benigna de próstata	4	60
Quiste pilonidal	3	68
Hallux valgus	23	79
Artroscopia	36	78
Prótesis cadera	22	74
Prótesis rodilla	32	72

Tiempo en lista esperado por los pacientes operados durante el mes

Especialidad	Menos de un mes	1 a 3 meses	3 a 4 meses	4 a 6 meses	más de 6 meses
Angiología / Cirugía vascular	4	39	35	41	88
Cirugía Cardíaca	9	2	16	4	0
Cirugía Gral y de digestivo	259	298	143	264	191
Cirugía Maxilofacial	14	5	1	2	27
Cirugía Pediátrica	42	43	50	29	39
Cirugía Plástica	88	33	6	20	3
Cirugía Torácica	20	9	0	0	0
Dermatología	52	51	9	27	40
Ginecología	125	152	31	22	2
Neurocirugía	12	17	2	14	18
Oftalmología	79	459	286	257	108
Otorrinolaringología	94	123	61	73	46
Traumatología	81	270	150	255	211
Urología	184	283	101	64	30

Días de demora para la realización de una prueba

Tipo de Prueba	Demora Prospectiva (en días)
Radiología Simple	6
Radiología Digestivo	10
Radiología Genitourinario	14
Ecografías	55
Mamografías	104
TAC (Escaner)	31
Resonancia Magnética	85
Colonoscopias	21
Gastroscopias	12

Lista de Espera para Consultas Externas

Especialidad	Demora Prospectiva
Cardiología	39
Dermatología	46
Digestivo	30
Neurología	61
Cirugía General y Digestiva	20
Urología	37
Traumatología	54
Otorrinolaringología	26
Oftalmología	35
Ginecología	24

DATOS CORRESPONDIENTES A JUNIO DE 2005**Lista de espera quirúrgica****Especialidades quirúrgicas**

Especialidades	Más de 180 días nº. pacientes	<u>Demora Media (días)</u>
Angiología / Cirugía vascular	24	72
Cirugía Cardíaca	1	61
Cirugía Gral y de digestivo	72	67
Cirugía Maxilofacial	27	121
Cirugía Pediátrica	5	68
Cirugía Plástica	1	52
Cirugía Torácica	0	15
Dermatología	1	63
Ginecología	0	42
Neurocirugía	21	83
Oftalmología	66	60
Otorrinolaringología	11	59
Traumatología	176	78
Urología	18	47

Procesos más frecuentes

Procesos	Más de 180 días nº. pacientes	<u>Demora Media (días)</u>
Catarata	16	55
Varices	11	65
Adeno-amigdalectomía	9	68
Colecistectomía	4	63
Hernia inguinal / crural	8	66
Hipertrofia benigna de próstata	1	50
Quiste pilonidal	3	69
Hallux valgus	13	77
Artroscopia	23	77
Prótesis cadera	12	78
Prótesis rodilla	18	71

Tiempo en lista esperado por los pacientes operados durante el mes

Especialidad	Menos de un mes	1 a 3 meses	3 a 4 meses	4 a 6 meses	más de 6 meses
Angiología / Cirugía vascular	4	23	26	28	46
Cirugía Cardíaca	3	10	12	3	1
Cirugía Gral y de digestivo	247	336	142	195	129
Cirugía Maxilofacial	9	12	8	11	40
Cirugía Pediátrica	34	46	37	55	14
Cirugía Plástica	85	57	7	9	1
Cirugía Torácica	21	7	1	0	1
Dermatología	64	29	17	39	20
Ginecología	122	168	23	17	6
Neurocirugía	9	5	2	13	11
Oftalmología	107	465	254	210	95
Otorrinolaringología	111	87	56	55	57
Traumatología	74	239	116	220	225
Urología	194	308	109	59	24

Días de demora para la realización de una prueba

Tipo de Prueba	Demora Prospectiva (en días)
Radiología Simple	6
Radiología Digestivo	13
Radiología Genitourinario	15
Ecografías	54
Mamografías	98
TAC (Escáner)	31
Resonancia Magnética	92
Colonoscopias	24
Gastroscopias	12

Lista de Espera para Consultas Externas

Especialidad	Demora Prospectiva
Cardiología	35
Dermatología	51
Digestivo	29
Neurología	57
Cirugía General y Digestiva	20
Urología	35
Traumatología	52
Otorrinolaringología	23
Oftalmología	38
Ginecología	25

