



DEFENSOR DEL PUEBLO

INFORMES, ESTUDIOS Y DOCUMENTOS  
Serie III

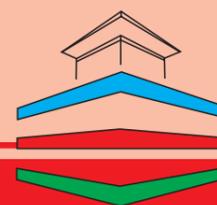
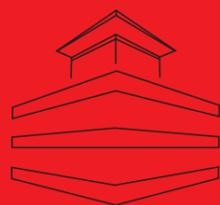
TÍTULOS PUBLICADOS

1. *Situación penitenciaria en España.*
2. *Residencias públicas y privadas de la tercera edad.*
3. *Situación penitenciaria en Cataluña.*
4. *Menores.*
5. *Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España.*
6. *Situación jurídica y asistencial de los extranjeros en España.*
7. *Atención residencial a personas con discapacidad y otros aspectos conexos.*
8. *Situación penitenciaria en España y depósitos municipales de detenidos, 1988-1996.*
9. *Seguridad y prevención de accidentes en áreas de juegos infantiles.*
10. *La violencia doméstica contra las mujeres.*
11. *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos.*
12. *La gestión de los residuos urbanos en España.*
13. *Violencia escolar: el maltrato entre iguales en la Educación Secundaria Obligatoria.*
14. *Presente y futuro de la fiscalidad del discapacitado.*
15. *El primer año de vigencia de la Ley Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores.*
16. *Listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.*

## INFORMES, ESTUDIOS Y DOCUMENTOS

### LISTAS DE ESPERA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

LISTAS DE ESPERA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Publicaciones





**INFORMES, ESTUDIOS  
Y DOCUMENTOS**

**LISTAS DE ESPERA EN EL SISTEMA  
NACIONAL DE SALUD**



DEFENSOR DEL PUEBLO

INFORMES, ESTUDIOS  
Y DOCUMENTOS

LISTAS DE ESPERA EN EL SISTEMA  
NACIONAL DE SALUD

Madrid, 2003

© Defensor del Pueblo  
Eduardo Dato, 31 - 28010 Madrid  
Correo electrónico: publicaciones@defensordelpueblo.es  
Internet: <http://www.defensordelpueblo.es>

ISBN: 84-87182-44-5  
Depósito legal: M. 14.125-2003  
Fotocomposición e impresión: Closas-Orcoyen, S. L.  
Polígono Igarsa. Paracuellos de Jarama (Madrid)

## ÍNDICE

	Pág.
<b>CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN</b> .....	11
I. EVOLUCIÓN DE LA SANIDAD EN EUROPA .....	13
II. SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL .....	14
<b>CAPÍTULO 2. APROXIMACIÓN AL ESTUDIO</b> .....	19
I. CONSIDERACIONES GENERALES .....	21
II. OPINIÓN DE LOS CIUDADANOS .....	22
III. ACTUACIONES DEL DEFENSOR DEL PUEBLO .....	23
IV. ACUERDO PARLAMENTARIO DE 1997 .....	26
V. ACUERDO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL .....	26
VI. COMISIÓN MIXTA DE RELACIONES CON EL DEFENSOR DEL PUEBLO .....	28
<b>CAPÍTULO 3. ALCANCE Y MÉTODO DEL ESTUDIO</b> .....	29
I. EXTENSIÓN DEL ESTUDIO .....	31
II. MÉTODO DEL ESTUDIO .....	31
<b>CAPÍTULO 4. CONSIDERACIONES DERIVADAS DE LA INFORMACIÓN FACILITADA POR EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD Y POR LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS</b> .....	35
I. CONSULTAS EXTERNAS Y TÉCNICAS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS .....	37
II. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS .....	40
III. ALCANCE DE LA INFORMACIÓN FACILITADA POR LAS ADMI- NISTRACIONES SANITARIAS .....	42
<b>CAPÍTULO 5. EXTENSIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA: CONSULTAS EXTERNAS Y TÉCNICAS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS</b> .....	45
I. CONSIDERACIÓN GENERAL .....	47
	7

	Pág.
II. INFORMACIÓN FACILITADA POR EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD .....	47
III. INFORMACIÓN FACILITADA POR LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.....	52
1. Comunidad Autónoma de Andalucía .....	53
2. Comunidad Autónoma de Aragón.....	58
3. Principado de Asturias .....	63
4. Comunidad Autónoma de las Illes Balears.....	65
5. Comunidad Autónoma de Canarias .....	69
6. Comunidad Autónoma de Cantabria.....	71
7. Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha .....	73
8. Comunidad Autónoma de Castilla y León .....	81
9. Comunidad Autónoma de Cataluña .....	88
10. Comunidad Valenciana.....	89
11. Comunidad Autónoma de Extremadura .....	91
12. Comunidad Autónoma de Galicia .....	97
13. Comunidad de Madrid .....	99
14. Región de Murcia .....	111
15. Comunidad Foral de Navarra.....	115
16. Comunidad Autónoma del País Vasco.....	118
17. Comunidad Autónoma de La Rioja.....	121
<b>CAPÍTULO 6. EXTENSIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS.....</b>	<b>125</b>
I. CONSIDERACIÓN GENERAL.....	127
II. INFORMACIÓN FACILITADA POR EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD .....	127
III. INFORMACIÓN FACILITADA POR LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS. CONSIDERACIÓN GENERAL.....	131
1. Comunidad Autónoma de Andalucía .....	139
2. Comunidad Autónoma de Aragón.....	144
3. Principado de Asturias .....	146
4. Comunidad Autónoma de las Illes Balears.....	149
5. Comunidad Autónoma de Canarias .....	151
6. Comunidad Autónoma de Cantabria.....	158
7. Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha .....	160
8. Comunidad Autónoma de Castilla y León .....	163
9. Comunidad Autónoma de Cataluña .....	165
10. Comunidad Valenciana.....	173
11. Comunidad Autónoma de Extremadura .....	178
12. Comunidad Autónoma de Galicia .....	183
13. Comunidad de Madrid .....	187
14. Región de Murcia .....	196
15. Comunidad Foral de Navarra.....	200
16. Comunidad Autónoma del País Vasco.....	205
17. Comunidad Autónoma de La Rioja.....	207

	<u>Pág.</u>
18. Ciudad Autónoma de Ceuta.....	209
19. Ciudad Autónoma de Melilla .....	210
<b>CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES</b> .....	<b>213</b>
I. DE CARÁCTER GENERAL .....	215
II. EN RELACIÓN CON EL ALCANCE Y MÉTODO DEL ESTUDIO .....	216
III. EN RELACIÓN CON LA GESTIÓN DE LISTAS DE ESPERA .....	217
IV. EN RELACIÓN CON LA EXTENSIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA .....	219
<b>CAPÍTULO 8. RECOMENDACIONES</b> .....	<b>221</b>
I. SISTEMAS DE INFORMACIÓN .....	224
II. GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA .....	224
III. CRITERIOS DE INDICACIÓN Y PRIORIDAD CLÍNICA.....	225
IV. TIEMPOS MÁXIMOS DE ESPERA.....	225
V. INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN .....	226



CAPÍTULO 1  
INTRODUCCIÓN



## I. EVOLUCIÓN DE LA SANIDAD EN EUROPA

Desde finales del siglo XIX los países industrializados europeos han ido desarrollando sistemas sanitarios de protección social. Sus orígenes se encuentran en Alemania en 1883, año en el que por iniciativa del canciller Bismarck se crearon los seguros sociales obligatorios, que tenían un origen gremial y, por tanto, sólo cubrían a los trabajadores pertenecientes a determinadas empresas o sectores de actividad, financiándose a través de la aportación de las cuotas de sus afiliados.

Este sistema de cobertura, que se extendió por Europa, constituye el origen de los sistemas sanitarios industrializados. Algunos de ellos fueron introduciendo ciertos cambios en su filosofía y evolucionaron hacia sistemas nacionales de salud caracterizados por su naturaleza pública, su cobertura universal y la financiación por vía de los impuestos. Este modelo, que se inició a partir de las propuestas de Lord Beveridge, tras la segunda guerra mundial, fue el implantado, entre otros países, en Holanda, Suecia, Noruega, Irlanda, Reino Unido, Grecia, Italia, Portugal y España.

Posteriormente, los sistemas de seguros sociales, aunque mantuvieron su organización y las cuotas como fuente principal de financiación, fueron evolucionando hacia la cobertura universal. De este modo, la cobertura pública de carácter universal es hoy una conquista de todos los ciudadanos y un referente de los países industrializados europeos o, lo que es lo mismo, una seña de identidad de la Unión Europea.

En España, el sistema sanitario ha ido desarrollándose, durante los siglos XX y principios del XXI, de forma paralela lógicamente al progreso económico, social y político del país. En el marco de esta evolución los dos pilares normativos que han contribuido decisivamente a la configuración del sistema público sanitario son la Constitución española, de diciembre de 1978, y la Ley General de Sanidad, de abril de 1986.

Nuestra Constitución consagra, en su artículo 43, el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud, responsabilizando a los poderes públicos de la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las

prestaciones y servicios necesarios. Asimismo, establece, en su Título VIII, una nueva configuración del Estado articulada en torno a las comunidades autónomas, a las que reconoce, a través de sus respectivos Estatutos de Autonomía, amplias facultades en materia de sanidad.

## II. SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL

En desarrollo de las previsiones constitucionales, en 1986 se aprobó la Ley General de Sanidad, iniciándose un proceso de transformación desde un sistema de Seguridad Social hacia un modelo de Sistema Nacional de Salud, en el que se debían integrar y coordinar las diversas estructuras y redes asistenciales públicas existentes, con el fin, declarado en la Ley, de garantizar la universalidad del derecho a la protección de la salud, con financiación tendencialmente no contributiva y gestión y descentralización en el nivel autonómico.

Tal y como se afirma en la exposición de motivos de la Ley, de todos los empeños que se han esforzado en cumplir los poderes públicos desde la emergencia misma de la Administración contemporánea, tal vez no haya ninguno tan reiteradamente ensayado ni con tanta contumacia frustrado como la reforma de la sanidad.

La superación de las tradicionales desconexiones y descoordinaciones de la actividad pública sanitaria encuentra, pues, en la Ley General de Sanidad la principal vía de solución, a través del establecimiento de una estructura unitaria e integrada de todos los organismos y recursos públicos en este ámbito. La integración se produjo tanto a nivel nacional como en el marco de cada comunidad autónoma. A este respecto, la Ley configura el Sistema Nacional de Salud como el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de las comunidades autónomas. Se trata, en definitiva, de compatibilizar la integración de los servicios públicos sanitarios y los mandatos constitucionales sobre descentralización territorial.

En este contexto, se han efectuado las transferencias en materia de asistencia sanitaria a las diecisiete comunidades autónomas que integran el Estado español. En relación con dicho traspaso, y a efectos de los indicadores que se reflejarán en otros capítulos de este estudio, es importante tener presente que, hasta el 31 de diciembre de 2001, sólo siete comunidades autónomas habían asumido la gestión de la asistencia sanitaria. En concreto, las Comunidades Autónomas de Andalucía, Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Navarra y País Vasco, lo que representaba la atención al 61,82 por 100 de la población protegida, en tanto el Instituto Nacional de la Salud era responsable de la gestión que afectaba al 38,18 por 100 restante. El 1 de enero de 2002 se culmina el proceso de transferencias de la gestión de la asistencia sanitaria, mediante la asunción de esta competencia por las diez comunidades autónomas que todavía no lo habían hecho, completándose de este modo la descentralización prevista en la Ley General de Sanidad.

La Ley establece que en cada comunidad autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones intracomunitarias. Por consiguiente, la responsabilidad de la gestión y dirección de los servicios de salud, así como su planificación, corresponde a cada comunidad autónoma en concreto. La insistencia de la Ley en el tema de la integración pone de relieve que uno de los defectos del sistema preconstitucional que más abiertamente combate es precisamente el de la desarticulación.

El texto legal configura una división de los servicios de salud en demarcaciones territoriales, denominadas áreas de salud, que se definen como estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la comunidad autónoma. Para lograr la máxima operatividad y eficacia, las áreas se dividen en zonas básicas de salud, donde desarrollan su actividad los equipos de atención primaria.

Esta organización está presidida por dos niveles asistenciales interconectados entre sí: atención primaria y atención especializada. La insuficiencia en las relaciones entre ambos niveles y la falta de continuidad entre los mismos, sin suficientes criterios clínicos y organizativos comunes, constituye uno de los principales problemas de nuestro sistema sanitario, dando lugar a que los ciudadanos tengan una visión fragmentada del sistema, a limitaciones en la accesibilidad en los servicios y, en no pocos casos, a una percepción de ineficiencia en la rentabilidad de los recursos. Esta valoración es fiel reflejo del pronunciamiento de los ciudadanos recogido en los barómetros sanitarios elaborados por el Centro de Investigaciones Sociológicas.

La Ley General de Sanidad ha delimitado el contenido del derecho a la protección de la salud en términos muy amplios. Incorpora al concepto tanto medidas de promoción como de prevención, curación, asistencia y rehabilitación. La definición del contenido de ese derecho se completa incorporando al texto normativo un catálogo de derechos de los ciudadanos, cuyo ejercicio protege el núcleo del derecho a la salud, facilita su realización y lo compatibiliza con otros derechos fundamentales.

Asimismo, la norma establece dos mecanismos para instrumentar la función de coordinación: el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y el Plan Integrado de Salud. El Consejo Interterritorial, integrado por un representante de cada una de las comunidades autónomas y por miembros de la Administración del Estado, está configurado como un órgano permanente de comunicación e información de los distintos servicios de salud, entre ellos, y con la Administración del Estado. El Plan Integrado de Salud, que deberá tener en cuenta los criterios de coordinación general sanitaria elaborados por el Gobierno, recoge, en un documento único, los planes estatales, los de las comunidades autónomas y los planes conjuntos.

En relación con la función de coordinación en aspectos fundamentales que caracterizan al sector sanitario, es preciso hacer referencia a la insuficiente eficacia de los citados mecanismos y a la necesidad de potenciar el Consejo Interterritorial,

en orden a promover auténticas políticas comunes en los ámbitos de sus competencias legales y a superar las limitaciones que determinan que sus consensos no sean ágiles ni vinculantes.

En cuanto al alcance y la extensión de las prestaciones, el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, garantiza un amplio elenco de las mismas que se facilitan con cargo a los fondos públicos. Se trata de un conjunto de prestaciones equiparable al de los países más avanzados, a través de las cuales se garantiza una atención integral: diagnóstico, pronóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención de las enfermedades. A pesar de ello, existe consenso sobre la necesidad de profundizar en la estrategia de ordenación normativa de las prestaciones, a través de la cual queden definidos los contenidos y garantías de la asistencia sanitaria.

La protección de la salud desde el punto de vista cuantitativo ha experimentado un gran avance que es indispensable reconocer. El mandato recogido en el artículo 3.2 de la Ley General de Sanidad establece que la asistencia sanitaria se extenderá a toda la población, previsión todavía no culminada, si bien se ha pasado de un 77 por 100 de cobertura en el año 1997 al 99,5 por 100 en 2002, dato este último facilitado por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

En efecto, transcurridos diecisiete años desde que se aprobó la Ley General de Sanidad, todavía no se ha logrado hacer plenamente efectiva la universalización de la asistencia sanitaria pública, dado que algunos ciudadanos que no tienen reconocido el derecho a esta asistencia se ven obligados a financiar la atención cuando acceden a centros y servicios del Sistema Nacional de Salud. Y ello a pesar de que el presupuesto en sanidad para 1999 culminó el proceso de separación de fuentes de financiación de la asistencia sanitaria canalizada a través del Instituto Nacional de la Salud, dando así cumplimiento a uno de los acuerdos alcanzados en los Pactos de Toledo. De este modo, se materializó un paso de suma importancia para lograr el derecho a la asistencia de carácter único y universal, en la medida en que se procuraba la eliminación de los límites o cautelas que establecía la Ley, y que han supuesto un freno real en la consecución de tal logro.

De lo anteriormente expuesto se desprende una cierta contradicción entre los principios inspiradores del modelo sanitario contenido en la Ley General de Sanidad y la realidad legal y formal del aseguramiento sanitario que, en ciertos aspectos, continúa bajo el patrón típico de la Seguridad Social, caracterizado por la adscripción profesional y la financiación contributiva. En este sentido, el Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios analizó los retos pendientes del Sistema Nacional de Salud español, resaltando, entre ellos, el relativo a la extensión de la cobertura universal al 100 por 100 de la población.

En esta línea de avance, la Ley ordena también que los poderes públicos garantizarán la igualdad en el acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español, de acuerdo con lo dispuesto en la Constitución. Las menciones a la igualdad, tanto en el acceso como en la distribución de los recursos, son constantes en la Ley General de Sanidad.

Así pues, y a modo de resumen, los principios generales que presiden el Sistema Nacional de Salud español son: cobertura universal, financiación pública, asistencia integral, coordinación, eficacia y eficiencia, participación ciudadana y descentralización de la gestión en las comunidades autónomas. Por consiguiente, puede afirmarse que en nuestro país tenemos un modelo sanitario que, por su financiación pública, por la extensión y alcance de las prestaciones, por la práctica universalidad con la que se presta la asistencia, por la cualificación de los profesionales y por la dotación de los centros, de alto contenido tecnológico, supone la expresión de una solidaridad equiparable a la de los países que gozan de mayor nivel de protección.

No obstante lo anterior, y al igual que acontece en otros sectores de actividad, nuestro sistema sanitario público presenta también problemas similares a los de los países de nuestro entorno, que exigen un esfuerzo de transformación y actualización permanente, en orden a garantizar su viabilidad futura. En efecto, todos los sistemas de salud de los países de nuestro entorno económico y cultural se enfrentan a la misma necesidad de contener el crecimiento del gasto provocado por una cada vez mayor demanda de servicios de alto contenido tecnológico y elevado coste por su superior calidad; al envejecimiento progresivo de la población, que supone otro incremento de las necesidades de atención y gasto, y a la exigencia de reorientar sus servicios de forma que respondan a las demandas de los ciudadanos y potencien su capacidad de elección y decisión.



