



2ª JORNADA DE LUCHA ESTATAL CONTRA  
LAS LISTAS ESPERA, 24 MAYO 2018

# LAS LISTAS DE ESPERA TIENEN SOLUCIÓN

**Las listas de espera, diagnósticas y quirúrgicas, son el principal problema sanitario en todo el estado. En los últimos años, como resultado del plan de deterioro, desmantelamiento y privatización del sistema sanitario, se han incrementado hasta cifras impensables.**

Desde la aprobación en 1986 de la Ley General de Sanidad, todas las comunidades autónomas, independientemente del partido gobernante, se han encontrado con este problema, y lejos de solucionarlo, han evitado acometer medidas radicales para solucionarlo. La privatización puesta en marcha tras la aprobación de la Ley 15/97 de "Nuevas Formas de Gestión" ha agravado aun más el problema.

Durante los últimos 30 años los partidos políticos han evitado publicar los datos de las listas de espera por comunidades, para evitar las bochornosas comparaciones. Solo a partir de 2016 han comenzado a dar cifras generales.

**Lista de espera quirúrgica.** Según los últimos datos oficiales

disponibles<sup>1</sup>, en junio de 2017 había más de 604.000 personas en la "**lista de espera estructural**", de las cuales casi el 15% esperaban más de seis meses a ser intervenidas. Catalunya con 157.000 personas, Madrid 59.000 y Comunidad Valenciana 58.000, comunidades con mayor privatización, aportan casi la mitad de las personas.

Respecto a 2008 las cifras casi se han duplicado<sup>2</sup> (364.000 personas), mientras que el tiempo medio de espera ha pasado de 71 días a 104, por lo que es indudable que los recortes reali-

<sup>1</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Datos a 30-06-2017 [https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores\\_Resumen\\_Junio\\_2017.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores_Resumen_Junio_2017.pdf)

<sup>2</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Datos a 31 diciembre 2008 <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/listaDiciembre08Cl2.pdf>

zados en los últimos 10 años han afectado gravemente al sistema.

Catalunya con 22 por 1.000 habitantes, Extremadura con 20, Murcia con 19, Castilla la Mancha con 18, y Canarias y Asturias con 17 por 1.000 personas pendientes de intervención encabezan esta desgraciada clasificación. Respecto a la espera de más de seis meses, canarios y castellano manchegos con el 33%, y catalanes con el 25% se sitúan a la cabeza. País Vasco y Asturias aseguran no tener ningún paciente esperando más de 6 meses.

A estas 604.000 personas habría que sumar entre un 15 y un 20% más (personas que han rechazado ser operadas en centros privados y son excluidas de la lista de espera estructural, y los pacientes "*transitoriamente no programables*"), por lo que la cifra real podría ser cercana a 750.000 pacientes.

**Lista de espera diagnóstica.** Los últimos datos oficiales dan 1.863.070 personas a la espera de una primera consulta con el especialista, es decir una tasa de 44 por 1.000 habitantes, con un tiempo medio de espera

de 58 días. Canarias con 107 y Catalunya con 87 días de espera media son los territorios con peores datos, frente a los 20 días del País Vasco. Por otra parte, signo del deterioro que sufre el sistema sanitario canario, el 85% de sus pacientes esperan más de sesenta días a ser vistos en primera consulta. Cantabria ocupa el segundo lugar con 76,4%

**Estas cifras**, vergonzosas, implican graves daños potenciales para aquellos que se ven obligados a esperar, pudiendo ocurrir que haya personas que fallecen antes de ser atendidos. Sin embargo, **no son reales**. El sistema utiliza diferentes estrategias para falsear los datos, ya sea mediante el retraso planificado en la entrada en la lista; el bloqueo y cierre de agendas; la utilización de “baúles” donde se guardan las citas de personas que aun habiendo recibido la indicación del facultativo, no entran en la lista “oficial”, excluyendo a los que no aceptan ser intervenidos en centros privados; hasta diferentes tipos de presiones para demorar la indicación<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Existen diferentes sistemas. Por ejemplo, “baúles informáticos”. El administrativo va apuntando pacientes para la lista de espera. Al traspasar un número determinado de “huecos”, el sistema impide seguir apuntando pacientes a la lista de espera, y pasan a una especie de “baúl”, donde son “retenidos” hasta que en la lista de espera “oficial” vayan quedando “huecos”. Otro son las “carpetas físicas” donde se guardan los volantes hasta que la lista de espera se desbloquee o que existan huecos en las agendas. Otro muy utilizado es comunicar al paciente que no se le puede citar en ese momento y “que ya se le llamará”. Mientras eso ocurre, el paciente se mantiene en un limbo: con indicación del médico, pero sin entrar realmente en la lista de espera.

Por tanto, el deterioro provocado durante los últimos años, ha provocado que el **“cuello de botella” haya pasado de las intervenciones quirúrgicas, al proceso diagnóstico (primera cita con el especialista)**, retrasando aún más la posible resolución de los problemas de salud, pudiendo ocurrir que haya personas que fallecen antes de ser diagnosticadas o recibir tratamiento<sup>4</sup>.