DATOS CORRESPONDIENTES A JULIO DE 2005**Lista de espera quirúrgica****Especialidades quirúrgicas**

Especialidades	Más de 180 días nº. pacientes	Demora Media (días)
Angiología / Cirugía vascular	21	71
Cirugía Cardíaca	0	61
Cirugía Gral y de digestivo	92	73
Cirugía Maxilofacial	21	111
Cirugía Pediátrica	7	83
Cirugía Plástica	7	55
Cirugía Torácica	0	17
Dermatología	0	61
Ginecología	0	51
Neurocirugía	26	95
Oftalmología	69	67
Otorrinolaringología	10	69
Traumatología	207	85
Urología	16	51

Procesos más frecuentes

Procesos	Más de 180 días n°. pacientes	Demora Media (días)
Catarata	21	63
Varices	14	70
Adeno-amigdalectomía	3	75
Colecistectomía	11	69
Hernia inguinal / crural	19	71
Hipertrofia benigna de próstata	0	54
Quiste pilonidal	3	76
Hallux valgus	20	86
Artroscopia	29	86
Prótesis cadera	10	79
Prótesis rodilla	18	74

Tiempo en lista esperado por los pacientes operados durante el mes

Especialidad	Menos de un mes	1 a 3 meses	3 a 4 meses	4 a 6 meses	más de 6 meses
Angiología / Cirugía vascular	5	14	10	13	9
Cirugía Cardíaca	1	5	1	5	2
Cirugía Gral y de digestivo	137	144	47	121	37
Cirugía Maxilofacial	7	6	0	4	15
Cirugía Pediátrica	29	31	8	35	10
Cirugía Plástica	11	33	3	3	0
Cirugía Torácica	27	8	0	0	0
Dermatología	31	25	6	39	4
Ginecología	77	98	11	18	2
Neurocirugía	7	12	4	7	4
Oftalmología	77	230	117	144	43
Otorrinolaringología	61	57	35	53	24
Traumatología	67	174	78	139	88
Urología	158	246	42	47	15

Días de demora para la realización de una prueba

Tipo de Prueba	<u>Demora Prospectiva (en días)</u>
Radiología Simple	6
Radiología Digestivo	12
Radiología Genitourinario	18
Ecografías	56
Mamografías	97
TAC (Escáner)	32
Resonancia Magnética	89
Colonoscopias	24
Gastroscopias	12

Lista de Espera para Consultas Externas

Especialidad	<u>Demora Prospectiva</u>
Cardiología	34
Dermatología	52
Digestivo	30
Neurología	57
Cirugía General y Digestiva	20
Urología	31
Traumatología	53
Otorrinolaringología	23
Oftalmología	37
Ginecología	24

DATOS CORRESPONDIENTES A AGOSTO DE 2005**Lista de espera quirúrgica****Especialidades quirúrgicas**

Especialidades	Más de 180 días nº. pacientes	<u>Demora Media (días)</u>
Angiología / Cirugía vascular	43	90
Cirugía Cardíaca	0	67
Cirugía Gral y de digestivo	130	84
Cirugía Maxilofacial	26	129
Cirugía Pediátrica	51	104
Cirugía Plástica	24	78
Cirugía Torácica	0	24
Dermatología	3	73
Ginecología	0	67
Neurocirugía	39	114
Oftalmología	108	79
Otorrinolaringología	1	80
Traumatología	363	101
Urología	22	65

Procesos más frecuentes

Procesos	Más de 180 días nº. pacientes	<u>Demora Media (días)</u>
Catarata	58	75
Varices	38	89
Adeno-amigdalectomía	13	97
Colecistectomía	10	78
Hernia inguinal / crural	51	85
Hipertrofia benigna de próstata	1	67
Quiste pilonidal	7	96
Hallux valgus	53	109
Artroscopia	47	95
Prótesis cadera	20	94
Prótesis rodilla	25	83