CAPÍTULO 2  
APROXIMACIÓN AL ESTUDIO



## I. CONSIDERACIONES GENERALES

Las listas de espera son un elemento común de los sistemas sanitarios de carácter universal y financiados públicamente. Tal y como refleja el informe técnico de la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médica de Cataluña sobre «situación y abordaje de las listas de espera en Europa», de noviembre de 2000, a pesar de que en Europa coexisten diferentes modelos sanitarios (predominantemente tipo Beveridge o bismarckiano) con diferentes sistemas de organización, financiación y provisión de servicios, se ha observado la presencia de listas de espera en la atención sanitaria en casi todos los países en los que se ha obtenido información.

En este contexto es menester tener presente dos aspectos de alcance. En primer lugar, que las listas de espera pueden ser la expresión natural de un imposible acoplamiento diario entre oferta y demanda y que en ellas se incluyen a aquellos pacientes que clínicamente pueden esperar. Y en segundo término, que la presencia de listas de espera no es, en sí, un elemento necesariamente reprochable, en la medida en que tiempos de demora razonables pueden representar un factor de eficiencia del sistema y ser expresión de una mayor rentabilidad social de los recursos públicos, necesariamente limitados. Por contra, nada puede justificar períodos de espera excesivos y, por ello, clínica y socialmente inaceptables.

En España, al igual que en otros países de nuestro entorno económico y social, existe un elevado número de pacientes que deben esperar meses e incluso años para ser diagnosticados o recibir tratamiento especializado, interrumpiéndose durante estos períodos la efectividad del derecho a la protección de la salud. Sobre ello cabe añadir que algunas de las patologías más frecuentes que figuran en las listas de espera presentan notables componentes sociolaborales, en la medida en que tales procesos dificultan y, a veces, impiden que los ciudadanos puedan participar en la vida política, social, laboral y cultural, sin olvidar que en función de la naturaleza y complicaciones imprevisibles de los procesos, la demora en obtener la asistencia sanitaria puede poner en riesgo la integridad física de los pacientes.

De lo anterior se desprende la necesidad de gestionar las listas de espera con eficacia y equidad, exigencia que encuentra también justificación en el hecho de que, tradicionalmente, los datos estadísticos que pueden permitir una aproximación al análisis causal de la dimensión de las listas de espera son escasos, desagregados y, en ocasiones, poco veraces; asimismo, en que no se efectúan regularmente revisiones clínicas a los enfermos que esperan, con el riesgo de posibles empeoramientos; igualmente, en la existencia de pacientes no incluidos en listas de espera a pesar de existir indicación clínica en tal sentido, en tanto que sí figuran otros que, por diferentes causas, ya no precisan tratamiento; y finalmente, en la opacidad y falta de suficiente información a los pacientes sobre tiempos de espera.

Afrontar un cambio de esta naturaleza requiere ineludiblemente, entre otras medidas, realizar un gran esfuerzo en materia de tecnologías de la información, aspecto que presenta acusadas limitaciones en determinados ámbitos del sector público sanitario. Y ello no sólo porque la heterogeneidad de los actuales sistemas de información impiden la determinación de indicadores que posibiliten un análisis comparado de la situación existente en cada una de las regiones y comunidad autónoma, sino también porque determinados centros hospitalarios carecen de soportes informáticos básicos, fundamentalmente en consultas externas y en técnicas y pruebas diagnósticas. En estos casos no es posible una adecuada gestión de las listas de espera.

Esas graves carencias en materia de tecnologías de la información contrastan, además, notablemente con el hecho de que los centros hospitalarios se encuentran entre las empresas que mueven más medios económicos en sus lugares de ubicación y en sus áreas de influencia, de modo que el sector sanitario tiene un peso considerable en el ámbito económico, transmite efectos al resto de los sectores, contribuye al bienestar social y representa un componente sustancial del gasto público.

Para una cabal comprensión de estas limitaciones baste señalar que un representativo número de servicios de salud manifiestan que los sistemas de información no permiten conocer con exactitud el alcance y extensión de sus respectivas listas de espera y que centros hospitalarios con presupuestos que superan los 270 millones de euros (45.000 millones de pesetas) y con varios miles de trabajadores no están informatizados integralmente, lo que imposibilita una información suficiente, actualizada y veraz.

## II. OPINIÓN DE LOS CIUDADANOS

Es evidente que nos encontramos en un período de cambio, y no simplemente del sistema asistencial, sino de los valores sociales y de las expectativas de los ciudadanos, y que la sociedad está demandando la mejor atención posible dentro de unos criterios ajustados a la calidad, como manifestación de un derecho constitucional.

Ello se encuentra en íntima conexión con los principios que vertebran nuestro Sistema Nacional de Salud, entre los que cabe destacar el de la solidaridad, que se traduce en un consenso social para atender a quien resulte enfermo; el de la equidad, entendida como igual oportunidad de uso ante igual necesidad, y el de la eficiencia, valor éste todavía en fase emergente entre los ciudadanos y, por tanto, menos desarrollado.

En este sentido, y a tenor de lo reflejado en los barómetros sanitarios elaborados por el Centro de Investigaciones Sociológicas, la sanidad representa, con diferencia sobre las restantes, el área de mayor interés para los ciudadanos. En el marco de ese interés, los ciudadanos se pronuncian señalando que el problema principal del sistema público sanitario es la existencia de dilatados tiempos de demora para recibir la asistencia sanitaria no urgente que precisan.

Ello está en consonancia con las quejas formuladas ante el Defensor del Pueblo en materia de sanidad, en las que destaca la existencia de listas de espera socialmente inaceptables para consultas médicas, técnicas y pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas programadas. En estas quejas subyace, en efecto, que la demora en obtener la asistencia debida es la principal causa de insatisfacción de los ciudadanos con la sanidad pública.

### III. ACTUACIONES DEL DEFENSOR DEL PUEBLO

Desde el comienzo de las actividades de esta Institución se ha venido prestando una especial atención a los problemas relativos al alcance y extensión de las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, dejando constancia de los mismos en los sucesivos informes a las Cortes Generales.

Ya en el informe correspondiente al año 1990 se aludía a la existencia de amplias demoras en esas listas, a errores administrativos en su gestión, al insuficiente número de especialistas en determinadas áreas hospitalarias, al elevado porcentaje de ocupación de algunos servicios médicos y a la necesidad de intensificar los programas dirigidos a reducir tiempos de espera dilatados.

Por su parte, el informe correspondiente a 1991 se refería a la falta de adecuación de los recursos asistenciales a las demandas de la población; a la caducidad y repetición de pruebas preoperatorias, como consecuencia de las dilaciones en las citaciones para intervenciones quirúrgicas; a disfunciones en la gestión de las listas de espera, y a la inevitable utilización de medios ajenos a la Seguridad Social por parte de los ciudadanos, en busca de la atención que indudablemente precisaban. Se hacía asimismo referencia a la necesidad de mejorar la distribución de los recursos sanitarios, de incrementar la oferta de servicios propios o concertados, de ampliar el horario de la utilización del equipamiento y de optimizar el uso de los medios existentes.

Más tarde, el informe del año 1992 recogería, entre otros aspectos, la persistencia de amplios períodos de espera, que, en algunos casos, alcanzaban varios años, especialmente en las especialidades de traumatología, oftalmología, cirugía,

neurología y urología, así como la existencia de fuertes desequilibrios territoriales, con la consiguiente desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias.

Un año después, el informe de 1993 mencionaría la conveniencia de ampliar el número de las patologías que se habían incluido en determinados programas de reducción de listas de espera, teniendo en cuenta las especialidades sobre las que incidían especialmente las quejas.

Y en el informe del año 1994 se expuso la necesidad de establecer tiempos máximos de espera —innovación organizativa que años después ha empezado a emerger en nuestro panorama sanitario—, a la vez que se apuntaba que el retraso excesivo por la extensión de las listas de espera debería permitir, en el supuesto de que los servicios de salud no garantizaran una atención puntual, acudir a medios ajenos a la Seguridad Social, con cargo a la misma.

En esta misma línea, en los informes de los años siguientes se puntualizó que aun cuando los diferentes servicios que integran el Sistema Nacional de Salud habían diseñado planes específicos destinados a reducir las listas de espera quirúrgica, reforzados con medidas complementarias, tales como la potenciación de las alternativas a la hospitalización tradicional, entre las que se contaban el incremento de la cirugía mayor ambulatoria y la configuración de hospitales de día, el incremento de la actividad asistencial y la incorporación de la cirugía menor en atención primaria, lo cierto era que todavía persistían demoras, en algunos casos excesivas, en la prestación de la asistencia sanitaria.

En el informe correspondiente al año 2000 se dejó constancia de una investigación de oficio sobre listas de espera quirúrgica en cirugía cardíaca, asunto sobre el que los diferentes organismos con competencia en la gestión de los servicios sanitarios informaron sobre la elaboración y puesta en marcha de planes específicos que permitieran reducir los tiempos de espera. Asimismo, se destacó en este informe que teniendo presente que la reducción de la demora en recibir la atención sanitaria constituye un elemento de garantía de la equidad y un indicador de la calidad asistencial, era fundamental que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud valorara la oportunidad de establecer tiempos máximos de espera, superados los cuales el paciente tendría derecho a ser inmediatamente asistido en el centro donde determinara el correspondiente Servicio de Salud.

Por último, en el informe del año 2001 se hizo especial hincapié en la existencia de amplias demoras para el acceso a las técnicas de reproducción humana asistida, como consecuencia del insuficiente número de centros en los que se llevan a cabo estos procedimientos, lo que en la práctica se traduce en que, en ocasiones, el sistema público sanitario no dispensa a los ciudadanos una prestación sanitaria que, a tenor de lo dispuesto en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, debe ser facilitada directamente y financiada con cargo a fondos estatales adscritos a la sanidad.

Teniendo presente lo anterior, esta Institución estimó necesario llevar a cabo una investigación de carácter general, en orden a obtener una valoración real

y directa de los recursos existentes en el Sistema Nacional de Salud para la aplicación de las técnicas de reproducción humana asistida, así como de su adecuación a la demanda asistencial de este tipo de atención. A tal efecto, se solicitó informe a los servicios de salud de las comunidades autónomas, en el que se detallaran los centros en los que se aplican técnicas de inseminación artificial (IA) y de fecundación in vitro (FIV); el número total de pacientes incluidos en las listas de espera de cada uno de ellos; el tiempo de espera media en días, y los criterios o requisitos establecidos para la inclusión de los pacientes en los programas de reproducción humana asistida.

A tenor de los datos facilitados por los mencionados servicios de salud, cabe efectuar las tres consideraciones siguientes: en primer lugar, que en algunas comunidades autónomas no existen centros sanitarios donde se apliquen técnicas de FIV; en segundo término, la existencia de cierta controversia o de cuestiones todavía no resueltas, tales como la aplicación de nuevas tecnologías, entre ellas la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), no contemplada en la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, por la que se regulan las técnicas de reproducción asistida humana; la regulación o acceso para «parejas de hecho», parejas separadas o «madres subrogadas»; medidas tendentes a promover la donación de gametos femeninos (ovocitos); límites de edad en la aplicación de las diferentes técnicas, y posibilidad de destruir los embriones crioconservados transcurridos cinco años; y en tercer lugar, que son excesivamente amplios los períodos de tiempo transcurridos desde que se efectúa la indicación clínica hasta que se inicia la aplicación de alguna de estas técnicas, superiores en la práctica totalidad de los casos a un año y, algunas veces, en torno a los dos en FIV.

En conexión con este último aspecto, hay que señalar que el reseñado tiempo de espera adquiere todavía una mayor dimensión si se tienen presentes las diferentes fases clínicas y previas a la determinación de la aplicación de la correspondiente técnica. Ello, unido al límite de edad establecido para la inclusión en los correspondientes programas, variable según se trate de una u otra comunidad autónoma, puede dar lugar a que, como se ha indicado, determinados ciudadanos no puedan acceder a servicios o procedimientos incluidos en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

En este sentido, si al tiempo transcurrido hasta que se llevan a cabo las primeras consultas para el estudio básico de la pareja (incluida la inducción de la ovulación) y para la determinación de IA y de FIV/ICSI (superior al año en algunos supuestos) se añade el relativo al período que transcurre desde la indicación clínica hasta la aplicación de la técnica de que se trate (próxima al año en IA en algún caso y superior en la práctica totalidad en FIV), se llega a la conclusión de que el diagnóstico y tratamiento de reproducción asistida puede alcanzar una demora de varios años.

Tan excesiva demora no se compadece en modo alguno con la obligación que incumbe al sistema público sanitario de garantizar no sólo el contenido nominal y funcional de las prestaciones, sino también la forma de obtención de las mismas en lo referente a tiempo, calidad y accesibilidad. Ello sin olvidar

que el cada vez mayor interés social y demanda de tratamientos de infertilidad/esterilidad exige un esfuerzo continuo, en aras a disponer en cada ámbito de una oferta de servicios acorde con las necesidades y preferencias de los ciudadanos, que deben ser garantizadas por el Estado.

#### IV. ACUERDO PARLAMENTARIO DE 1997

El Pleno del Congreso de los Diputados, en sesión del día 11 de junio de 1996, acordó constituir, en el seno de la Comisión de Sanidad y Consumo, una Subcomisión para el estudio de las reformas necesarias para modernizar el sistema sanitario y garantizar su viabilidad futura. Fruto del mismo fue el Acuerdo Parlamentario para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud, ratificado por el Pleno de la Cámara el 18 de diciembre de 1997.

Entre las propuestas reflejadas en este Acuerdo, que adoptaron la forma de recomendaciones generales, se encuentra la dirigida a garantizar las prestaciones sanitarias, una de cuyas medidas se refiere a las garantías básicas de las prestaciones relativas a la equidad en el acceso, libre elección, información, derechos de reclamación y reintegro, calidad y tiempos de espera. En cuanto a los tiempos de espera, el Acuerdo recomienda la constitución, en el seno del Consejo Interterritorial, de una comisión de prioridades, encargada de indicar, para aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se consideren prioritarios, tiempos máximos de espera, superados los cuales el paciente tendrá derecho a ser inmediatamente asistido en el centro donde determine el correspondiente Servicio de Salud.

#### V. ACUERDO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en sesión celebrada el 6 de junio de 2000, acordó la constitución de un grupo de expertos para el análisis de la problemática de las listas de espera y la elaboración de propuestas técnicas. Fruto de este Acuerdo fue el informe técnico sobre listas de espera de 12 de septiembre de 2001, de suma utilidad para el análisis y valoración de nuestro sistema público sanitario, que puede representar un avance para impulsar actuaciones tendentes a reducir los tiempos de demora y a situarlos en límites razonables y asumibles. A ello hay que sumar que este documento tiene el valor añadido de haber sido elaborado por un equipo de expertos en gestión de listas de espera, integrado por representantes de todas las comunidades autónomas y del Ministerio de Sanidad y Consumo.

En un intento de sistematizar las líneas estratégicas de este informe, se procede seguidamente a resumir en cinco apartados algunas de las consideraciones en él reflejadas en relación con los factores que determinan la existencia y magnitud de las listas de espera; con los sistemas de información; con la gestión de pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada, de consultas

externas y pruebas diagnósticas; con criterios de indicación y prioridad clínica de los procesos más frecuentes en la lista de espera quirúrgica, y con la información a la población.

En primer lugar, y en cuanto a los factores determinantes, el grupo de expertos considera que las listas de espera son un elemento común en los sistemas sanitarios de financiación pública, en particular en aquellos caracterizados por mantener un presupuesto global cerrado y la gratuidad en el momento de recibir el servicio. Entiende también que en la actualidad no existe homogeneidad entre los sistemas de información de los diversos países y regiones que permita objetivar el peso de los distintos factores en la génesis de las listas de espera, y que, con carácter general, los incrementos de recursos no garantizan su reducción a medio y largo plazo, al generar nuevos aumentos de la demanda.

En relación con ello, los expertos recomiendan, entre otras medidas, garantizar la equidad, excluyendo acciones que, aun pudiendo ser eficaces frente a las listas de espera, pueden poner en peligro las bases de nuestro sistema; consensuar prioridades clínicas y establecer estándares y compromisos de espera máxima; adecuar y optimizar los recursos, destinándolos en especial a solventar los atascos existentes; otorgar el protagonismo al ciudadano mediante el ejercicio de la libre elección informada; implicar a los profesionales en la gestión clínica, y establecer, en el seno del Consejo Interterritorial, un sistema de información de listas de espera por comunidad autónoma, dotado de indicadores adecuados para el análisis de la oferta y la demanda.

En segundo lugar, y en relación con los sistemas de información, el grupo de expertos, tras resaltar que los criterios de cómputo y medida de las listas de espera varían de unos servicios de salud a otros, formula valiosas propuestas de definición de criterios objetivos para el cómputo de pacientes pendientes de consultas externas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas y para la obtención de datos agregados e indicadores de medida, que cumplan los requisitos básicos de disponibilidad, consistencia y facilidad de interpretación.

En tercer lugar, y por lo que se refiere a la gestión de pacientes, el grupo de expertos considera que la gestión de la demanda y de los recursos disponibles de forma eficiente sólo es posible con una adecuada administración y gestión de las listas de espera, proponiendo una serie de recomendaciones básicas en aspectos relacionados con los criterios de inclusión de pacientes en registros y agendas; con unas bases para la adecuada programación quirúrgica y planificación de las agendas de consultas externas y de pruebas diagnósticas; con la atención de pacientes en centros alternativos; con criterios de salidas y movimientos en los registros y con la información a los pacientes.