Uno de los objetivos de esta estrategia de deterioro planificado es la de “empujar” a sectores de población, que aun disponen de cierta capacidad económica, hacia los seguros privados, en una suerte de “huida” del sistema “público”. Así, a pesar de la “crisis económica”, **se ha pasado de 5,3 millones de personas en 2006, a 7,5 millones en 2017** con un seguro sanitario privado, es decir de 2,2 millones de personas más (41,5% de incremento), mientras que la recaudación por las primas aumentó en 2.570 millones € (un incremento del 86%).

Aunque hay pequeñas variaciones según las fuentes (datos de 2017) las Comunidades Autónomas que tienen una mayor penetración del seguro privado son: Madrid un 34%, Baleares 30% y Catalunya 29%. Navarra con 8% y Cantabria con el 5% están a la cola, mientras la media

<sup>4</sup> Cada vez nos comunican más casos contrastados de pacientes con sospecha de enfermedades graves, cuyas pruebas diagnósticas se han demorado hasta 4-5 meses, o pacientes con cáncer confirmado cuya intervención quirúrgica se ha demorado varios meses.

estatal está en el 20,6%. También, las Comunidades Autónomas con menor gasto sanitario público per cápita, se encuentran situadas entre las de mayor penetración del seguro privado. Es evidente que a menor gasto sanitario público le sucede un mayor deterioro asistencial y un incremento de seguros sanitarios privados<sup>5</sup>.

Sin embargo, es posible enfrentar el problema de las listas de espera y reducir las en gran parte, reduciendo el dolor de los pacientes y sus familias, e incluso reduciendo el gasto sanitario. Pero eso exige tomar una serie de medidas de sentido común, comenzando por utilizar al 100 por 100 los recursos existentes en el Sistema Nacional de Salud. Quirófanos, alta tecnología diagnóstica, laboratorios, consultas, deben de ser utilizados como mínimo de 8 a 21 horas<sup>6</sup> para sacarles rendimiento. Lo que colisionará con intereses particulares que están instaurados con mucha fuerza dentro de la Administración Sanitaria:

**1 Creación de un turno de tarde en los hospitales en las categorías que sean necesarias.** Al contrario que la atención primaria, donde en algunas localidades existen turnos de mañana y tarde, en los hospitales, a partir de las 15 horas, sola-

<sup>5</sup> IDIS. Análisis de situación 2018 [https://www.fundacionidis.com/wp-content/informes/versionweb/informe\\_analisis\\_situac\\_idis2018.pdf](https://www.fundacionidis.com/wp-content/informes/versionweb/informe_analisis_situac_idis2018.pdf)

<sup>6</sup> No se puede permitir que alta tecnología, como los PET por ejemplo, funcionen en algunos grandes centros menos de 7 horas al día.

mente permanecen médicos de guardia hasta las 8 horas del día siguiente. La jornada de tarde, de 15 a 21 horas pasa a ser un tiempo en el que muchos recursos solo se utilizan si existe una urgencia. La instauración de este turno para los médicos, como ya tienen el resto de las categorías, implicaría:

— Crear empleo en las especialidades médicas que se necesitan y en otras categorías.

— Reducir las listas de espera desde el sector “público”.

— Evitar el despilfarro que supone que profesionales cuya formación nos ha costado entre 250.000 - 300.000 € emigren a otros países.

**2 Supresión de las “horas extras”<sup>7</sup>.** La realización de actividad fuera de la jornada ordinaria, generalmente por las tardes (“peonadas”, “autoconciación...”) como método para reducir las listas de espera, sería innecesaria ya que habría profesionales, con empleos dignos haciendo ese trabajo y optimizando los recursos del sistema.

**3 Incompatibilidad absoluta público-privado.** Establecimiento de incompatibilidades médicas absolutas para evitar la parasitación del sistema público. Es inconcebible que el sistema sanitario público permita esta

<sup>7</sup> En todo el estado existe desde hace décadas este sistema perverso, en parte alimentado por determinados sectores y puesto en marcha por los políticos en muchas ocasiones ante la cercanía de procesos electorales. En esencia son horas fuera de la jornada ordinaria, que se pagan a los profesionales o económicamente o con tiempo libre.

doble vinculación. ¿Qué empresa automovilística, por ejemplo, permite que sus ingenieros trabajen para la competencia? En el sistema público se ha permitido y ha dado lugar a la corrupción que todos conocemos.

**4 Supresión de los conciertos con centros privados.** Implica la derogación del artículo 90 de la Ley General de Sanidad<sup>8</sup>. Con la disculpa de “complementar” y “apoyar” al sistema público, desde 1986 se ha utilizado este artículo para derivar a los centros privados pacientes rentables, intervenciones sencillas, pruebas diagnósticas, etc., mientras en los centros “públicos” quedan lo complejo y lo “no rentable”. Además, el seguimiento de las intervenciones y sus complicaciones recae con posterioridad en el “sector público”, no en quienes han realizado la intervención en la privada. Se produciría un ahorro considerable y una mejora de la calidad de la atención dado que las intervenciones en centros privados tienen peores resultados<sup>9, 10</sup>, son

<sup>8</sup> Artículo 90.1. Las Administraciones Públicas Sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrán establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas. A tales efectos, las distintas Administraciones Públicas tendrán en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios.