Tiempo en lista esperado por los pacientes operados durante el mes

Especialidad	Menos de un mes	1 a 3 meses	3 a 4 meses	4 a 6 meses	más de 6 meses
Angiología / Cirugía vascular	7	14	3	18	8
Cirugía Cardíaca	1	8	1	8	1
Cirugía Gral y de digestivo	113	124	48	104	62
Cirugía Maxilofacial	4	6	1	5	4
Cirugía Pediátrica	11	14	9	13	15
Cirugía Plástica	20	72	2	1	3
Cirugía Torácica	17	3	0	0	0
Dermatología	47	28	4	9	12
Ginecología	46	55	13	15	5
Neurocirugía	2	2	3	0	5
Oftalmología	56	129	89	167	39
Otorrinolaringología	57	38	18	33	17
Traumatología	35	73	48	86	89
Urología	113	98	25	14	10

Días de demora para la realización de una prueba

Tipo de Prueba	<u>Demora Prospectiva (en días)</u>
Radiología Simple	7
Radiología Digestivo	13
Radiología Genitourinario	16
Ecografías	57
Mamografías	97
TAC (Escáner)	29
Resonancia Magnética	84
Colonoscopias	25
Gastroscopias	1

Lista de Espera para Consultas Externas

Especialidad	<u>Demora Prospectiva</u>
Cardiología	36
Dermatología	56
Digestivo	36
Neurología	62
Cirugía General y Digestiva	19
Urología	28
Traumatología	58
Otorrinolaringología	25
Oftalmología	35
Ginecología	26

DATOS CORRESPONDIENTES A SEPTIEMBRE DE 2005

Lista de espera quirúrgica

Especialidades quirúrgicas

Especialidades	Más de 180 días nº. pacientes	<u>Demora Media (días)</u>
Angiología / Cirugía vascular	43	94
Cirugía Cardíaca	2	85
Cirugía Gral y de digestivo	170	78
Cirugía Maxilofacial	28	127
Cirugía Pediátrica	50	96
Cirugía Plástica	46	81
Cirugía Torácica	5	69
Dermatología	6	74
Ginecología	6	71
Neurocirugía	55	126
Oftalmología	175	81
Otorrinolaringología	36	86
Traumatología	470	104
Urología	25	62

Procesos más frecuentes

Procesos	Más de 180 días nº. pacientes	<u>Demora Media (días)</u>
Catarata	94	77
Varices	37	96
Adeno-amigdalectomía	25	98
Colecistectomía	16	78
Hernia inguinal / crural	36	80
Hipertrofia benigna de próstata	1	65
Quiste pilonidal	8	79
Hallux valgus	57	110
Artroscopia	66	98
Prótesis cadera	22	90
Prótesis rodilla	39	89

Tiempo en lista esperado por los pacientes operados durante el mes

Especialidad	Menos de un mes	1 a 3 meses	3 a 4 meses	4 a 6 meses	más de 6 meses
Angiología / Cirugía vascular	2	22	11	36	49
Cirugía Cardíaca	0	7	2	10	1
Cirugía Gral y de digestivo	134	156	69	160	149
Cirugía Maxilofacial	3	9	1	12	19
Cirugía Pediátrica	17	17	11	37	102
Cirugía Plástica	18	79	15	8	13
Cirugía Torácica	18	27	2	3	1
Dermatología	53	23	6	24	16
Ginecología	66	77	38	29	12
Neurocirugía	3	5	1	2	10
Oftalmología	66	119	190	322	88
Otorrinolaringología	62	53	34	84	36
Traumatología	48	93	119	216	266
Urología	118	262	123	92	25

Días de demora para la realización de una prueba

Tipo de Prueba	Demora Prospectiva (en días)
Radiología Simple	7
Radiología Digestivo	12
Radiología Genitourinario	17
Ecografías	57
Mamografías	97
TAC (Escáner)	27
Resonancia Magnética	93
Colonoscopias	51
Gastroscopias	21

Lista de Espera para Consultas Externas

Especialidad	<u>Demora</u> <u>Prospectiva</u>
Cardiología	38
Dermatología	57
Digestivo	40
Neurología	63
Cirugía General y Digestiva	24
Urología	31
Traumatología	62
Otorrinolaringología	28
Oftalmología	41
Ginecología	26

DATOS CORRESPONDIENTES A OCTUBRE DE 2005**Lista de espera quirúrgica****Especialidades quirúrgicas**