En cuarto lugar, y por lo que respecta a la determinación de criterios de indicación y prioridad clínica, los expertos entienden que la necesidad de un uso adecuado de los recursos, fundamentado en la medicina basada en la evidencia y orientado a garantizar la equidad en el acceso a las prestaciones, aconseja el establecimiento de criterios explícitos de indicación clínica y de priorización, así como de tiempos de espera razonables para cada una de las patologías desde

la perspectiva de su pronóstico de evolución. A tal fin, se solicita la colaboración de la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas para abordar los procesos más frecuentes en lista de espera quirúrgica en el conjunto del Sistema Nacional de Salud y ampliar el horizonte, en una segunda fase, a otros procesos de interés, en función de su repercusión clínica.

Finalmente, y en quinto lugar, el grupo de expertos hace mención a la conveniencia de definir la información periódica que se debe proporcionar a la opinión pública sobre demoras por patologías, en orden a garantizar a todos los ciudadanos una información adecuada y transparente que posibilite un ejercicio real y efectivo de sus derechos, proponiendo que la información se difunda periódicamente, al menos cada seis meses, con fechas de corte correspondientes al 30 de junio y 31 de diciembre.

## VI. COMISIÓN MIXTA DE RELACIONES CON EL DEFENSOR DEL PUEBLO

En sesión celebrada el 8 de noviembre de 2000 en el Palacio del Congreso de los Diputados, y en el marco de la presentación del informe correspondiente a la gestión realizada por esta Institución durante 1999, la Comisión Mixta de Relaciones con el Defensor del Pueblo sugirió al titular de esta Institución la elaboración de un estudio monográfico sobre listas de espera en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Teniendo presente que en el momento en que se formuló esta sugerencia el grupo de expertos antes mencionado todavía no había concluido los trabajos iniciados sobre listas de espera, se optó por establecer un cauce de comunicación con el Ministerio de Sanidad y Consumo para efectuar un seguimiento de tales trabajos, y esperar a la elaboración del correspondiente informe técnico que se ultimó el 12 de septiembre de 2001.

CAPÍTULO 3  
ALCANCE Y MÉTODO DEL ESTUDIO



## I. EXTENSIÓN DEL ESTUDIO

Con los antecedentes citados, se entendió por parte de esta Institución que, en primer término, era necesario intentar cuantificar el alcance y extensión de las listas de espera para, posteriormente y en función de los datos obtenidos, efectuar las oportunas propuestas de actuación.

No obstante, con objeto de acotar en lo posible tan extenso campo, se consideró que, en principio, el estudio habría de girar primordialmente en torno a primeras consultas médicas, determinadas pruebas de diagnóstico e intervenciones quirúrgicas programadas, todo ello en el ámbito de la atención especializada.

Esta elección se fundamentó en la creencia de que los sistemas de información de los diferentes servicios que integran el Sistema Nacional de Salud permitían conocer, al menos de forma aproximada, el alcance real de la extensión de las listas de espera quirúrgica, en tanto que, por el contrario, la percepción de esta Institución respecto a consultas externas y técnicas y pruebas diagnósticas era la de que los sistemas de información no posibilitaban un conocimiento veraz. Por ello, el alcance del estudio, en aras a lograr la mayor definición posible, se circunscribe a primeras consultas médicas —aun siendo consciente esta Institución de que en algunos centros hospitalarios uno de los principales problemas reside en las consultas sucesivas— a determinadas pruebas diagnósticas (en concreto, a algunas de las más frecuentes) y a intervenciones quirúrgicas programadas.

## II. MÉTODO DEL ESTUDIO

Considerando que para obtener una valoración real y directa de la extensión de las listas de espera en el conjunto del Sistema Nacional de Salud es ineludible determinar indicadores con significado homogéneo en todo el territorio nacional, el principal problema para concretar el número de pacientes en listas de espera y los correspondientes tiempos de demora residía en la heterogeneidad y en el nivel de fiabilidad de los sistemas de información. Más aún, se consideraba

que los sistemas de información no permitían la posibilidad de efectuar comparaciones entre comunidad autónoma y áreas de salud, a fin de lograr una aproximación al análisis causal a través de datos cuantitativos. Por ello, se optó por utilizar algunas de las propuestas del referido grupo de expertos para el establecimiento de criterios estandarizados para el cómputo de las listas de espera y para la definición de indicadores de medida y seguimiento de tales listas.

En este contexto, y tomando como base algunos de los mencionados criterios e indicadores, el Defensor del Pueblo, con fecha 17 de enero de 2002, se dirigió a los consejeros de Sanidad/Salud de las diferentes comunidades autónomas y al Instituto Nacional de la Salud, solicitando diferentes datos relativos al número de personas incluidas en las listas de espera de consultas externas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas programadas, así como los correspondientes tiempos de demora, datos todos ellos referidos a pacientes en espera estructural, es decir, aquellos cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles, y a la situación existente a 31 de diciembre de 2001. Más en concreto, los datos solicitados se proyectaban en la triple dimensión que seguidamente se detalla:

#### A. *LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA*

**1. Número total de pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada** (pacientes con indicación no urgente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, establecido por un médico especialista quirúrgico y aceptado por el paciente, y para cuya realización el hospital tiene prevista la utilización de quirófono).

**2. Tiempo medio de espera del total de pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada** (tiempo promedio, expresado en días, que llevan esperando los pacientes pendientes de intervención, desde la fecha de la prescripción de la intervención).

**3. Distribución del total de pacientes pendientes de intervención quirúrgica en cada uno de los siguientes tramos de espera:**

- 0-90 días.
- 91-180 días.
- 181-365 días.
- > 365 días.
- > 547 días.

**4. Espera media de los pacientes intervenidos de forma programada en el año 2001** (tiempo promedio, expresado en días, que han esperado los pacientes ya intervenidos, desde la fecha de prescripción de la intervención hasta la fecha de intervención quirúrgica).

**5. Procesos/patologías más frecuentes:**

- Catarata
- Hernia inguinal/crural

- Prótesis cadera
- Prótesis rodilla
- Artroscopia
- Varices miembros inferiores
- Colelitiasis
- Sinus pilonidal
- *Hallux valgus* y otras deformaciones de dedos del pie
- Síndrome del túnel carpiano
- Adeno-amigdalectomía
- Hiperplasia benigna de próstata

**B. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS EXTERNAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

**1. Número total de pacientes en espera para primera consulta externa** (la efectuada a un paciente, por primera vez, en una unidad asistencial concreta y por un proceso nuevo, según criterio del médico prescriptor).

**2. Tiempo medio de espera del total de los pacientes pendientes de primera consulta**, distinguiendo, en su caso, entre pacientes con solicitud de cita a primera fecha disponible y pacientes con solicitud de cita a fecha fija según criterio médico.

**3. Distribución del número total de pacientes pendientes de primera consulta por tramos de espera:**

- Hasta 15 días.
- 16-30 días.
- 31-60 días.
- 61-90 días.
- > 90 días.
- > 120 días.
- > 180 días.

**4. Espera media de los pacientes atendidos en primera consulta en el año 2001** (tiempo promedio, expresado en días, que han esperado los pacientes hasta su atención).

En el marco de las limitaciones antes mencionadas, los datos se solicitaron de forma desglosada por especialidades y diferenciando, en su caso, el carácter preferente u ordinario otorgado por el médico prescriptor. Esta información se circunscribía a las catorce siguientes especialidades:

- Cirugía general y de digestivo.
- Ginecología.
- Oftalmología.
- Otorrinolaringología.
- Traumatología.

- Urología.
- Cirugía cardíaca.
- Angiología/cirugía vascular.
- Cirugía maxilofacial.
- Cirugía pediátrica.
- Cirugía plástica.
- Cirugía torácica.
- Neurocirugía.
- Dermatología.

### C. LISTA DE ESPERA EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

**1. Número total de pacientes en espera para la realización de cada una de las siguientes pruebas diagnósticas: TAC, resonancia magnética, ecografía y mamografía.**

**2. Tiempo medio de espera del total de pacientes pendientes de la realización de cada una de las mencionadas pruebas diagnósticas.**

**3. Distribución del total de los pacientes pendientes de la realización de cada una de las citadas pruebas diagnósticas por tramos de espera, diferenciando, en su caso, la prioridad clínica otorgada por el médico prescriptor, es decir, el carácter preferente u ordinario:**

- Hasta 15 días.
- 16-30 días.
- 31-60 días.
- 61-90 días.
- > 90 días.
- > 120 días.
- > 180 días.

**4. Espera media de los pacientes a los que se han realizado las reseñadas pruebas diagnósticas en 2001.**

Con independencia de los datos centralizados o generales detallados, expresivos de la situación de las listas de espera en el conjunto de los centros dependientes de los servicios de salud, se interesaron también datos singulares y relativos a determinados centros hospitalarios.

Teniendo presente que las primeras consultas seleccionadas como muestra para la realización del presente estudio se refieren, básicamente, a especialidades quirúrgicas, algunas de las cuales no están incluidas en las carteras de servicios de los centros de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, los indicadores de estos centros sobre consultas externas y técnicas y pruebas diagnósticas se subsumen en los generales solicitados al Instituto Nacional de la Salud. Ello, sin perjuicio del estudio particularizado de la realidad de la demora quirúrgica en ambas ciudades autónomas.

CAPÍTULO 4  
CONSIDERACIONES DERIVADAS  
DE LA INFORMACIÓN FACILITADA  
POR EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD  
Y POR LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS



## I. CONSULTAS EXTERNAS Y TÉCNICAS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

La actividad desarrollada en consultas externas y técnicas y pruebas diagnósticas ha ocupado tradicionalmente una posición secundaria respecto a la de hospitalización. Tal y como se refleja en la *Guía de gestión de consultas externas en atención especializada*, editada por el Instituto Nacional de la Salud en el año 2000, el mayor consumo de recursos y la atención a casos más complejos y paradigmáticos de las diferentes especialidades médicas, que se vinculan a la hospitalización, ha justificado el mayor interés de gestores y profesionales sanitarios por esta área.

Fiel representación de lo anterior es que en los últimos años los servicios de salud han elaborado ambiciosos planes estratégicos, en los que la reducción de la demora quirúrgica, la mejora de los sistemas de información y los costes por procesos en el ámbito de la hospitalización han ocupado un papel preeminente, frente al escaso interés demostrado por las áreas de consultas externas y de técnicas y pruebas diagnósticas. En la actualidad ello sigue siendo así, a pesar de que las consultas externas son el principal punto de contacto de la atención especializada con la población de su área de influencia y de la progresiva tendencia a la atención ambulatoria de los procesos.

Para ilustrar este aspecto, basta señalar que, a tenor de los datos reflejados en el documento «Asistencia especializada. Actividad 2001. Evolución de indicadores 1991-2001», elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en el ámbito territorial del Instituto Nacional de la Salud, responsable ese año de la gestión de la asistencia sanitaria del 38,18 por 100 de la población, se realizaron 7.416.663 primeras consultas en los hospitales y centros de especialidades periféricas y 14.896.562 consultas sucesivas. De ser así, y si se extrapolan estas cifras al conjunto del Sistema Nacional de Salud, el total de primeras consultas de atención especializada en el sistema público sanitario en el mencionado año ascendería a 19.425.519 y el de consultas sucesivas a 39.016.633.

No obstante este volumen de actividad y la creciente relevancia asistencial de las consultas externas y de las técnicas y pruebas diagnósticas, lo cierto es que la inadecuada gestión de las listas de espera, la escasa transparencia infor-

mativa y el insuficiente desarrollo y acusadas limitaciones de los sistemas de información, que reducen su validez y fiabilidad, son aspectos nucleares que presiden la actividad en este ámbito. Más aún, una parte significativa de los centros hospitalarios y, por tanto, de los servicios de salud de los que aquéllos dependen, carecen, a nivel corporativo o institucional, de información suficiente y veraz en esta importante área, limitación que, evidentemente, obstaculiza la implementación de acciones orientadas a la utilización eficiente de los recursos.

En efecto, la profusión de datos desagregados sin información sobre fechas de entradas o de citas; la existencia de pacientes con indicación clínica para ser atendidos y que se encuentran pendientes de citación; la inclusión de pacientes en los registros, sin diferenciar entre la espera atribuible a la organización de los servicios y medios disponibles de la derivada de criterios clínicos o de razones de índole personal; la incompleta informatización de las agendas médicas; la utilización de registros de pacientes sin depurar y, como consecuencia de ello, un alto porcentaje de incomparencias; los déficits en la programación y gestión de agendas médicas; la citación de pacientes que no guarda relación con la priorización clínica establecida, y la determinación de indicadores sobre demoras medias, sin diferenciar la prioridad de los procesos, son, entre otros, aspectos que impiden disponer de una información rigurosa sobre el alcance y extensión de estas listas y, por tanto, efectuar análisis comparativos que reflejen en qué medida las demoras en prestarse la atención en una comunidad obedecen a carencias de recursos o a otras causas.

Como complemento de lo anterior, se deben subrayar dos aspectos importantes, como son, por una parte, el escaso protagonismo, en ocasiones, de las unidades de admisión y la ausencia de registros centralizados y, por otra, la diversidad de unidades y de personal, sin conexión entre sí, que participan en los procedimientos de citación y en la recogida de información

Para ilustrar estos aspectos, se detallan seguidamente algunos de los criterios reflejados en los informes remitidos por las Consejerías de Sanidad/Salud de diferentes comunidades autónomas, en los que se ponen de relieve acusadas disfunciones en la gestión y la imposibilidad de facilitar algunos de los datos e indicadores solicitados por esta Institución, con fundamento en que los sistemas de información no lo permiten. En estos informes se alude también a la adopción de medidas, en orden a disponer de tal información en un futuro inmediato.

En este sentido, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, en informe de 30 de septiembre de 2002, facilita información sobre lista de espera quirúrgica pero no de consultas externas y pruebas diagnósticas, señalando que el Servicio Andaluz de Salud está en trance de implantar definitivamente y con carácter general un sistema de información referido a consultas externas y procedimientos diagnósticos, lo que permitirá en un futuro disponer en toda su amplitud de dicha información.

La Consejería de Salud, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Aragón, en informe de 30 de septiembre de 2002, expuso que la información sobre demoras en consultas externas y pruebas complementarias no era exacta y que

el retraso en la informatización de los hospitales estaba dificultando un análisis global de la situación existente. A este respecto, se aludía a que, en definitiva, la inadecuada e incompleta información no permitía una interpretación de la realidad. Asimismo, se hacía mención a la puesta en marcha de un plan de acción para mejorar los sistemas de información y los sistemas de registro y codificación de las listas de espera.

La Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, en informe de 19 de julio de 2002, expresó que la informatización de la gestión de consultas externas durante el año 2001 no era completa en el conjunto de los hospitales de la comunidad; que en los datos del cierre del año, y dentro del fichero de lista de espera de consultas y técnicas (LECYT), sólo estaba incluido el 73 por 100 de los pacientes declarados en el sistema de información sobre recursos y actividad (SIAE); que el sistema de información del Hospital Central de Asturias no permitía diferenciar los pacientes en demora voluntaria o por motivo médico de aquellos otros cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles. A modo de conclusión, se hacía mención a que las reseñadas circunstancias motivaban el que no fuera posible obtener y facilitar algunos de los indicadores solicitados.

La Consejería de Salud y Consumo del Gobierno de las Illes Balears, en informe de 25 de junio de 2002, señaló que las bases de datos no permitían cumplimentar todos los requeridos, y que se habían iniciado actuaciones para articular un sistema de información en consonancia con los indicadores recabados.

La Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias, en informe de 18 de julio de 2002, facilitó datos en relación con la lista de espera de consultas externas de la comunidad autónoma, puntualizando que no era posible aportar los relativos al hospital Nuestra Señora de la Candelaria, de Santa Cruz de Tenerife, dado que no estaban en soporte informático, ni la demora media en consultas externas del conjunto de los hospitales de la comunidad, al no existir una base de datos centralizada. Finalmente, se hacía mención a la puesta en marcha de un plan, en cuyo marco sería posible en un futuro disponer de los indicadores solicitados.

La Consejería de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña, en informe de 16 de julio de 2002, comunicó que se había configurado un grupo de trabajo para diseñar un sistema de información que promoviera el seguimiento y gestión de las listas de espera, utilizando como referencia el informe técnico del grupo de expertos del Consejo Interterritorial, si bien no se disponía de información fiable sobre listas de espera en consultas externas y pruebas diagnósticas, objetivo que se alcanzaría a finales de 2002.

La Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura, en informe de 2 de agosto de 2002, puso de manifiesto la heterogeneidad de los programas informáticos en los distintos hospitales de la comunidad; que algunos centros carecían de tales programas, y que hasta el 1 de enero de 2002 era práctica habitual la de no conceder cita a los pacientes una vez formalizada la indicación clínica en tal sentido, sino transcurrido un cierto tiempo, a fin de que desde

el momento en que se comunicaba la cita hasta la fecha de la consulta no transcurrieran más días de los previstos.

El Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, en un exhaustivo informe de 21 de marzo de 2002, puso de relieve que únicamente era posible facilitar los datos referentes a la actividad intrahospitalaria, ya que la extrahospitalaria no estaba informatizada en todos los centros.

El resto de las comunidades autónomas, excepción hecha de Navarra, que emitió un exhaustivo informe en torno a la gestión de las listas de espera en su ámbito territorial, se limitaron a remitir los indicadores solicitados, con mayor o menor amplitud en función de los respectivos sistemas de información.

Acreditada la disparidad e inadecuación antes reseñada, una mención más detallada cabe otorgar al diferente nivel de participación en la gestión y programación de las listas de espera por parte de las unidades de admisión o servicio competente de las comunidades autónomas, en la medida en que, en algunos casos, son los servicios clínicos o centrales quienes habilitan las estructuras de las agendas, suministran las citas y efectúan la inclusión de pacientes en los respectivos registros, siendo estos servicios la referencia exclusiva de los ciudadanos para todos los aspectos administrativos de acceso a consultas y pruebas.

Ello es así, fundamentalmente, en las consultas externas de aquellos centros hospitalarios que no están totalmente informatizados y, estén o no informatizadas las agendas, en un elevado número de las pruebas diagnósticas efectuadas por los servicios de radiología. En estos supuestos, los servicios clínicos o centrales facilitan a las unidades de admisión, generalmente en soporte papel, datos de actividad, que carecen, en ocasiones, de suficiente información y, por tanto, de fiabilidad.