<sup>9</sup> Devereux, PJ, CMAJ, may 28, 2002. A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private notfor-profit hospitals.

<sup>10</sup> Devereaux PJ, JAMA. 2002 Nov 20;288(19):2449-57. Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers: a systematic review and meta-analysis.

más caras<sup>11</sup>, aparte de que en muchas ocasiones son realizadas por facultativos diferentes de los que han realizado el diagnóstico y seguimiento a los pacientes.

**5 Establecimiento de plazos para la atención y gasto por habitante, similares en todo el estado, independientemente del lugar de residencia.**

Es absolutamente necesario acabar con las enormes diferencias en la atención. Tres décadas después de la aprobación de la LGS, las diferencias entre comunidades autónomas son vergonzosas y van en aumento. Las diferencias de financiación sanitaria por territorios, y por tanto en el gasto por persona protegida ha dado lugar a servicios sanitarios de primera y otros que rayan el tercermundismo<sup>12</sup>. Hay vergonzosas diferencias en el acceso al sistema y en las lista de espera, que se traducen en morbilidad y mortalidad innecesarias.

Es urgente establecer plazos similares para consultas, pruebas diagnósticas y cirugía, así como acabar con las diferencias en el gasto sanitario per cápita.

**6 Asignación automática y entrega de un código al paciente en el momento de la decisión clínica de petición de prueba diagnóstica o in-**

<sup>11</sup> Cedlia Quercioli et al.. J of Epidemiol & Comm Health. 2012. The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: longitudinal cross-regional results from Italy: 1993-2003.

<sup>12</sup> 2018: País Vasco 1.695 euros por habitante, Andalucía 1.158 euros, es decir, una diferencia de 537 euros por habitante.

**tervención.** Para evitar los “limbos”, “pre-listas”, y demás sistemas de ingeniería, utilizados por todos los servicios autonómicos de salud para maquillar y retrasar la entrada de los pacientes en la lista de espera, se debe de entregar al paciente en el momento de la indicación, algún tipo de documento que permita asegurar la entrada automática en la lista de espera y su seguimiento posterior por parte del paciente.

**7 Democratización del sistema. Transparencia absoluta y acceso sencillo a todos los datos de actividad, calidad, gasto, adjudicaciones, del SNS.** Políticos y gestores ocultan todos los datos sensibles que permiten conocer el funcionamiento real del sistema. No es posible acceder a los datos de actividad desagregados, por servicios o profesionales, indispensables para conocer la utilización eficiente de los recursos. Tampoco es posible acceder a los datos económicos desagregados, al gasto de muchas compras, al precio de los medicamentos y muchas otras licitaciones.

## PLAZOS MÍNIMOS GARANTIZADOS POR LEY PARA TODAS LAS PERSONAS

A nivel estatal, solo existe una norma<sup>1</sup> que “garantiza” un tiempo máximo de espera, de 180 días, para cinco tipos de cirugías: cardíaca valvular, cardíaca coronaria, cataratas, prótesis de cadera y prótesis de rodilla. **Tras más de 30 años de Ley General de Sanidad, políticos de todos los signos no han tenido tiempo para garantizar por Ley plazos para el resto de intervenciones quirúrgicas, consultas externas o pruebas diagnósticas.** Cada Comunidad Autónoma ha legislado, o no, normas para sus territorios, lo que ha dado como resultado enormes diferencias en las teóricas garantías de acceso a la asistencia sanitaria. Incluso en aquellas autonomías que disponen de mejores garantías, hay una trampa muy habitual que es dar primeras citas bastante rápido pero luego las consultas sucesivas o las pruebas diagnósticas se retrasan muchos meses.

Contra las vergonzosas diferencias de trato existentes en función del lugar de residencia, proponemos la extensión a todo el estado de las garantías existentes en los territorios con normativa más avanzada:

- Consultas preferentes garantizadas en un plazo máximo de 10 días.
- Resto de consultas de atención especializada, plazo máximo de 30 días.
- Pruebas diagnósticas relacionadas con procesos de oncología y cardiología, plazo máximo 30 días.
- Pruebas diagnósticas programadas no urgentes, plazo máximo de 45 días.
- Cirugía oncológica garantizada en un plazo máximo de 30 días.
- Cirugía cardíaca garantizada un plazo máximo de 60 días.
- Resto de cirugías 120 días.

<sup>1</sup> Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

**LAS LISTAS DE ESPERA MATAN**

**HOSPITALES INFRAUTILIZADOS, PACIENTES ESPERANDO**

**DEROGACION DE LA LEY 15/97 Y DE TODAS LAS LEYES AUTONOMICAS QUE PERMITEN LA PRIVATIZACIÓN**

TU salud es SU negocio



**CAS**

Coordinadora Anti-Privatización de la Sanidad Pública - Desde 2004

[www.casmadrid.org](http://www.casmadrid.org)