Especialidades	Más de 180 días nº. pacientes	<u>Demora</u> <u>Media</u> <u>(días)</u>
Angiología / Cirugía vascular	47	96
Cirugía Cardíaca	0	72
Cirugía Gral y de digestivo	125	74
Cirugía Maxilofacial	29	120
Cirugía Pediátrica	66	91
Cirugía Plástica	53	70
Cirugía Torácica	0	38
Dermatología	5	70
Ginecología	4	66
Neurocirugía	48	116
Obstetricia	0	18
Oftalmología	191	80
Otorrinolaringología	40	77
Traumatología	452	100
Urología	15	55

Procesos más frecuentes

Procesos	Más de 180 días n°. pacientes	Demora Media (días)
Catarata	106	75
Varices	40	100
Adeno-amigdalectomía	19	89
Colecistectomía	13	80
Hipertrofia benigna de próstata	2	63
Quiste pilonidal	3	67
Hallux valgus	40	103
Artroscopia	77	102
Prótesis cadera	32	83
Prótesis rodilla	43	86

Tiempo en lista esperado por los pacientes operados durante el mes

Especialidad	Menos de un mes	1 a 3 meses	3 a 4 meses	4 a 6 meses	más de 6 meses
Angiología / Cirugía vascular	7	17	20	62	47
Cirugía Cardíaca	2	5	4	9	2
Cirugía Gral y de digestivo	148	145	89	223	189
Cirugía Maxilofacial	1	7	1	5	18
Cirugía Pediátrica	30	37	6	60	102
Cirugía Plástica	24	77	9	5	27
Cirugía Torácica	23	19	4	0	5
Dermatología	30	21	11	28	14
Ginecología	85	60	37	85	25
Neurocirugía	8	7	4	19	31
Obstetricia	2	0	0	0	0
Oftalmología	73	160	185	424	162
Otorrinolaringología	54	54	40	89	63
Traumatología	58	119	104	240	362
Urología	163	241	85	116	37

Días de demora para la realización de una prueba

<u>Tipo de Prueba</u>	<u>Demora Prospectiva (en días)</u>
Radiología Simple	8
Radiología Digestivo	15
Radiología Genitourinario	21
Ecografías	59
Mamografías	99
TAC (Escáner)	25
Resonancia Magnética	99
Colonoscopias	52
Gastroscopias	20

Lista de Espera para Consultas Externas

<u>Especialidad</u>	<u>Demora Prospectiva</u>
Cardiología	41
Dermatología	54
Digestivo	40
Neurología	59
Cirugía General y Digestiva	24
Urología	30
Traumatología	62
Otorrinolaringología	27
Oftalmología	43
Ginecología	28

DATOS CORRESPONDIENTES A NOVIEMBRE DE 2005

Lista de espera quirúrgica

Especialidades quirúrgicas

Especialidades	Más de 180 días nº. pacientes	<u>Demora Media (días)</u>
Angiología / Cirugía vascular	40	83
Cirugía Cardíaca	0	69
Cirugía Gral y de digestivo	81	67
Cirugía Maxilofacial	14	100
Cirugía Pediátrica	24	77
Cirugía Plástica	49	67
Cirugía Torácica	0	28
Dermatología	0	66
Ginecología	5	55
Neurocirugía	62	116
Obstetricia	0	35
Oftalmología	148	69
Otorrinolaringología	32	65
Traumatología	346	86
Urología	17	46

Procesos más frecuentes

Procesos	Más de 180 días nº. pacientes	<u>Demora Media (días)</u>
Catarata	101	68
Varices	36	86
Adeno-amigdalectomía	4	78
Colecistectomía	10	74
Hipertrofia benigna de próstata	1	54
Quiste pilonidal	3	66
Hallux valgus	38	91
Artroscopia	53	89
Prótesis cadera	26	75
Prótesis rodilla	48	78

Tiempo en lista esperado por los pacientes operados durante el mes

Especialidad	Menos de un mes	1 a 3 meses	3 a 4 meses	4 a 6 meses	más de 6 meses
Angiología / Cirugía vascular	5	29	22	70	53
Cirugía Cardíaca	1	7	4	8	2
Cirugía Gral y de digestivo	157	277	91	304	194
Cirugía Maxilofacial	11	8	2	12	21
Cirugía Pediátrica	25	29	5	55	111
Cirugía Plástica	29	91	6	15	13
Cirugía Torácica	28	2	1	4	0
Dermatología	57	22	11	41	12
Ginecología	97	107	22	107	20
Neurocirugía	6	10	5	7	24
Obstetricia	1	5	0	0	0
Oftalmología	66	211	178	435	225
Otorrinolaringología	61	90	31	100	74
Traumatología	79	164	89	338	437
Urología	178	252	58	107	33