De otra parte, debe dejarse constancia también de la desigual participación de los centros de atención primaria en la gestión de las listas de espera de atención especializada, según su grado de informatización y los criterios de organización establecidos. En algunas áreas de salud, son las unidades administrativas de atención primaria quienes suministran citas de primeras consultas de atención especializada y actúan, con carácter general, como referencia de los pacientes en los aspectos relacionados con la gestión de las mismas, en tanto que en otras, la mayor parte, los circuitos asistenciales para la gestión de citas son más complejos y burocráticos, al no efectuarse dicha gestión en el ámbito de atención primaria.

## II. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS

A diferencia de lo que sucede en consultas externas y en técnicas y pruebas diagnósticas, los servicios de salud con responsabilidad directa en la gestión de los servicios sanitarios han desplegado un amplio elenco de acciones para diseñar sistemas de información sobre listas de espera quirúrgica adaptadas a sus necesidades. No obstante ello, los resultados de estos sistemas se caracterizan

también por la heterogeneidad, como consecuencia, por una parte, de la inexistencia de criterios estandarizados para el cómputo de las listas de espera y de indicadores de medida y seguimiento comunes en el conjunto del Sistema Nacional de Salud y, por otra, de carencias tecnológicas.

En el marco de esta disparidad puede hacerse mención a la falta, en algún caso, de registros únicos y centralizados de los pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada y a las distintas prácticas en los movimientos de entradas y salidas de pacientes en los registros. Sobre este último aspecto pueden traerse a colación las cuatro consideraciones que seguidamente se exponen.

En primer lugar, que algunos servicios de salud han establecido la pérdida de antigüedad en la lista de espera de aquellos pacientes que han rechazado la propuesta de intervención en un centro alternativo, generalmente concertado, y optan por ser intervenidos en su hospital de referencia. Este procedimiento está implantado, entre otros centros, en la mayor parte de los procedentes del Instituto Nacional de la Salud y en el Gregorio Marañón, de Madrid, frente a la actuación de hospitales de otras comunidades, como Andalucía, Valencia o Canarias, donde el rechazo a la alternativa propuesta no conlleva pérdida alguna respecto a la antigüedad en la lista.

En segundo lugar, que en algunos ámbitos territoriales, como acaece en la Comunidad Valenciana, se excluyen de la lista de espera a los pacientes que han aceptado la alternativa en un centro distinto al de referencia, aun cuando no se haya llevado a cabo la intervención programada, mientras que en otros, como es el caso de los Servicios de Salud de Andalucía, de Canarias y de la mayor parte de las comunidades autónomas que han asumido la gestión de la asistencia sanitaria el 1 de enero de 2002, no se excluyen en tanto no se lleve a cabo la intervención.

En tercer lugar, el diferente criterio en cuanto a la inclusión en la lista de espera quirúrgica de aquellos procedimientos para los que no es necesaria la utilización de quirófano. Así, algunos servicios de salud incluyen en el registro de demanda quirúrgica procedimientos como cordales de maxilofacial o pequeñas reparaciones cutáneas o de cirugía plástica, en tanto otros no los computan en dicha lista.

En cuarto lugar, la aplicación del criterio de tiempo de espera técnica en una de las comunidades visitadas, en concreto Cataluña.

Asimismo, hay que tener presentes también dos aspectos de alcance, como son la escasa implantación de criterios explícitos sobre indicación quirúrgica y priorización clínica y la existencia de información desagregada, en la que no es posible diferenciar los pacientes que, en un momento dado, se encuentran en situación de ser intervenidos quirúrgicamente y cuya espera es atribuida a la organización y recursos disponibles, de aquellos otros que también se encuentran pendientes de ser intervenidos, pero cuya espera obedece a motivos clínicos o personales/laborales.

En conexión con lo expuesto, se detallan a continuación algunos de los razonamientos reflejados en las comunicaciones enviadas por las Consejerías de Sanidad/Salud de las comunidades autónomas, a través de las que se resaltan carencias que inciden en la gestión de las listas de espera y dificultan disponer de indicadores básicos y veraces.

En esta línea, la Comunidad de Aragón, tras hacer mención a la mala calidad en la codificación de los procesos en lista de espera y a la ausencia de criterios e indicaciones de priorización explícita, subrayó las líneas de actuación que tenía previsto desarrollar en este ámbito, citando, entre otras, las relativas a la mejora de los sistemas de registro y codificación; a la puesta en marcha de un registro centralizado, en orden a disponer de forma continua y actualizada información necesaria para el seguimiento de la evolución de las listas de espera y detectar situaciones en las que las demoras superen límites aceptables; a la implantación de sistemas de priorización explícita, de acuerdo con la gravedad de las patologías, la necesidad de la intervención en un plazo determinado, el beneficio esperado y las consecuencias perjudiciales de la demora sobre la calidad de vida del paciente, y a la revisión periódica de los pacientes en situación de espera, en aras a detectar precozmente cualquier cambio en su situación, que exija una intervención urgente o un cambio en su nivel de prioridad.

En análogo sentido, la Generalitat de Catalunya comunicó que el Servicio Catalán de la Salud había diseñado un plan de sistemas de información, en aras a garantizar criterios homogéneos en todos los hospitales que conforman la red pública en la comunidad autónoma, así como que este seguimiento se inició con la monitorización de las patologías quirúrgicas más prevalentes, catorce procedimientos en concreto, sobre los que se facilitó la información solicitada.

Desde otra óptica, la Comunidad de Extremadura enfatizó el hecho de que, en ocasiones y en momento anteriores, se habían dictado instrucciones para que no se incluyeran pacientes en lista de espera quirúrgica en tanto no se tuviera la certeza de que podían salir de ella en el período máximo fijado de seis meses.

Por su parte, la Consejería de Salud del Gobierno de Navarra, en un pormenorizado informe, indicó que el Servicio Navarro de Salud había decidido incorporar a su sistema los nuevos criterios establecidos por el grupo de expertos del Consejo Interterritorial, destacando que en varios hospitales el registro de diagnósticos era literal y no codificado, lo que dificultaba el análisis retrospectivo por diagnóstico, así como que el sistema entonces vigente no diferenciaba la espera estructural de la debida a la libre elección del paciente.

### III. ALCANCE DE LA INFORMACIÓN FACILITADA POR LAS ADMINISTRACIONES SANITARIAS

Tal y como se ha consignado en el Capítulo 3 de este informe, «Alcance y método del estudio», en enero de 2001 el Defensor del Pueblo solicitó al

Instituto Nacional de la Salud y a las Consejerías de Sanidad/Salud de las comunidades autónomas diferentes indicadores relativos a pacientes en lista de espera y a tiempos de demora, en orden a dar respuesta a la petición formulada por la Comisión Mixta del Congreso/Senado para las Relaciones con el Defensor del Pueblo, sobre la viabilidad de que esta Institución elaborara un estudio monográfico sobre listas de espera en el Servicio Nacional de Salud.

A este respecto, hay que comenzar poniendo de relieve que todas las administraciones sanitarias han emitido el correspondiente informe. Estos informes se caracterizan por la variabilidad en cuanto a su correspondencia con los indicadores que se recabaron y por la tardanza en su emisión en algunos casos, todo lo cual ha supuesto una dificultad añadida a la hora de valorar los datos disponibles.

En el marco de esta disparidad, el Instituto Nacional de la Salud y las Comunidades Autónomas de Aragón, Asturias, Galicia, Navarra, País Vasco y La Rioja han remitido información que se ajusta, en gran medida, a la solicitada por esta Institución. Las Comunidades Autónomas de Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Madrid y Murcia también han enviado datos sobre las diferentes listas de espera, si bien incompletos como consecuencia de limitaciones en los sistemas de información.

Por su parte, las Comunidades Autónomas de Andalucía y Cataluña únicamente han informado sobre lista de espera quirúrgica y tiempos de espera, si bien esta información ha sido exhaustiva en cuanto a indicadores y distribución de pacientes por centros hospitalarios.

Frente a la respuesta de las administraciones antes mencionadas, la Comunidad Valenciana no ha facilitado ninguno de los indicadores que se pidieron, limitándose a detallar algunas de las medidas implantadas para la reducción de los tiempos de espera. Y ello a pesar de que los sistemas de información de los centros hospitalarios de esta comunidad sí permiten obtener, además en gran medida, indicadores sobre pacientes y tiempos de demora, al menos, en intervenciones quirúrgicas programadas.

Teniendo presente lo anterior y la tardanza por parte de algunas comunidades autónomas en facilitar información, se optó por efectuar visitas puntuales a centros hospitalarios de aquellas comunidades que bien no habían enviado en su momento el informe solicitado (Aragón, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Madrid y La Rioja) o, aun habiéndolo emitido, la información era claramente insuficiente (Andalucía, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña y Murcia). Respecto al primer bloque de comunidades, debe dejarse constancia de que, una vez que se efectuaron las citadas visitas, remitieron un informe relativo a la situación de las listas de espera en el conjunto de su ámbito territorial.

Estas visitas, puntuales y necesariamente limitadas dado el elevado número de centros hospitalarios y los medios disponibles, se programaron, por tanto, en función de la puntual recepción y concreción de la información reflejada

en los informes evaluados. En concreto, se visitaron los siguientes centros hospitalarios:

- En Andalucía, Complejos Hospitalarios Reina Sofía, de Córdoba, y Torrecárdenas, de Almería.
- En Aragón, hospitales San Jorge, de Huesca; Obispo Polanco, de Teruel, y Miguel Servet, de Zaragoza.
- En Baleares, Complejo Hospitalario Son Dureta, de Palma de Mallorca.
- En Canarias, Complejo Hospitalario Nuestra Señora de la Candelaria, de Santa Cruz de Tenerife.
- En Cantabria, hospital Marqués de Valdecilla, de Santander.
- En Castilla-La Mancha, Complejos Hospitalarios de Albacete, Ciudad Real y Toledo y el Hospital Universitario de Guadalajara.
- En Castilla y León, hospitales General Yagüe, de Burgos; Río Carrión, de Palencia; Del Río Hortega, de Valladolid, y Complejo Hospitalario de Salamanca.
- En Cataluña, hospitales Arnau de Vilanova, de Lleida, y Verge de la Cinta, de Tortosa.
- En la Comunidad Valenciana, hospitales Universitario, de Alicante; La Fe, de Valencia, y Vega Baja, de Orihuela.
- En Extremadura, Complejos Hospitalarios de Badajoz y de Cáceres.
- En Madrid, hospitales Doce de Octubre, La Paz y Severo Ochoa, y el complejo hospitalario Gregorio Marañón.
- En Murcia, hospital Virgen de la Arrixaca.
- En La Rioja, Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro.

En las Comunidades Autónomas de Andalucía y Cataluña se visitaron menos centros hospitalarios, en función de la población residente en ellas, como consecuencia de que la información remitida sobre espera quirúrgica fue pormenorizada y suficiente.

No se efectuaron visitas a centros hospitalarios de las Comunidades Autónomas de Asturias, Galicia, Navarra y País Vasco, al haberse proporcionado una información adecuada de los ámbitos sobre los que versa el estudio (consultas externas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas programadas).

**CAPÍTULO 5**  
**EXTENSIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA:**  
**CONSULTAS EXTERNAS Y TÉCNICAS**  
**Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**



## I. CONSIDERACIÓN GENERAL

Teniendo presente las profundas limitaciones reflejadas en el capítulo anterior, que se traducen en que un representativo número de los organismos responsables de la gestión de la asistencia sanitaria carecían, a nivel corporativo, de información suficiente y objetiva sobre indicadores básicos de listas de espera en primeras consultas externas y en técnicas y pruebas diagnósticas, se procede a continuación a intentar una aproximación, en términos cuantitativos, a la realidad del alcance y extensión de estas listas en el Sistema Nacional de Salud.

A tal fin, se utilizará la información facilitada por el Instituto Nacional de la Salud y por las comunidades autónomas, así como la obtenida en las visitas puntuales efectuadas a centros hospitalarios de diferentes comunidades a lo largo del año 2002.

La aproximación que se pretende, que, por las razones ya apuntadas, no se puede efectuar exclusivamente con base en los datos globales proporcionados por las diferentes administraciones, tiene su punto nuclear de partida en la situación de centros hospitalarios singularmente considerados, en orden a proyectar, a través de las conclusiones que de este análisis se deriven, una visión de conjunto lo más amplia posible, pero necesariamente limitada dado el único método factible para realizar esta proyección.

## II. INFORMACIÓN FACILITADA POR EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD

A tenor de la información facilitada por el Instituto Nacional de la Salud, el sistema de información sobre recursos y actividad (SIAE) permitía conocer el número total de pacientes pendientes de una primera consulta en cada una de las especialidades y en las cuatro áreas de actividad —médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica—, así como el número de aquellos que llevan más de dos meses en espera, y hacer una aproximación a la demora media, mediante el cálculo de la demora prospectiva, entendida como el número de días en que se tardaría en absorber el total de pacientes pendientes, con una actividad media

similar a la de los últimos doce meses. Según este sistema, el número de pacientes en cada una de las especialidades o unidades de consulta de los hospitales y de los centros de especialidades de la entidad que se encontraban pendientes de una primera consulta el 31 de diciembre de 2001 era de 547.966 (39 de cada 1.000 habitantes). Siendo así, y extrapolando esta cifra al conjunto del Sistema Nacional de Salud, el total de pacientes pendientes de primeras consultas externas en el sistema público sanitario ascendería a 1.435.000 aproximadamente.

En el ámbito del Instituto Nacional de la Salud y en relación con las catorce especialidades incluidas en el presente estudio, se refleja a continuación el número de pacientes pendientes de primera consulta a 31 de diciembre de 2001; el número de los que llevaban más de dos meses en espera; la actividad en esta área en el año 2001 y la demora prospectiva en días (Tabla 1).

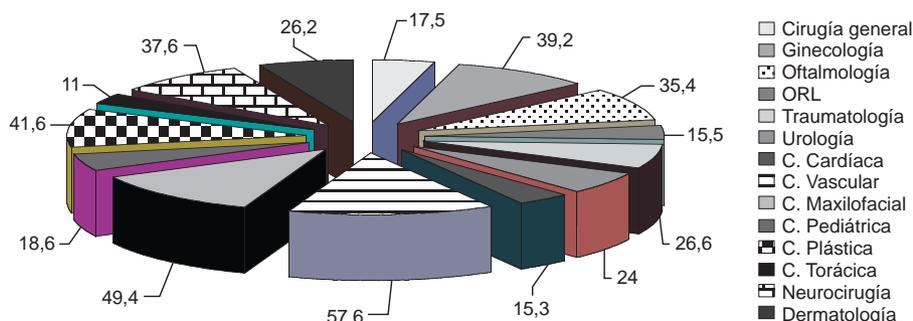
TABLA 1. INSALUD.  
LISTA DE ESPERA Y ACTIVIDAD EN CATORCE ESPECIALIDADES (31/12/2001)

ESPECIALIDAD	PACIENTES EN ESPERA	PACIENTES > 60 DÍAS	CONSULTAS 2001	PROMEDIO MES	DEMORA PROSPECTIVA
C. General	18.778	510	387.173	32.264	17,5
Ginecología	79.492	12.694	729.593	60.799	39,2
Oftalmología	106.758	17.983	1.085.547	90.462	35,4
ORL	23.604	573	546.931	45.578	15,5
Traumatología	67.200	6.233	908.257	75.688	26,6
Urología	20.841	1.467	312.360	26.030	24,0
C. Cardíaca	229	0	5.403	450	15,3
C. Vascular	7.957	1.283	49.689	4.141	57,6
C. Maxilofacial	6.858	690	49.927	4.161	49,4
C. Pediátrica	1.895	127	36.615	3.051	18,6
C. Plástica	3.515	709	30.412	2.534	41,6
C. Torácica	127	0	4.160	347	11,0
Neurocirugía	2.353	380	22.529	1.877	37,6
Dermatología	46.950	4.057	643.947	53.662	26,2

*Fuente:* Insalud.

La representación gráfica, con indicación de la demora prospectiva por especialidades, aparece seguidamente:

### DEMORA PROSPECTIVA EN 14 ESPECIALIDADES



En relación con lo anterior, y siempre según la información proporcionada por el Instituto Nacional de la Salud, se relacionan también los hospitales que presentaban mayores tiempos de espera (Tabla 2).

TABLA 2. INSALUD.  
HOSPITALES CON MAYOR DEMORA PROSPECTIVA (31/12/2001)

HOSPITAL	ESPECIALIDAD	PACIENTES EN ESPERA	PACIENTES > 60 DÍAS	DEMORA PROSPECTIVA
C. H. Badajoz	Maxilofacial	2.285	16	344
C. H. Badajoz	C. Vascular	756	89	188
H. M. Servet. Zaragoza	Neurocirugía	328	0	143
H. V. Salud. Toledo	Ginecología	4.787	2.762	139
H. M. Servet. Zaragoza	C. Vascular	677	354	129
H. Gral. Yagüe. Burgos	Neurocirugía	390	264	97
C. H. Salamanca	Oftalmología	6.291	1.178	95
H. Gral. Yagüe. Burgos	Ginecología	3.832	1.853	89
H. Central. Asturias	Maxilofacial	1.205	218	84
H. Doce Octubre. Madrid	Ginecología	8.531	0	82
H. Valdecilla. Santander	Maxilofacial	885	0	82

Fuente: Insalud.