Días de demora para la realización de una prueba

Tipo de Prueba	Demora Prospectiva (en días)
Radiología Simple	8
Radiología Digestivo	17
Radiología Genitourinario	17
Ecografías	59
Mamografías	102
TAC (Escáner)	24
Resonancia Magnética	100
Colonoscopias	51
Gastroscopias	20

Lista de Espera para Consultas Externas

Especialidad	<u>Demora Prospectiva</u>
Cardiología	40
Dermatología	49
Digestivo	39
Neurología	57
Cirugía General y Digestiva	22
Urología	28
Traumatología	62
Otorrinolaringología	27
Oftalmología	40
Ginecología	26

DATOS CORRESPONDIENTES A DICIEMBRE DE 2005**Lista de espera quirúrgica****Especialidades quirúrgicas**

Especialidades	Más de 180 días nº. pacientes	<u>Demora Media (días)</u>
Angiología / Cirugía vascular	11	72
Cirugía Cardíaca	1	73
Cirugía Gral y de digestivo	21	71
Cirugía Maxilofacial	9	89
Cirugía Pediátrica	6	74
Cirugía Plástica	61	82
Cirugía Torácica	0	34
Dermatología	0	71
Ginecología	0	61
Neurocirugía	89	127
Obstetricia	0	62
Oftalmología	78	70
Otorrinolaringología	13	65
Traumatología	205	82
Urología	4	51

Procesos más frecuentes

Procesos	Más de 180 días n°. pacientes	Demora Media (días)
Catarata	40	69
Varices	11	77
Adeno-amigdalectomía	5	77
Colecistectomía	1	77
Hipertrofia benigna de próstata	0	63
Quiste pilonidal	1	72
Hallux valgus	20	84
Artroscopia	28	86
Prótesis cadera	14	75
Prótesis rodilla	25	78

Tiempo en lista esperado por los pacientes operados durante el mes

Especialidad	Menos de un mes	1 a 3 meses	3 a 4 meses	4 a 6 meses	más de 6 meses
Angiología / Cirugía vascular	6	43	18	59	47
Cirugía Cardíaca	2	8	1	2	3
Cirugía Gral y de digestivo	134	141	54	125	119
Cirugía Maxilofacial	8	3	3	14	14
Cirugía Pediátrica	30	19	15	61	61
Cirugía Plástica	20	69	7	12	12
Cirugía Torácica	19	5	0	1	0
Dermatología	38	33	8	30	11
Ginecología	71	53	12	33	11
Neurocirugía	6	6	1	1	6
Obstetricia	0	2	0	0	0
Oftalmología	54	138	162	204	149
Otorrinolaringología	57	74	14	48	46
Traumatología	48	97	48	157	233
Urología	150	178	31	46	20

Días de demora para la realización de una prueba

Tipo de Prueba	<u>Demora Prospectiva (en días)</u>
Radiología Simple	7
Radiología Digestivo	17
Radiología Genitourinario	18
Ecografías	59
Mamografías	100
TAC (Escáner)	24
Resonancia Magnética	108
Colonoscopias	50
Gastroscopias	18

Lista de Espera para Consultas Externas

Especialidad	<u>Demora Prospectiva</u>
Cardiología	40
Dermatología	47
Digestivo	44
Neurología	56
Cirugía General y Digestiva	22
Urología	28
Traumatología	60
Otorrinolaringología	27
Oftalmología	39
Ginecología	27

DATOS CORRESPONDIENTES A ENERO DE 2006**Lista de espera quirúrgica****Especialidades quirúrgicas**

Especialidades	Más de 180 días nº. pacientes	<u>Demora Media (días)</u>
Angiología / Cirugía vascular	29	78
Cirugía Cardíaca	5	85
Cirugía Gral y de digestivo	65	76
Cirugía Maxilofacial	14	97
Cirugía Pediátrica	24	79
Cirugía Plástica	71	93
Cirugía Torácica	0	26
Dermatología	26	77
Ginecología	16	63
Neurocirugía	111	147
Obstetricia	0	94
Oftalmología	103	72
Otorrinolaringología	34	72
Traumatología	281	88
Urología	17	54

Procesos más frecuentes

Procesos	Más de 180 días nº. pacientes	<u>Demora Media (días)</u>
Catarata	80	73
Varices	27	82
Adeno-amigdalectomía	22	87
Colecistectomía	11	83
Hipertrofia benigna de próstata	3	68
Quiste pilonidal	2	76
Hallux valgus	36	92
Artroscopia	38	87
Prótesis cadera	28	88
Prótesis rodilla	39	87

Tiempo en lista esperado por los pacientes operados durante el mes

Especialidad	Menos de un mes	1 a 3 meses	3 a 4 meses	4 a 6 meses	más de 6 meses
Angiología / Cirugía vascular	5	25	14	7	35
Cirugía Cardíaca	2	10	3	2	3
Cirugía Gral y de digestivo	142	160	105	192	110
Cirugía Maxilofacial	7	8	2	6	11
Cirugía Pediátrica	16	22	20	23	34
Cirugía Plástica	6	32	35	11	13
Cirugía Torácica	30	1	0	1	0
Dermatología	72	41	4	6	8
Ginecología	67	88	23	23	15
Neurocirugía	5	10	1	1	10
Obstetricia	1	0	1	0	0
Oftalmología	56	186	183	251	124
Otorrinolaringología	49	103	27	38	23
Traumatología	35	122	65	140	204
Urología	100	235	70	41	25

Días de demora para la realización de una prueba

Tipo de Prueba	Demora Prospectiva (en días)
Radiología Simple	7
Radiología Digestivo	14
Radiología Genitourinario	17
Ecografías	60
Mamografías	112
TAC (Escáner)	27
Resonancia Magnética	115
Colonoscopias	55
Gastroscopias	21

Lista de Espera para Consultas Externas

Especialidad	Demora Prospectiva
Cardiología	41
Dermatología	42
Digestivo	42
Neurología	53
Cirugía General y Digestiva	21
Urología	26
Traumatología	50
Otorrinolaringología	25
Oftalmología	37
Ginecología	25

DATOS CORRESPONDIENTES A FEBRERO DE 2006**Lista de espera quirúrgica****Especialidades quirúrgicas**

Especialidades	Más de 180 días nº. pacientes	Demora Media (días)
Angiología / Cirugía vascular	30	79
Cirugía Cardíaca	5	72
Cirugía Gral y de digestivo	33	70
Cirugía Maxilofacial	7	98
Cirugía Pediátrica	8	78
Cirugía Plástica	72	95
Cirugía Torácica	0	20
Dermatología	35	87
Ginecología	12	58
Neurocirugía	101	148
Obstetricia	0	72
Oftalmología	154	69
Otorrinolaringología	34	68
Traumatología	262	83
Urología	16	48

Procesos más frecuentes

Procesos	Más de 180 días n°. pacientes	Demora Media (días)
Catarata	137	70
Varices	26	80
Adeno-amigdalectomía	9	84
Colecistectomía	3	72
Hipertrofia benigna de próstata	3	60
Quiste pilonidal	1	71
Hallux valgus	26	81
Artroscopia	41	82
Prótesis cadera	29	92
Prótesis rodilla	55	87

Tiempo en lista esperado por los pacientes operados durante el mes

Especialidad	Menos de un mes	1 a 3 meses	3 a 4 meses	4 a 6 meses	más de 6 meses
Angiología / Cirugía vascular	4	20	6	11	20
Cirugía Cardíaca	1	3	0	9	8
Cirugía Gral y de digestivo	117	168	90	192	130
Cirugía Maxilofacial	10	6	2	7	7
Cirugía Pediátrica	28	40	11	42	33
Cirugía Plástica	17	39	26	20	26
Cirugía Torácica	16	0	1	0	0
Dermatología	84	11	7	7	12
Ginecología	99	63	16	54	18
Neurocirugía	6	8	2	2	20
Obstetricia	0	0	5	1	0
Oftalmología	72	193	176	207	99
Otorrinolaringología	65	68	27	35	40
Traumatología	52	104	74	167	221
Urología	118	159	67	52	25

Lista de Espera para Consultas Externas

Especialidad	Demora Prospectiva
Cardiología	40
Dermatología	42
Digestivo	42
Neurología	50
Cirugía General y Digestiva	20
Urología	24
Traumatología	47
Otorrinolaringología	26
Oftalmología	41
Ginecología	24