De los datos reflejados en las tablas precedentes pueden extraerse cuatro conclusiones. En primer lugar, que las mayores demoras prospectivas se producían en las especialidades de cirugía vascular, cirugía maxilofacial, ginecología y neurocirugía. En segundo término, que el porcentaje de pacientes con espera superior a dos meses era el 22 por 100 del total. En tercer lugar, la contradicción que representa que en las especialidades de neurocirugía, maxilofacial y ginecología no se computen pacientes con demora superior a 60 días en los hospitales Miguel Servet, de Zaragoza; Doce de Octubre, de Madrid,

y Marqués de Valdecilla, de Santander, y tan sólo 16 en maxilofacial, en el Complejo Hospitalario de Badajoz, cuando la demora prospectiva señalada para estos centros era de 143 y 82 días, para los tres primeros, y de 344 días para el último. Y por último, que de la documentación aportada por las comunidades autónomas y de la información obtenida en visitas puntuales a centros hospitalarios se constató la existencia de demoras superiores a dos meses, en un significativo número de centros en los que, según el sistema de información del Instituto Nacional de la Salud, no figuraban pacientes con demoras superiores a 60 días.

Las conclusiones reflejadas en el apartado precedente ponen de relieve la poca consistencia y fiabilidad del sistema de información de la referida entidad en consultas externas.

Respecto a la lista de espera en técnicas y pruebas diagnósticas, el Instituto Nacional de la Salud hacía constar que manejaba datos de más de treinta de ellas y que, a diferencia de consultas externas, en estas técnicas resultaba más difícil hacer una aproximación a la demora media, dado que mientras que las listas de consultas estaban integradas por pacientes ambulatorios, la actividad de pruebas complementarias comprendía una proporción importante de técnicas realizadas a pacientes ingresados, lo que distorsionaba el cálculo de la demora prospectiva. A este respecto, en el informe emitido se resaltaba que para profundizar en el conocimiento de la situación de este área se había puesto en marcha un sistema específico de información, si bien todavía no era operativo. Como consecuencia de lo anterior, la información facilitada se limitó a detallar el número de pacientes en lista de espera en los hospitales y centros de especialidades periféricos en las cuatro pruebas solicitadas (Tabla 3) y los pacientes con espera superior a dos meses en los hospitales seleccionados como muestra (Tabla 4).

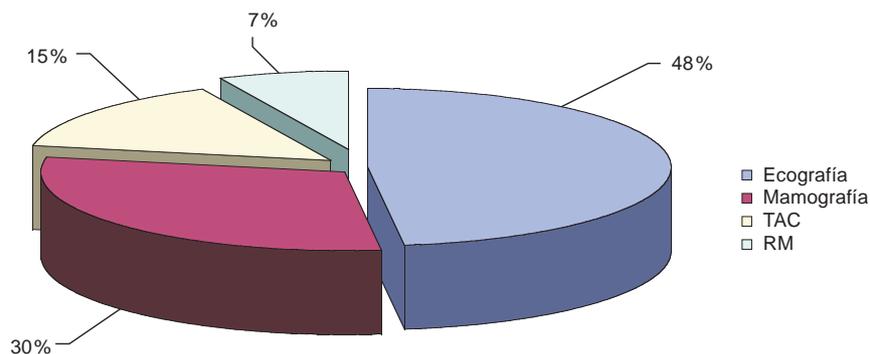
TABLA 3. INSALUD.  
LISTA DE ESPERA EN CUATRO  
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (31/12/2001)

PRUEBA	PACIENTES EN ESPERA
Ecografía	95.816
Mamografía	59.421
TAC	30.504
RM	12.547
TOTAL	198.288

*Fuente:* Insalud.

La representación gráfica, con expresión del tanto por ciento correspondiente a cada una de las pruebas diagnósticas, es la siguiente:

**% PACIENTES ESPERA EN CUATRO PRUEBAS  
DIAGNÓSTICAS**



**TABLA 4. INSALUD.  
LISTA DE ESPERA EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (31/12/2001)**

HOSPITAL	ECOGRAFÍAS		MAMOGRAFÍAS		TAC		R. MAGNÉTICAS	
	PACIENTES	> 60 DÍAS	PACIENTES	> 60 DÍAS	PACIENTES	> 60 DÍAS	PACIENTES	> 60 DÍAS
H. Gral. San Jorge	0	0	0	0	0	0	0	0
H. Miguel Servet	10.221	48	4.599	86	836	0	1.650	0
H. G. Teruel	312	0	156	0	124	0	0	0
H. Central Asturias	544	40	1.660	694	444	20	0	0
H. de Cabueñes	575	0	629	0	555	0	0	0
C. H. Son Dureta	1.125	120	325	0	873	125	407	107
H. Can Misses	318	0	128	0	224	0	96	0
C. H. M. Valdecilla	1.850	0	4.346	2.824	480	0	296	0
H. de Sierrallana	766	1	656	0	429	0	0	0
C. H. de Albacete	2.157	261	617	299	1.162	154	386	0
C. H. de Ciudad Real	2.087	909	723	120	2.071	1.116	0	0
H. Gral. V. de la Luz	539	0	189	0	266	0	0	0
H. Gral. Guadalajara	3.200	808	695	64	0	0	0	0
H. V. de la Salud	2.498	994	2.529	1.464	576	143	57	2
H. N. S. de Sonsoles	883	0	259	0	349	0	0	0
H. General Yagüe	2.110	0	0	0	399	0	0	0
Hospital de León	2.426	0	1.455	0	552	0	664	0
H. Gral. Río Carrión	587	14	412	5	193	0	0	0
C. H. Univ. Salamanca	1.114	0	2.000	0	1.555	0	600	0

TABLA 4. (Cont.)

HOSPITAL	ECOGRAFÍAS		MAMOGRAFÍAS		TAC		R. MAGNÉTICAS	
	PACIENTES	> 60 DÍAS	PACIENTES	> 60 DÍAS	PACIENTES	> 60 DÍAS	PACIENTES	> 60 DÍAS
C. H. de Segovia	213	0	64	0	209	0	0	0
H. Gral. de Soria	1.112	0	83	0	193	0	0	0
H. del Río Hortega	1.319	627	337	70	487	81	0	0
H. V. de la Concha	848	0	381	0	235	0	0	0
C. H. Inf. Cristina	222	0	63	0	106	0	717	0
C. H. de Cáceres	1.762	15	1.051	202	111	0	170	0
H. La Paz	1.003	0	2.122	0	1.313	0	497	0
H. Severo Ochoa	3.816	131	2.652	270	830	5	209	0
H. Doce de Octubre	3.126	0	1.755	0	1.763	0	1.308	0
H. V. de la Arrixaca	2.769	0	0	0	1.369	0	2.008	0
H. N. S. del Rossell	1.470	0	340	0	187	0	0	0
C. H. San Millán	1.507	0	167	0	419	0	97	0

Fuente: Insalud.

Al igual que en consultas externas, es menester señalar que tanto de la información enviada por las comunidades autónomas como de la obtenida en visitas puntuales a centros hospitalarios se desprende la existencia de tiempos dilatados de espera y muy superiores a dos meses en centros que, según el sistema de información del Instituto Nacional de la Salud, figuraban sin pacientes con demora superior a 60 días.

### III. INFORMACIÓN FACILITADA POR LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Tal y como ha quedado expuesto en diferentes capítulos de este informe, en enero de 2001 se solicitaron a las comunidades autónomas determinados indicadores, todos ellos básicos, sobre listas de espera en consultas externas y en técnicas y pruebas diagnósticas. Estos datos se referían a la lista de espera de carácter estructural del conjunto de los centros de los servicios de salud y, de forma singularizada, a determinados centros hospitalarios. A lo largo de 2002, las comunidades han remitido diversa información, difícilmente sistematizable en un marco común, como consecuencia del diferente nivel de implantación de las tecnologías de la información y, en ocasiones, por la deficiente gestión de estas listas.

En cualquier caso, puede adelantarse, a modo de conclusión, que del análisis sistemático de la información facilitada por las comunidades autónomas y de la obtenida en las visitas efectuadas a centros hospitalarios se desprende la existencia, en términos generales, de demoras excesivas y socialmente inaceptables en este ámbito.

En este contexto se procede seguidamente a detallar la situación en cada una de las comunidades autónomas, en función de la información disponible. En relación con ello, es necesario advertir, una vez más, que la información facilitada no siempre se refiere exclusivamente a tiempos de espera derivados de la organización de los servicios y medios disponibles, sino que, en muchos casos, incluye también los que son consecuencia de razones clínicas o personales. Ello sin olvidar la heterogeneidad en cuanto a criterios e indicadores para el cómputo y medida de las demoras.

## 1. *COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA*

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía no facilitó información alguna en relación con las listas de espera en consultas externas y técnicas y pruebas diagnósticas, aludiendo a que se encontraba en fase de implantación un sistema de información en relación con esta modalidad de atención.

Ello motivó la realización de visitas puntuales a los complejos hospitalarios Reina Sofía, de Córdoba, y Torrecárdenas, de Almería, en orden a intentar una aproximación a las demoras en esta comunidad.

La primera conclusión a destacar es que, efectivamente, los sistemas de información no permitían un control efectivo y una adecuada gestión de las listas de espera, como consecuencia, por una parte, de que no se había culminado el proceso iniciado para la informatización integral de los centros y, de otra, de la práctica de agendas cerradas.

En este sentido, en el complejo hospitalario de Córdoba restaban por informatizar los servicios de traumatología, medicina interna, cirugía general y hematología, siendo también parcial la informatización relativa a las citaciones en técnicas y pruebas diagnósticas. En el complejo hospitalario de Almería, la informatización presentaba sensibles inadecuaciones, al coexistir diferentes sistemas sin conexión entre sí. Así, los sistemas de información del hospital y del centro de especialidades periférico no eran compatibles con el del hospital provincial, que también forma parte del complejo. Además, no estaban informatizadas las agendas médicas de alergia, toxicología y anestesia, en el hospital, y las de alergia infantil y medicina interna, en el centro de especialidades.

Como consecuencia de lo anterior, las unidades de admisión no podían gestionar adecuadamente las listas de espera y citaciones de aquellas agendas que no estaban informatizadas, dependiendo de la información que en cada momento remitieran los servicios clínicos o centrales.

Respecto a la práctica de agendas cerradas, es necesario subrayar que, a 30 de octubre de 2002 y en el complejo hospitalario de Almería, había 379 pacientes sin citar en cirugía vascular (varices en miembros inferiores, una de las patologías con mayor demora en el conjunto del Sistema Nacional de Salud), los más antiguos de los cuales se encontraban en espera de citación desde el 17 de julio de 2001, es decir, una demora superior a quince meses tan sólo para conocer el momento

en el que podrían ser atendidos; 63 pacientes en neumología (SAOS), con una antigüedad desde el 21 de mayo de 2002, o sea una demora de cinco meses, y seis en traumatología, desde el 15 de octubre de 2002, pendientes de asignación de especialista. Esta misma práctica estaba generalizada en pruebas de radio-diagnóstico, marco en el que era escaso el protagonismo de la unidad de admisión.

De otra parte, y respecto a la gestión de las listas de espera, hay que significar que los sistemas de información no diferenciaban la espera como consecuencia de la organización de los servicios y medios disponibles de la derivada de razones clínicas o personales.

En términos positivos debe hacerse mención a que el área del complejo hospitalario Reina Sofía era la única, a nivel de la comunidad autónoma, en la que los centros de salud accedían directamente a las agendas de atención especializada, gestionando de este modo las listas de espera de este ámbito. Ello, claro está, en relación con las agendas que estaban informatizadas.

A fin de precisar las demoras de índole estructural, con fechas 29 y 30 de octubre de 2002 se efectuaron diversas simulaciones de citación de pacientes en los sistemas de información de los dos centros visitados para concretar los primeros huecos disponibles en las agendas médicas, o lo que es lo mismo, la espera consecuencia de la organización de los servicios.

En el centro de especialidades del complejo hospitalario de Almería se observó que las primeras fechas disponibles se deslizaban al 16 de julio (ocho meses y medio de espera) en consulta ordinaria y al 17 de enero de 2003 (dos meses y medio de demora) en consulta preferente, en la especialidad de reumatología, donde sólo existía un especialista; al 28 de febrero (cuatro meses de demora), 6 de marzo (superior a cuatro meses de demora) y 26 de junio de 2003 (casi ocho meses de demora) en las tres agendas de neurología, y al 3 de diciembre de 2002 y 13 de enero de 2003 (un mes y medio y dos meses y medio de demora, respectivamente) en las agendas de cardiología. A este respecto, debe valorarse la posible incidencia de la libre elección de especialista para justificar las sensibles diferencias en las agendas médicas de neurología.

En el hospital del complejo Torrecárdenas, los primeros espacios disponibles en las agendas médicas se proyectaban a 12 de mayo de 2003 en consulta ordinaria (seis meses y medio de demora) y al 19 de diciembre de 2002 en consulta preferente (mes y medio de demora) en procesos de cirugía vascular distintos a los de varices, y a octubre de 2003 (procesos de hernias discales no complicadas) en neurocirugía (prácticamente un año de espera), si bien existían huecos libres en enero de 2003 destinados a otros procesos de esta especialidad.

En técnicas y pruebas diagnósticas de este mismo hospital de Almería, las demoras eran de dieciocho meses con carácter ordinario y de cinco/seis meses con carácter preferente, en la realización de electromiogramas, y de cuatro meses en ecografías abdominales. Por el contrario, eran poco significativas las esperas en la prueba de TAC en el hospital general.

En este último hospital, los tiempos de espera en consultas de carácter ordinario, incluyendo tanto los derivados de la organización de los servicios como los que se debían a razones clínicas o personales, eran las siguientes el 30 de septiembre de 2002 (Tablas 5 y 6).

TABLA 5. H. TORRECÁRDENAS, DE ALMERÍA.  
LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS (30/9/2002)

ESPECIALIDAD	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA					
		0-15 DÍAS	16-30 DÍAS	31-60 DÍAS	61-90 DÍAS	> 90 DÍAS	> 120 DÍAS
C. Maxilofacial	153	23	61	69	0	0	0
C. General	200	5	24	126	42	1	2
C. Pediátrica	267	10	4	4	245	2	2
C. Vascular	284	0	1	1	1	9	272
Dermatología	118	2	1	23	18	0	74
Neurocirugía	641	0	0	2	84	123	432
ORL	72	1	6	55	10	0	0
Oftalmología	180	18	9	6	8	10	129
Tocoginecología	62	19	6	2	22	7	6
Traumatología	144	67	56	20	0	0	1
Urología	121	0	0	11	108	0	2

Fuente: Sistema de información del H. Torrecárdenas.

TABLA 6. C. H. TORRECÁRDENAS. CENTRO DE ESPECIALIDADES.  
LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS (30/9/2002)

ESPECIALIDAD	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA					
		0-15 DÍAS	16-30 DÍAS	31-60 DÍAS	61-90 DÍAS	91-120 DÍAS	121-180 DÍAS
C. General	225	90	112	23	0	0	0
Dermatología	1.644	106	288	585	354	15	296
ORL	709	129	106	463	2	9	0
Oftalmología	1.615	155	302	62	920	13	163
Ginecología	1.958	75	59	464	979	364	17
Traumatología	1.952	249	679	600	424	0	0
Urología	378	6	139	233	0	0	0

Fuente: Sistema de información del C. H. Torrecárdenas.

Desde otra óptica, y según la información institucional facilitada, las mayores demoras medias y tiempos máximos de espera en días, en el complejo de Almería, se producían, en septiembre de 2002, en las consultas y pruebas diagnósticas que seguidamente se relacionan (Tabla 7).

TABLA 7. C. H. DE ALMERÍA.  
LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS  
(SEPTIEMBRE 2002)

CENTRO	CONSULTA	DEMORA MEDIA (DÍAS)	DEMORA MÁXIMA (DÍAS)
Hospital	Endocrinología	92	168
Hospital	Neumología	99	117
Hospital	Pediatría	83	151
Centro especialidades	Cardiología	72	96
Centro especialidades	Ginecología	66	117
Centro especialidades	Oftalmología	44	122
CENTRO	CONSULTA	DEMORA MEDIA (DÍAS)	DEMORA MÁXIMA (DÍAS)
Hospital	Ecocardio	116	140
Hospital	Eco digestivo	95	100
Hospital	Colonoscopia	70	130
H. Provincial	Eco abdomen	130	130
H. Provincial	Eco aparato urinario	130	130
H. Provincial	TAC tórax	130	130

*Fuente:* Sistema de información del C. H. Torrecárdenas.

Del contenido de la tabla precedente destacan las significativas demoras medias en las consultas de endocrinología y neumología (92 y 99 días, respectivamente) y, en pruebas diagnósticas, ecografía y TAC (130 días en el Hospital Provincial).

En cuanto al complejo hospitalario de Córdoba, en la simulación de citas efectuada el 29 de octubre de 2002 para determinar la espera de naturaleza estructural en las agendas médicas de consultas externas se constató que el primer hueco disponible en una consulta de reumatología del hospital se encontraba en octubre de 2003 (aproximadamente un año de demora); el 23 de enero de 2003 en cirugía plástica (casi tres meses de espera); el 27 de enero, 31 de marzo y 7 de abril de 2003 en agendas de traumatología jerarquizada (superior a cinco meses en alguna de ellas), y el 25 de septiembre en neurología (ámbito provincial), lo que supone una espera de once meses. En relación con estas demoras debe tenerse presente que en ellas puede incidir la libre elección de especialista.

Según la información general proporcionada sobre el complejo hospitalario Reina Sofía, la lista de espera en consultas con carácter ordinario, a 28 de octubre de 2002, era la que se reproduce a continuación (Tabla 8).

En técnicas y pruebas diagnósticas en el complejo hospitalario de Córdoba, se detallan a continuación los pacientes en espera superior a 120 días (Tabla 9).

TABLA 8. C. H. REINA SOFÍA, DE CÓRDOBA.  
LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS (28/10/2002)

ESPECIALIDAD	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA					
		0-30 DÍAS	31-60 DÍAS	61-90 DÍAS	91-120 DÍAS	121-180 DÍAS	> 180 DÍAS
C. General	1.061	816	57	25	36	38	89
Ginecología	8.546	2.271	1.472	1.384	1.558	855	1.006
Oftalmología	13.628	3.559	2.089	2.080	3.231	2.299	370
ORL	1.509	1.065	142	85	130	59	28
Traumatología	11.502	2.788	2.179	1.826	1.939	1.858	912
Urología	2.030	1.413	394	55	44	81	43
C. Cardíaca	155	38	35	33	4	29	16
C. Maxilofacial	380	—	—	—	—	—	—
C. Pediátrica	462	265	88	71	31	5	2
C. Plástica	520	428	61	28	3	0	0
C. Torácica	0	—	—	—	—	—	—
Neurocirugía	95	60	31	4	0	0	0
Dermatología	3.950	1.611	1.090	858	373	11	7

Fuente: Sistema de información del C. H. Reina Sofía.

TABLA 9. C. H. REINA SOFÍA, DE CÓRDOBA.  
LISTA DE ESPERA EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (OCTUBRE 2002)

PRUEBA	PACIENTES > 120 DÍAS	PACIENTES > 180 DÍAS	DEMORA MEDIA (DÍAS)
Ecografía	638	0	80,5
Mamografía	1.796	996	100,9
TAC	253	0	32,7
RM	114	0	65,2

Fuente: Sistema de información del C. H. Reina Sofía.

En la evaluación de las demoras que acaban de detallarse, tanto de consultas como de pruebas diagnósticas, debe tenerse presente que en ellas están incluidas tanto las de naturaleza estructural como las que derivan de razones clínicas o personales.

Como complemento de lo anterior, hay que señalar que, según la información facilitada por el servicio de radiodiagnóstico al de admisión, en septiembre de 2002 se estaban citando a pacientes para la realización de polisomnogramas (uno de los estudios con mayor espera en el conjunto del Sistema Nacional de Salud), cuya necesidad se había determinado en noviembre de 2001, es decir, prácticamente un año de demora; y a pacientes con indicación clínica de TAC, desde mayo de 2002, lo que significa una espera superior a cinco meses.

## 2. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

La Consejería de Salud, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Aragón recalcó que la información disponible era insuficiente e inexacta, circunstancia que, unida al retraso en la informatización integral de los centros hospitalarios, impedía un análisis global de situación. No obstante, la mencionada Consejería adelantó, a modo de resumen, que existían importantes demoras y que el sistema de información no permitía diferenciar nítidamente a los pacientes que esperaban la realización de una prueba necesaria para su diagnóstico de aquellos otros pendientes de una revisión o una prueba de control. A pesar de estas limitaciones, la mencionado Consejería facilitó los datos disponibles y relativos a la lista de espera en primeras consultas externas en la Comunidad Autónoma (Tabla 10).

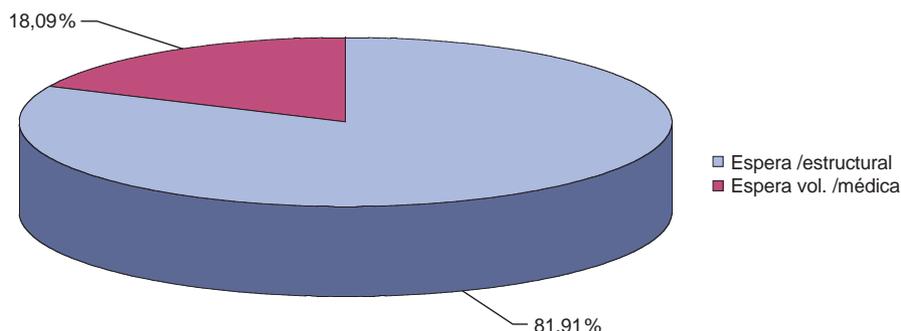
TABLA 10. ARAGÓN. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS.  
TODAS LAS ESPECIALIDADES (MARZO 2002)

ÁREA	PACIENTES EN ESPERA	PACIENTES > 60 DÍAS	ESPERA VOL/MÉDICA	PAC. SIN CITAR	DEMORA PROSPECTIVA (DÍAS)	DEMORA MÁXIMA (DÍAS)
Médica	20.038	1.488	1.756	2.024	29	123
Quirúrgica	43.498	3.779	7.927	8.048	41	280
Pediátrica	901	70	136	81	30	123
Obstétrica	609	1	110	0	15	52
TOTAL	65.046	5.338	9.929	10.153	35	280

Fuente: Consejería de Salud, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Aragón.

Sin computar los pacientes en espera de citación, la representación gráfica, con indicación del porcentaje correspondiente a pacientes en espera estructural y en espera clínica/voluntaria, es la reflejada a continuación:

LISTA DE ESPERA PRIMERAS CONSULTAS TODAS LAS ESPECIALIDADES



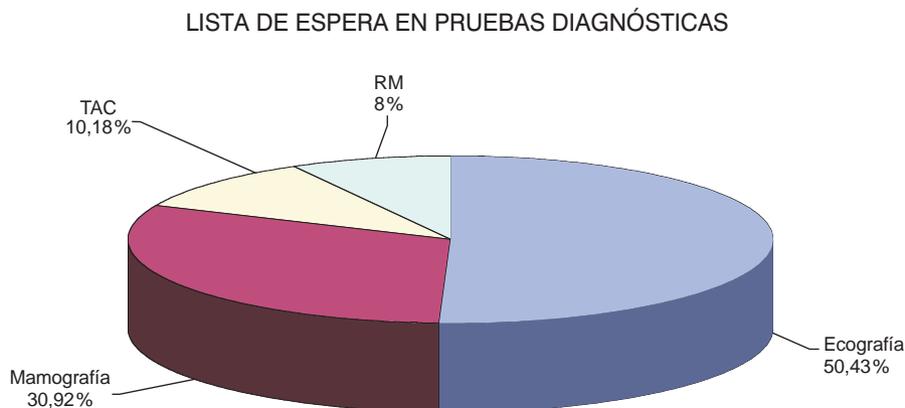
Con esta misma estructura se proporcionaron también los indicadores referentes a pruebas diagnósticas en el conjunto de la comunidad (Tabla 11).

TABLA 11. ARAGÓN. LISTA DE ESPERA EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (MARZO 2002)

PRUEBA	PACIENTES EN ESPERA	PACIENTES > 60 DÍAS	ESPERA VOL/MÉDICA	PAC. SIN CITAR	DEMORA PROSPECTIVA (DÍAS)	DEMORA MÁXIMA (DÍAS)
Ecografía	14.705	332	6.055	4.139	41	157
Mamografía	9.015	224	3.054	3.618	72	185
TAC	2.969	3	432	1.583	24	167
RM	2.471	46	269	1.791	88	—
TOTAL	29.160	605	9.810	11.131	—	185

Fuente: Consejería de Salud, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Aragón.

La representación gráfica, con indicación del tanto por ciento correspondiente a los pacientes en espera, en cada una de las pruebas diagnósticas, ofrece el siguiente resultado:



De esta información cabe extraer las siguientes consideraciones. En primer lugar, el elevado número de pacientes (10.153 en consultas y 11.131 tan sólo en cuatro pruebas diagnósticas) con indicación clínica para ser atendidos y que se encontraban pendientes de la asignación de fecha para la consulta o prueba. Esta práctica de *agendas cerradas* puede distorsionar la fiabilidad y validez de instrumentos de gestión sumamente valiosos, como son los indicadores relativos a demoras y esperas medias, y, lo que es más importante, impedir que los pacientes conozcan puntualmente cuándo se les puede prestar la atención que precisan. En segundo término, que del total de pacientes en lista de espera, el 82 por 100 en consultas y el 45 por 100 en pruebas diagnósticas sufrían demoras como consecuencia de la organización de los servicios y de los medios disponibles.

Y en tercer lugar, la existencia de amplios tiempos de espera, especialmente en el área quirúrgica de consultas externas y en pruebas diagnósticas.

En cuanto a la gestión de las listas de espera en técnicas y pruebas diagnósticas, es necesario advertir el escaso protagonismo de las unidades de admisión de los hospitales, en la medida en que la misma se efectuaba por los servicios de radiodiagnóstico.

En esta línea de aproximación en lo que se refiere a la realidad de las listas de espera en la Comunidad Autónoma de Aragón se reflejan seguidamente diversos indicadores de los hospitales Miguel Servet, de Zaragoza; San Jorge, de Huesca, y Obispo Polanco, de Teruel.

En el primero de estos centros, la lista de espera en primeras consultas, de las catorce especialidades objeto del estudio, ascendía, a 31 de diciembre de 2001, a 19.337 pacientes, 5.091 de ellos pendientes de ser citados y, por tanto, sin referencia exacta del tiempo transcurrido desde la indicación clínica para la atención en consulta. En suma, y como aspectos más destacados, puede confirmarse la existencia de 14.246 pacientes citados, algunos de los cuales con demoras superiores a 120 días y el reseñado bloque de los que estaban en espera de cita (Tabla 12).

TABLA 12. H. MIGUEL SERVET, DE ZARAGOZA.  
LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS. CATORCE ESPECIALIDADES (31/12/2001)

ESPECIALIDAD	TRAMOS DE ESPERA					PACIENTES SIN CITAR	TOTAL PACIENTES
	0-30 DÍAS	31-60 DÍAS	61-90 DÍAS	91-120 DÍAS	> 120 DÍAS		
Cirugía General	985	12	1	0	0	60	1.058
Ginecología	1.479	189	3	1	4	133	1.809
Oftalmología	2.337	816	12	4	1	3.505	6.675
ORL	776	3	0	0	0	13	792
Traumatología	1.984	278	38	0	1	424	2.725
Urología	801	10	6	8	7	57	889
C. Cardíaca	0	0	0	0	0	0	0
C. Vascular	172	148	106	120	130	1	677
C. Maxilofacial	42	1	1	0	0	22	66
C. Pediátrica	301	131	39	28	62	0	561
C. Plástica	102	94	6	0	0	88	290
C. Torácica	5	0	0	0	0	1	6
Neurocirugía	64	0	0	0	0	264	328
Dermatología	1.926	832	92	85	3	523	3.461
TOTAL	10.974	2.514	304	246	208	5.091	19.337

Fuente: Sistema información del hospital Miguel Servet.

En un intento de mayor concreción, y computando tanto la demora que afectaba a los pacientes ya citados y pendientes de acceder a consulta externa como la de aquellos que todavía no habían sido citados y que también estaban a la espera de ser atendidos, se refleja a continuación la situación existente y relativa a las especialidades con mayor demora, en mayo de 2002 (Tablas 13).

TABLA 13. H. MIGUEL SERVET, DE ZARAGOZA. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS. ESPECIALIDADES CON MAYOR DEMORA (MAYO 2002)

CENTRO CONSULTA		DEMORA (DÍAS)	
		NORMAL	PREFERENTE
Hospital General	Dermatología	157	35
Hospital General	Urología (incontinencia)	47	47
Hospital General	C. Vascular	47	37
Hospital General	Neurología	47	47
Hospital Infantil	Traumatología	301	40
H. Rehabilitación	Unidad Columna	198	55
H. Rehabilitación	C. Plástica	77	26
C. E. San José	Oftalmología	140	—
C. E. San José	Reumatología	74	54
C. E. Grande Covián	Neurología	87	28

C. E.: Centro de especialidades.

Fuente: Sistema de información del hospital Miguel Servet.

Con los mismos criterios antes mencionados, se detallan también las mayores esperas en técnicas y pruebas diagnósticas (Tabla 14).

TABLA 14. H. MIGUEL SERVET, DE ZARAGOZA. LISTA DE ESPERA EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (MAYO 2002)

CENTRO	PRUEBA	DEMORA (DÍAS)	
		NORMAL	PREFERENTE
Hospital General	M. Nuclear (spect)	287	44
Hospital General	M. Nuclear (cums)	202	202
Hospital General	Eco color	139	94
Hospital General	Mesas basculantes	220	220
Hospital General	Colonoscopias	94	78
C. E. San José	Ecocardios	239	—
C. E. San José	Mamografías	107	—
C. E. Grande Covián	Ecografías	148	—
C. E. Ramón y Cajal	Ecografías	300	—
C. E. Ramón y Cajal	Mamografías	105	—

Fuente: Sistema de información del hospital Miguel Servet.

Con independencia de que los sistemas de información no permitían diferenciar la espera estructural de aquella que no lo era, los indicadores precedentes ponían de relieve la existencia de demoras excesivas en diferentes centros y servicios, sensiblemente superiores, en algunos casos, a los seis y nueve meses. En relación con ello, hay que resaltar los tiempos dilatados en procedimientos preferentes, hasta 55 días en consultas externas y 220 en pruebas diagnósticas, y la contradicción que representa que algunas consultas y pruebas calificadas como ordinarias o normales presentaban el mismo tiempo de espera que las indicadas como preferentes, lo que ponía de manifiesto, una vez más, la importancia de profundizar en el establecimiento de criterios e indicaciones de priorización explícita.

Por lo que se refiere al hospital San Jorge, de Huesca, la espera en consultas externas derivada exclusivamente de la organización de los servicios y de los medios disponibles ascendía, en mayo de 2002, a 1.955 pacientes, el 94 por 100 de ellos con una demora inferior a 60 días (Tabla 15), siendo poco significativa la referente a pruebas y técnicas diagnósticas.

TABLA 15. H. SAN JORGE, DE HUESCA.  
LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS (1/5/2002)

ÁREA	PACIENTES EN ESPERA	TRAMOS DE ESPERA					
		0-15 DÍAS	15-30 DÍAS	31-60 DÍAS	61-90 DÍAS	91-120 DÍAS	> 120 DÍAS
Médica	655	453	134	66	2	0	0
Quirúrgica	1.286	710	211	254	30	2	79
Pediátrica	4	4	0	0	0	0	0
Obstétrica	10	10	0	0	0	0	0
TOTAL	1.955	1.177	345	320	32	2	79

Fuente: Sistema de información del hospital San Jorge.

Finalmente, y en cuanto al hospital Obispo Polanco, de Teruel, únicamente cabe indicar que, a 31 de diciembre de 2001, el total de pacientes en espera de primera consulta era de 1.694, sin demoras superiores a tres meses (Tabla 16) y de 576 en pruebas diagnósticas sin espera mayor a 30 días.

TABLA 16. H. OBISPO POLANCO, DE TERUEL.  
LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS (31/12/2001)

ÁREA	PACIENTES EN ESPERA	TRAMOS DE ESPERA				
		0-15 DÍAS	15-30 DÍAS	31-60 DÍAS	61-90 DÍAS	91-120 DÍAS
Médica	373	314	59	0	0	0
Quirúrgica	1.266	492	290	348	136	0
Pediátrica	26	18	8	0	0	0
Obstétrica	29	20	9	0	0	0
TOTAL	1.694	844	366	348	136	0

Fuente: Sistema de información del hospital Obispo Polanco.

### 3. PRINCIPADO DE ASTURIAS

A tenor de la información remitida por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, en el año 2001 la informatización de la gestión de consultas externas no era completa en el conjunto de los hospitales del Principado, existiendo una importante disparidad entre los diferentes centros. Esta circunstancia, según se añadía, daba lugar a que no fuera posible elaborar algunos de los indicadores solicitados.

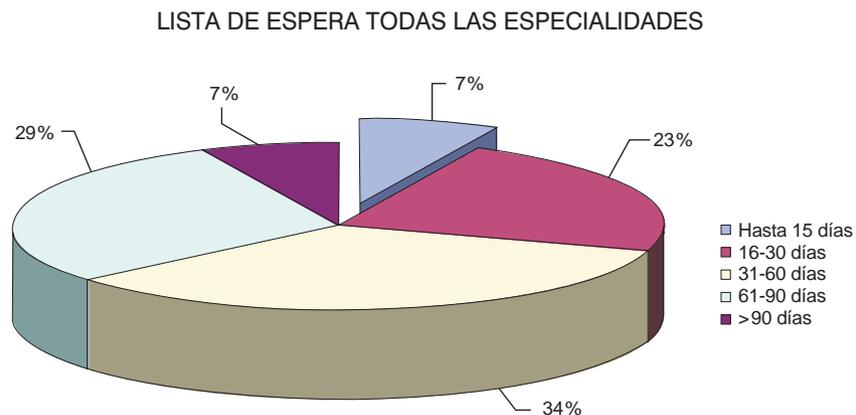
Conforme al sistema de información sobre recursos y actividad (SIAE), el número total de pacientes en espera el 31 de diciembre de 2001 para acceder a primera consulta externa en las diferentes especialidades era de 31.020, en tanto que en el sistema de información de lista de espera de consultas y técnicas (LECYT) únicamente figuraban 22.566 de estos pacientes, distribuidos en 19.086 con cita en primer hueco libre, es decir, en espera estructural (Tabla 17), y 3.480 con aplazamiento voluntario o por motivos clínicos, siendo de 51 días el tiempo medio de espera del total de los pacientes pendientes de primera consulta.

TABLA 17. ASTURIAS. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS.  
TODAS LAS ESPECIALIDADES (31/12/2001)

	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)					TOTAL
	HASTA 15	16-30	31-60	61-90	> 90	
Pacientes en espera	1.357	4.455	6.371	5.504	1.399	19.086

Fuente: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.

La representación gráfica, con indicación del tanto por ciento de pacientes por tramos de demora, es la siguiente:



De estos datos se desprende que, en el conjunto del Principado, existían 1.399 pacientes en lista de espera para primera consulta con una demora superior a

los tres meses, como consecuencia exclusivamente de la organización y de los recursos disponibles.

Para una mayor comprensión de los tiempos de demora en los centros hospitalarios, se reflejan a continuación la distribución del número de pacientes en las catorce especialidades objeto del estudio, así como en las diferentes áreas de consultas (total centro), y los respectivos tramos de espera en el Hospital Central de Asturias (Tabla 18).

TABLA 18. H. CENTRAL DE ASTURIAS. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS. CATORCE ESPECIALIDADES Y TOTAL HOSPITAL (31/12/2001)

ESPECIALIDAD	TRAMOS DE ESPERA							TOTAL
	< 15 DÍAS	16-30 DÍAS	31-60 DÍAS	61-90 DÍAS	> 90 DÍAS	> 120 DÍAS	> 180 DÍAS	
Cirugía General	84	4	0	0	0	0	0	88
Ginecología	901	630	734	201	87	21	29	2.603
Oftalmología	749	293	322	54	10	5	5	1.438
ORL	303	41	2	1	0	0	1	348
Traumatología	698	336	109	1	0	0	1	1.145
Urología	324	152	86	4	2	8	1	577
C. Cardíaca	31	3	0	0	0	0	0	34
C. Vascular	191	144	251	127	144	2	1	860
C. Maxilofacial	285	253	441	212	4	1	1	1.197
C. Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0
C. Plástica	146	107	186	99	99	0	1	638
C. Torácica	27	8	0	0	0	0	0	35
Neurocirugía	74	42	2	1	0	0	0	119
Dermatología	532	504	253	5	3	0	3	1.300
TOTAL 14 ESPECIALI.	4.345	2.517	2.386	705	349	37	43	10.382
TOTAL HOSPITAL	6.494	3.238	2.842	755	371	55	60	13.815

Fuente: Sistema de información del Hospital Central de Asturias.

En esta exposición, y para una adecuada interpretación de los datos de los que sobresa la existencia de 486 pacientes en espera superior a los tres meses, 60 de ellos con una demora que excedía de los seis, debe tenerse presente que los mismos se referían tanto a la espera consecuencia de la organización de los servicios y medios disponibles como de la derivada de motivos clínicos o personales.

En esta línea de exposición, y por lo que atañe al hospital Cabueñes, de Gijón, la lista de espera en consultas ascendía, a finales de 2002, a 6.090 pacientes, 72 de ellos con una espera superior a los tres meses (Tabla 19). En este caso se trata de demoras derivadas exclusivamente de la organización y de los recursos disponibles, singularización que sí permitía el sistema de información del hospital.

TABLA 19. H. CABUEÑES, DE GIJÓN. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS.  
TODAS LAS ESPECIALIDADES (31/12/2001)

	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)					TOTAL
	HASTA 15	16-30	31-60	61-90	> 90	
Pacientes en espera	687	2.415	2.552	364	72	6.090

Fuente: Sistema de información del hospital Cabueñes.

La determinación de indicadores sobre pruebas y técnicas diagnósticas ofrecía similares problemas a los planteados en consultas externas, agravada aún más por el hecho de que en este ámbito todavía era menor el porcentaje de gestión informatizada, lo que impedía calcular tiempos de demora. Por ello, únicamente es posible aportar información del Hospital Central de Asturias, que contaba con un sistema de información propio, en relación con demoras derivadas de la organización de los servicios y de los recursos disponibles (Tabla 20).

TABLA 20. H. CENTRAL DE ASTURIAS.  
LISTA DE ESPERA EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (31/12/2001)

PRUEBA	PACIENTES EN ESPERA	DEMORA MÁXIMA (DÍAS) (*)
Ecografía	544	38
Mamografía	1.660	18
TAC	444	30
RM (**)	688	60

(\*) Primer hueco libre en agenda.

(\*\*) Dato referido a 31/1/2002.

Fuente: Sistema de información del Hospital Central de Asturias.

#### 4. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ILLES BALEARS

Con carácter previo al análisis de la situación de las listas de espera en primeras consultas externas, es menester señalar dos cuestiones de alcance. En primer lugar, que, en julio de 2002, el centro de especialidades de la localidad de Inca (aproximadamente el 15 por 100 de la actividad total en algunas especialidades) no estaba informatizado, de modo que la emisión de los datos que facilitaba este centro a la unidad de admisión del hospital se efectuaba en soporte papel, con la pérdida de fiabilidad que ello representa. Y, en segundo término, la existencia de pacientes con indicación clínica para ser atendidos en consultas, que no estaban incorporados a las listas de espera y que se encontraban pendientes de citar. Esta situación, que se justificó por problemas técnicos, que no de enmascamiento, afectaba, en julio de 2002, al menos a 239 pacientes en la especialidad de neumología (estudios de sueño), a 624 de oftalmología (pruebas secundarias) y a 52 de urología (procedimientos de vasectomía).

De otra parte, hay que tener presente que los centros de atención primaria no accedían directamente a las agendas médicas de atención especializada, efectuándose las citaciones vía fax y a través del servicio de admisión del hospital, y asimismo que en los registros de pacientes no se diferenciaba la espera voluntaria o por motivos clínicos de la imputable a la organización de los servicios.

Con las salvedades mencionadas, y a tenor de la información facilitada por la Consejería de Salud y Consumo, la lista de espera en primeras consultas en el conjunto de los centros de las Illes Balears y en todas las especialidades afectaba, a 31 de diciembre de 2001, a 25.862 pacientes, de ellos 6.800 en espera superior a 60 días (Tabla 21).

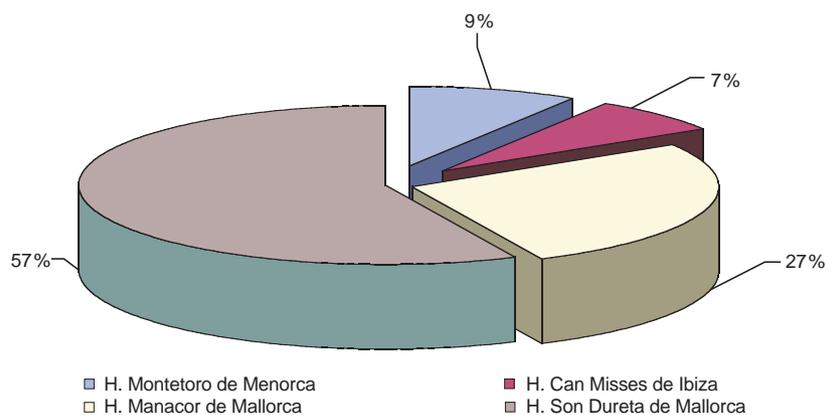
TABLA 21. ILLES BALEARS. LISTAS DE ESPERA EN CONSULTAS. TODAS LAS ESPECIALIDADES (31/12/2001)

HOSPITAL	NÚMERO TOTAL PACIENTES	PACIENTES > 60 DÍAS
H. Montetoro de Menorca	2.387	0
H. Can Misses de Ibiza	1.861	170
H. Manacor de Mallorca	6.899	106
H. Son Dureta de Mallorca	14.715	6.524
TOTAL COMUNIDAD	25.862	6.800

Fuente: Consejería de Salud y Consumo de las Illes Balears.

La representación gráfica, con indicación del tanto por ciento de los pacientes en espera en cada uno de los centros hospitalarios, se detalla a continuación:

LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS TODAS LAS ESPECIALIDADES



De los datos reseñados se desprende que en el hospital Son Dureta, de Palma de Mallorca, se centraba el 57 por 100 del total de pacientes en lista de espera

en consultas en las Illes Balears, y el 96 por 100 de la demora superior a los dos meses. Esta relevancia justificó profundizar en una mayor definición de la realidad de las listas de espera en la comunidad autónoma, a través del análisis de las de este hospital.

A este respecto, cabe comenzar poniendo de manifiesto que, en junio de 2002, el total de pacientes pendientes de primera consulta en todas las especialidades del hospital Son Dureta ascendía a 19.664, de los que 3.946 tenían una demora entre dos y tres meses, 2.888 entre tres y cuatro meses, 2.841 entre cuatro y seis meses y 194 en espera superior a seis meses. Esta distribución significaba que, aproximadamente, el 30 por 100 de los pacientes en espera lo estaban por un período superior a los tres meses (Tabla 22).

TABLA 22. H. SON DURETA, PALMA DE MALLORCA. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS. TODAS LAS ESPECIALIDADES (JUNIO 2002)

ÁREA	TRAMOS DE ESPERA						TOTAL
	0-30 DÍAS	31-60 DÍAS	61-90 DÍAS	91-120 DÍAS	121-180 DÍAS	> 180 DÍAS	
Médica	1.025	1.622	1.418	480	299	186	5.030
Quirúrgica	3.772	2.809	2.484	2.408	2.537	8	14.018
Otros servicios	428	139	44	0	5	0	616
TOTAL	5.225	4.570	3.946	2.888	2.841	194	19.664

Fuente: Sistema de información del hospital Son Dureta.

Entre las especialidades con pacientes en espera superior a seis meses cabe mencionar las de oftalmología (ocho pacientes), nefrología (ocho pacientes), psiquiatría (cuatro pacientes), reumatología (139 pacientes) y unidad del dolor (34 pacientes). Entre aquellas con demoras entre cuatro y seis meses destacaban ginecología (125 pacientes), oftalmología (2.281 pacientes), cirugía maxilofacial (122 pacientes), medicina interna (59 pacientes), nefrología (78 pacientes) y reumatología (75 pacientes).

Aun cuando, como se ha indicado, los sistemas de información del hospital Son Dureta no permitían diferenciar los pacientes que se encontraban en espera por causas imputables a la organización de los servicios de aquellos que lo estaban por causas clínicas o voluntarias, hay que destacar que las demoras que afectaban a un significativo número de ellos se debían a causas imputables exclusivamente a la organización de los servicios y a los medios disponibles.

En efecto, en el marco de una simulación de citas realizada el 23 de julio de 2002, en búsqueda de los primeros huecos disponibles en las agendas médicas, se observó que éstos se proyectaban al 24 de septiembre de 2002, en consulta preferente, y al 24 de enero de 2003 en consulta ordinaria, en la especialidad de reumatología, es decir, una demora estructural de dos y seis meses respectivamente; al 24 de enero de 2003 en consulta ordinaria de alguna agenda de medicina interna, seis meses de espera estructural; al 27 de noviembre de 2002,

en consulta ordinaria de ginecología de cupo, más de cuatro meses de espera estructural; al 4 de noviembre de 2002, en consulta ordinaria de oftalmología de cupo, más de tres meses de espera estructural; y al 23 de octubre de 2002, tanto para consulta ordinaria como preferente, en neurocirugía, es decir, tres meses de espera. En el análisis que se efectúe de estas demoras debe valorarse la incidencia que pueda suponer la libre elección de médico especialista.

En cuanto a pruebas y técnicas diagnósticas, deben efectuarse también dos puntualizaciones: que en algún centro hospitalario, al menos en el hospital Son Dureta, existían grupos de pacientes que no habían sido citados, dado que el procedimiento establecido era el de citar únicamente a aquellos a los que estaba previsto efectuarles la prueba en un plazo máximo de un mes, permaneciendo el resto pendientes de cita (práctica generalizada en todo el sistema público), y que en el citado hospital, las listas de espera radiológicas no estaban centralizadas en el servicio de admisión, siendo gestionadas en exclusiva por el servicio de radiodiagnóstico, mediante un programa propio e independiente.

Al igual que en consultas externas, en técnicas diagnósticas y terapéuticas había también notables demoras en el conjunto de los centros de la comunidad autónoma, tal y como se desprende del tiempo medio de espera del total de pacientes pendientes de la realización de las mismas (Tabla 23).

TABLA 23. ILLES BALEARS.  
LISTA DE ESPERA EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (31/12/2001)

PRUEBA	PACIENTES PENDIENTES	TIEMPO MEDIO DE ESPERA (DÍAS)
Ecografía	1.499	72
Mamografía	s/d	s/d
TAC	984	124
RM	503	150

*Fuente:* Consejería de Salud y Consumo de las Illes Balears.

Teniendo presente que el tiempo medio de espera es el tiempo promedio, expresado en días, que llevaban esperando los pacientes pendientes de una prueba de diagnóstico, el índice de cuatro meses para la realización de TAC y de cinco meses para resonancia magnética significaba que un cierto número de ellos permanecían en lista de espera durante períodos sensiblemente superiores a los señalados.

En esta línea, hay que subrayar también la especial demora para la realización de TAC bajo anestesia a los menores y aquellos adultos que padecen claustrofobia, como lo demuestra el hecho de que, a 23 de julio de 2002, se encontraban pendientes de esta prueba 90 menores y 104 adultos, algunos de ellos en espera desde el mes de septiembre de 2001, es decir, una espera aproximada de diez meses.

## 5. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS

Según la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias, a 31 de diciembre de 2001 no existía una base centralizada de datos, circunstancia que impidió facilitar información sobre uno de los mayores hospitales de la comunidad autónoma, el complejo hospitalario Nuestra Señora de la Candelaria, de Santa Cruz de Tenerife.

Ello seguía siendo así en septiembre de 2002, momento en el que se efectuó una visita a este centro hospitalario. En el marco de esta visita se constató que, salvo en tres servicios, las consultas del hospital no estaban informatizadas, ni tampoco las de los centros de especialidades periféricas.

La gestión de las listas de espera se efectuaba, en exclusiva, por los servicios clínicos o centrales, sin facilitar información a la unidad de admisión. Ello representaba que los centros de salud no podían acceder a las agendas médicas de atención especializada, con la consiguiente burocratización de los circuitos asistenciales. Igual situación se producía en el área de pruebas diagnósticas.

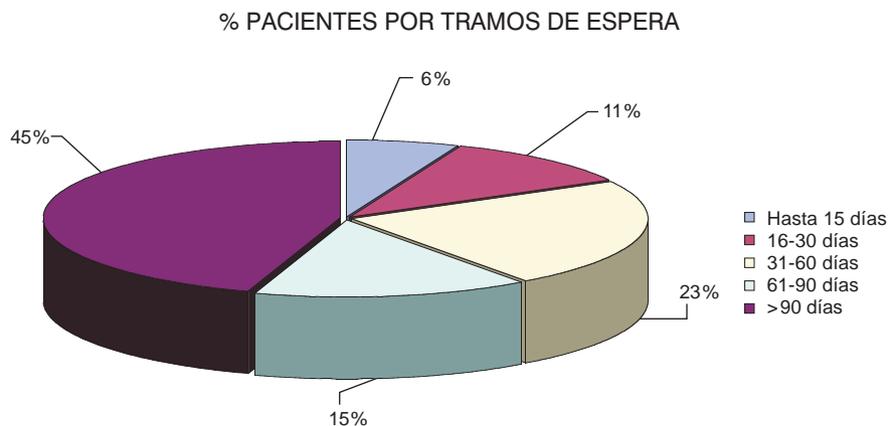
Sin computar este hospital, ni el Universitario de Canarias, dotado con 646 camas y cuya titularidad corresponde al Cabildo Insular, el número total de pacientes en lista de espera en primeras consultas de 14 especialidades de los centros dependientes del Servicio Canario de Salud ascendía, a 31 de diciembre de 2001, a 55.727 pacientes, de ellos 25.066 con demoras superiores a los tres meses (Tabla 24).

TABLA 24. CANARIAS. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS.  
CATORCE ESPECIALIDADES (31/12/2001)

ESPECIALIDAD	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)					TOTAL
	0-15	16-30	31-60	61-90	> 90	
Cirugía General	592	385	53	65	37	1.132
Ginecología	116	512	1.994	2.720	8.199	13.541
Oftalmología	282	562	3.242	1.323	9.176	14.585
ORL	664	536	413	173	134	1.920
Traumatología	881	2.396	1.684	1.823	2.361	9.145
Urología	282	778	748	126	317	2.251
C. Cardíaca	0	0	0	0	0	0
Angiología	9	20	31	55	2.390	2.505
C. Maxilofacial	4	37	231	112	1.008	1.392
C. Pediátrica	23	88	91	23	4	229
C. Plástica	12	7	1	1	1	22
C. Torácica	0	0	9	16	0	25
Neurocirugía	1	17	1.994	97	241	2.350
Dermatología	286	591	2.662	1.893	1.198	6.630
TOTAL	3.152	5.929	13.153	8.427	25.066	55.727

Fuente: Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias.

Los datos anteriores reflejados en cifras absolutas alcanzan mayor significación si se presentan en términos porcentuales y de forma gráfica, tal y como se detalla seguidamente:



En síntesis, puede decirse que aproximadamente el 45 por 100 del total de pacientes incluidos en lista de espera en la comunidad autónoma estaban esperando para acceder a consulta externa un período superior a los tres meses, lo que induce a reflexionar sobre la existencia de grandes bolsas de demora, o lo que es lo mismo, que un significativo número de pacientes deben esperar períodos de tiempo sensiblemente superiores al de tres meses.

En conexión con lo anterior, hay que dejar constancia de que, en el período comprendido entre abril y diciembre de 2001, se llevó a cabo una huelga de médicos especialistas de la Comunidad Autónoma, que, sin duda, incidió notablemente en el incremento de las listas de espera.

La situación detallada a nivel de dicha comunidad era fiel reflejo, lógicamente, de la de los centros hospitalarios singularmente considerados. Así, y tomando como referencia el hospital Doctor Negrín, de Las Palmas de Gran Canaria, se comprobó que el número de pacientes en lista de espera en nueve especialidades ascendía, a 31 de diciembre de 2001, a 20.223 pacientes, de ellos 7.483 con una demora superior a los tres meses (Tabla 25).

TABLA 25. H. DR. NEGRÍN, LAS PALMAS. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS. CATORCE ESPECIALIDADES (31/12/2001)

ESPECIALIDAD	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)					TOTAL
	0-15	16-30	31-60	61-90	> 90	
C. General	373	243	45	63	34	758
Oftalmología	82	262	2.059	987	2.240	5.630
ORL	419	358	176	157	122	1.232
Traumatología	622	1.547	381	209	2.042	4.801
Urología	150	523	376	40	41	1.130
Angiología	6	10	12	44	1.936	2.008
C. Maxilofacial	4	33	21	11	1.005	1.074
Neurocirugía	1	15	166	92	12	286
Dermatología	40	319	2.589	305	51	3.304
TOTAL	1.697	3.310	5.825	1.908	7.483	20.223

Fuente: Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias.

## 6. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

En el informe remitido por la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria se hacía mención a la extensión de la lista de espera en consultas en toda la Comunidad y, de forma singularizada, se citaban los hospitales Marqués de Valdecilla, de Santander, y Sierrallana, de Torrelavega.

En relación con los tiempos de espera en doce especialidades del conjunto de los centros, se reproduce la información facilitada (Tabla 26).

TABLA 26. CANTABRIA. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS. DOCE ESPECIALIDADES (31/12/2001)

SERVICIO	NÚMERO PACIENTES LE	PACIENTES > 60 DÍAS
Cirugía General	631	1
Ginecología	1.187	69
Oftalmología	2.295	164
ORL	344	0
Traumatología	2.567	287
Urología	539	2
C. Cardiovascular	131	2
C. Maxilofacial	885	405

TABLA 26. (Cont.)

SERVICIO	NÚMERO PACIENTES LE	PACIENTES > 60 DÍAS
C. Pediátrica	24	0
C. Torácica	11	1
Neurocirugía	60	1
Dermatología	1.137	11

Fuente: Consejería de Sanidad de Cantabria.

Esta información presentaba alguna contradicción, dado que, en la especialidad de traumatología, el total de pacientes en espera superior a los 60 días, en el ámbito de la comunidad, se cifraba en 287 y había 410 en esta misma especialidad tan sólo en el hospital Marqués de Valdecilla.

La ausencia de indicadores básicos sobre demoras motivó el que se efectuara una visita puntual a este último hospital, el mayor de la región, a fin de intentar una aproximación a la realidad de las demoras en Cantabria.

En el curso de esta visita se constató que los centros de salud accedían directamente a las agendas médicas de atención especializada, con la consiguiente simplificación de los circuitos asistenciales; que no existían pacientes sin citar; que la gestión estaba descentralizada en los centros de salud y en los servicios clínicos o centrales, sin protagonismo alguno de la unidad de admisión en este aspecto, y que los sistemas de información no permitían diferenciar la espera derivada de la organización de los servicios de la que era consecuencia de indicación clínica o de razones de índole personal.

Teniendo presente lo anterior, y según el sistema de información del centro hospitalario, el número de pacientes en espera para primera consulta, a 30 de septiembre de 2002, era de 14.217, con un tiempo medio de espera de 43,10 días y una espera media de 47,30 días (Tabla 27).

TABLA 27. H. MARQUÉS DE VALDECILLA, DE SANTANDER.  
LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS. TODAS LAS ESPECIALIDADES  
(30/9/2002)

TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)						DEMORA MEDIA (DÍAS)
	0-15	16-30	31-60	61-90	91-120	> 120	
14.217	4.831	2.621	3.557	1.178	705	1.325	43

Fuente: Sistema de información del H. Marqués de Valdecilla.

Las mayores demoras medias se presentaban en las especialidades de ortopedia (91,60 días), cirugía maxilofacial (64,66 días) y endocrinología (62,24 días). En estas especialidades figuraban 990, 190 y 63 pacientes, respectivamente, en espera superior a cuatro meses.

Respecto a la unidad con mayor espera (ortopedia), la situación se calificó como coyuntural, dado que se encontraba en fase de implantación un programa especial para reducir la demora.

Como complemento de lo anterior, cabe reseñar que las mayores demoras en las agendas médicas con libre elección de especialista se producían, a 4 de noviembre de 2002, en cardiología (entre 73 y 88 días), dermatología (entre 80 y 84 días), endocrinología (144, 125 y 110 días en tres agendas), ginecología (entre 84 y 124 días, salvo tres agendas con 5, 3 y 11 días), maxilofacial (154 días), neurología (entre 69 y 96 días), reumatología (entre 80 y 88 días), urología (entre 75 y 82 días, salvo una agenda con tres días) y, especialmente, en ortopedia-adultos (entre 190 y 210 días).

Por lo que se refiere a técnicas y pruebas diagnósticas, la lista de espera, a 31 de octubre de 2002, era la que se refleja seguidamente (Tabla 28).

TABLA 28. H. MARQUÉS DE VALDECILLA, DE SANTANDER.  
LISTA DE ESPERA EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

PRUEBA	PACIENTES POR TRAMOS DE ESPERA					
	0-15 DÍAS	16-30 DÍAS	31-60 DÍAS	61-90 DÍAS	> 90 DÍAS	> 120 DÍAS
Ecografía	721	454	619	422	0	0
Mamografía	441	432	678	671	1.987	1.305
TAC	263	146	192	84	145	95
RM	160	124	150	13	53	35

*Fuente:* Sistema de información del hospital Marqués de Valdecilla.

En relación con esta modalidad de atención, hay que significar que las agendas correspondientes a las reseñadas pruebas se encuentran informatizadas e incluidas dentro del sistema de lista de espera, y que no se apreciaron demoras significativas de índole estructural.

## 7. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA

En el informe enviado por la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha se hacía mención únicamente al número de pacientes que se encontraban en lista de espera, sin efectuar referencia alguna a los tiempos de demora. En relación con ello, esta Institución entiende, y así se lo comunicó a la mencionada Consejería, que la valoración de las listas de espera debe centrarse en los tiempos de demora y en la situación clínica de quienes esperan, y no tanto en el número de pacientes incluidos en las mismas.

No obstante lo anterior, y según información facilitada por dicha Consejería, puede adelantarse que, el 31 de mayo de 2002, el número total de pacientes

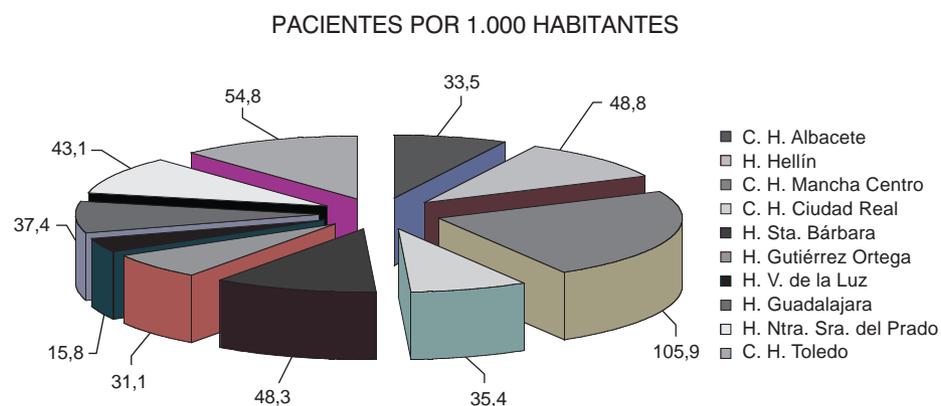
en lista de espera de consultas en la comunidad autónoma ascendía a 82.002 pacientes, un 2,6 por 100 inferior a la existente el 31 de diciembre de 2001 (Tabla 29).

TABLA 29. CASTILLA-LA MANCHA. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS. TODAS LAS ESPECIALIDADES (31/5/2002)

HOSPITAL	PACIENTES	PACIENTES 1.000 H.
C. H. de Albacete	10.888	33,5
Hospital de Hellín	2.826	48,8
C. H. La Mancha Centro	23.986	105,9
C. H. de Ciudad Real	6.169	35,4
Hospital Santa Bárbara	4.004	48,3
Hospital Gutiérrez Ortega	2.229	31,1
Hospital Virgen de la Luz	2.500	15,8
Hospital G. U. Guadalajara	5.863	37,4
Hospital Ntra. Sra. del Prado	5.889	43,1
C. H. de Toledo	17.648	54,8
TOTAL	82.002	47,9

Fuente: Consejería de Sanidad, Junta de Comunidades.

De forma gráfica, se consignan a continuación los índices de pacientes por 1.000 habitantes en los diferentes centros de esta Comunidad Autónoma:



Estos indicadores ponen de manifiesto la existencia de fuertes desequilibrios en la extensión de las listas de espera en consultas, según se trate de uno u otro centro hospitalario, como lo demuestra el hecho de que el índice de pacientes por 1.000 habitantes era de 105,9 en el complejo hospitalario La Mancha Centro,

en tanto que el del complejo hospitalario de Albacete se cifraba en 33,5, es decir, aproximadamente tres veces inferior a aquél.

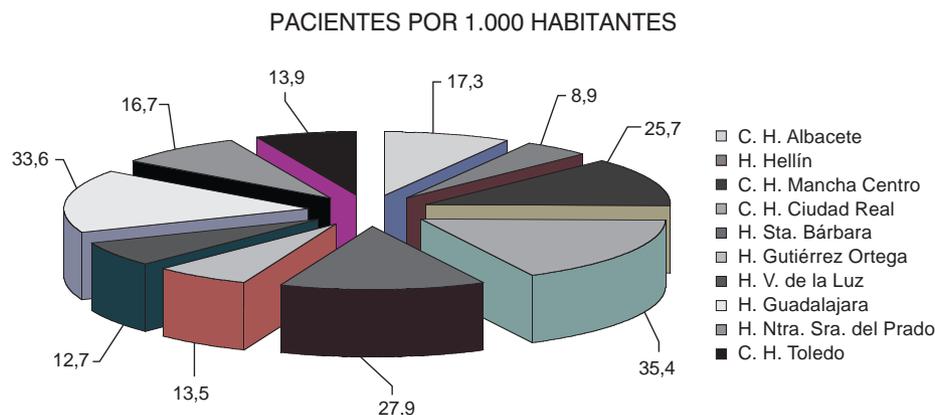
Similar circunstancia se producía en pruebas diagnósticas, área en la que, a 31 de mayo de 2002 y según la Administración sanitaria, figuraban 35.464 pacientes, presentando el complejo hospitalario de Ciudad Real un índice de 35,4 pacientes por 1.000 habitantes, mientras que el del hospital de Hellín era de 8,9, es decir, cuatro veces inferior (Tabla 30).

TABLA 30. CASTILLA-LA MANCHA.  
PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (31/5/2002)

HOSPITAL	PACIENTES	PACIENTES 1.000 H.
C. H. de Albacete	5.630	17,3
Hospital de Hellín	515	8,9
C. H. La Mancha Centro	5.828	25,7
C. H. de Ciudad Real	6.168	35,4
Hospital Santa Bárbara	2.310	27,9
Hospital Gutiérrez Ortega	968	13,5
Hospital Virgen de la Luz	2.015	12,7
Hospital G. U. Guadalajara	5.267	33,6
Hospital Ntra. Sra. del Prado	2.283	16,7
C. H. de Toledo	4.480	13,9
TOTAL	35.464	20,7

Fuente: Consejería de Sanidad, Junta de Comunidades.

Estos mismos datos, ofrecidos de forma gráfica, son los siguientes:



A la vista de la limitación antes señalada y relativa a la carencia de datos globales a nivel de comunidad autónoma sobre tiempos de espera, se optó por

efectuar visitas puntuales a los complejos hospitalarios de Albacete, Ciudad Real y Toledo y al Hospital Universitario de Guadalajara.

Las conclusiones derivadas de estas visitas, realizadas a finales de julio y primeros de agosto de 2002, mostraban una realidad heterogénea y difícilmente sistematizable en un marco común. Esta disparidad se traducía, entre otros aspectos, en la existencia de agendas cerradas y de pacientes sin citar en el complejo hospitalario de Albacete y de agendas médicas sin informatizar en el de Toledo; en la diferente participación de los centros de salud en la gestión de consultas de atención especializada (parcial en Toledo, Albacete y Guadalajara e inexistente en Ciudad Real); en el distinto protagonismo de las unidades de admisión en la gestión de las listas de espera en técnicas y pruebas diagnósticas (citación centralizada en Albacete y Ciudad Real y por el servicio de radiodiagnóstico en el resto de los hospitales), y en los diferentes indicadores de tiempos de espera, según se trate de uno u otro centro, alguno de los cuales presentaba amplias demoras.

Con las salvedades reseñadas, se procede a reflejar seguidamente el alcance y extensión de las listas de espera en primeras consultas en el complejo hospitalario de Ciudad Real en mayo de 2002 (Tabla 31).

TABLA 31. C. H. DE CIUDAD REAL. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS. TODAS LAS ESPECIALIDADES (MAYO 2002)

ÁREA	TRAMOS DE ESPERA						TOTAL
	0-15 DÍAS	16-30 DÍAS	31-60 DÍAS	61-90 DÍAS	91-120 DÍAS	121-180 DÍAS	
Médica	1.658	608	215	131	163	0	2.775
Quirúrgica	2.118	783	606	248	256	15	4.026
TOTAL	3.776	1.391	821	379	419	15	6.801

Fuente: Sistema de información del complejo hospitalario de Ciudad Real.

Estos indicadores suponían que el 88 por 100 de los pacientes en lista de espera se atienden en un período inferior a los dos meses, demora que, por otra parte, debe ser analizada teniendo en cuenta que el sistema de información del hospital no permitía diferenciar entre espera estructural y no estructural.

Por especialidades, destacaban los tiempos de demora en alergia (148 pacientes en espera entre tres y cuatro meses) y en traumatología jerarquizada (237 pacientes entre tres y cuatro meses y 15 entre cuatro y seis meses). Las mayores demoras medias correspondían a traumatología (52 días) y a alergia (46 días).

En relación con técnicas y pruebas diagnósticas, ámbito respecto del que los sistemas de información no permitían una visión del total de pacientes en espera, ni de las correspondientes demoras, se debe advertir que, en las simulaciones efectuadas el 29 de julio de 2002, a fin de determinar los primeros huecos libres en las agendas médicas, se observaron demoras estructurales superiores a tres meses para la realización de TAC y de cuatro meses en mamografías y ecografías.

En mayo de 2002 y en el complejo hospitalario de Albacete, la lista de espera en consultas ascendía a 11.528 pacientes, de ellos 732 en expectativa de ser citados (Tabla 32).

TABLA 32. C. H. DE ALBACETE. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS. TODAS LAS ESPECIALIDADES (MAYO 2002)

ÁREA	PACIENTES EN ESPERA < 60 DÍAS	PACIENTES EN ESPERA > 60 DÍAS	PACIENTES SIN CITAR	TOTAL	DEMORA MÁXIMA (DÍAS)	DEMORA MEDIA (DÍAS)
Médica	4.637	179	77	4.893	100	23
Quirúrgica	5.379	398	565	6.342	146	19
Pediátrica	170	0	90	260	40	31
Obstétrica	33	0	0	33	9	1
TOTAL	10.219	577	732	11.528	146	25

Fuente: Sistema de información del complejo hospitalario de Albacete.

De estos datos resaltaba el significativo número de pacientes con indicación clínica para ser atendidos y que se encontraban pendientes de la correspondiente citación, debido al bloqueo o cierre de determinadas agendas médicas. En esta situación se encontraban, el 30 de julio de 2002, 774 pacientes, especialmente en las consultas de neurocirugía (531 pacientes), cirugía plástica (88 pacientes), neumología (27 pacientes), cardiopediatría (31 pacientes) y rehabilitación (29 pacientes).

Teniendo presente que las mencionadas agendas se hallaban bloqueadas hasta, al menos, finales de septiembre de 2002 y que algunos pacientes estaban pendientes de ser citados desde el 30 de enero y 4 de febrero en la especialidad de neurocirugía y desde el 27 de junio en neumología, el período de tiempo para formalizar exclusivamente la citación superaba los nueve y tres meses, respectivamente.

Por especialidades, y circunscribiéndonos a la espera media de los pacientes ya atendidos, destacaban las de cirugía vascular (95 días), cirugía plástica (89 días), alergia (70 días) y neurocirugía (58 días), índices que justificaban demoras máximas de 100 y de 146 días reflejadas en la Tabla 32.

Similar circunstancia se producía en técnicas y pruebas diagnósticas, donde, en mayo de 2002, existían también pacientes sin citar y las demoras medias correspondientes a pacientes citados era de dos meses en mamografías y superior a este período en TAC y ecografías. Las demoras máximas se daban en ecocardiogramas (cuatro meses) y en electromiogramas (siete meses) (Tabla 33).

TABLA 33. C. H. DE ALBACETE. LISTA DE ESPERA EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (MAYO 2002)

PRUEBA	TRAMOS DE ESPERA		PACIENTES SIN CITAR	TOTAL	ESPERA MEDIA PACIENTES CITADOS (DÍAS)
	0-30 DÍAS	> 30 DÍAS			
TAC helicoidal	784	538	53	1.375	77,9
Mamografías	448	257	77	782	60,0
Ecografías RX	1.042	280	0	1.322	71,5
Ecocardiogramas	526	285	172	983	s/d (*)
Electromiogramas	125	239	174	538	s/d (**)

(\*) Demora media: 50 días. Demora máxima: 122 días.

(\*\*) Demora media: 169 días. Demora máxima: 213 días.

Fuente: Sistema de información del complejo hospitalario de Albacete.

Por lo que se refiere al complejo hospitalario de Toledo, hay que comenzar poniendo de relieve la existencia de un significativo número de agendas médicas sin informatizar, circunstancia que daba lugar a que la gestión de las mismas se efectuara exclusivamente por los servicios clínicos y a que éstos facilitaran al servicio de admisión datos de actividad en soporte papel y por ello de escasa fiabilidad. Esta situación conllevaba el que los centros de salud pudieran gestionar las agendas informatizadas, con la ventaja que ello representaba para los pacientes, pero no así las no informatizadas.

En técnicas y pruebas diagnósticas se encontraban sin informatizar a nivel de la unidad de admisión las agendas de neurofisiología, radiología vascular, fisioterapia, broncoscopias y hemodinámica. Por el contrario, sí lo estaban las de TAC, resonancia magnética, mamografía, ecografía y endoscopia, si bien la gestión se llevaba a cabo en los departamentos clínicos y no por la unidad de admisión.

En cuanto a primeras consultas a 31 de diciembre de 2001, el número de pacientes en espera en diez especialidades era de 19.187, de ellos el 18,82 por 100 en espera superior a 120 días y el 3,76 por 100 a seis meses (Tabla 34).

TABLA 34. C. H. DE TOLEDO. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS EXTERNAS. DIEZ ESPECIALIDADES (31/12/2001)

ESPECIALIDAD	TRAMOS DE ESPERA						DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA 2001 (DÍAS)
	HASTA 30 DÍAS	31-60 DÍAS	61-90 DÍAS	91-120 DÍAS	121-180 DÍAS	> 180 DÍAS		
C. General	303	10	6	13	11	2	8	25
Ginecología	778	907	644	2.458	1.618	417	126	171

TABLA 34. (Cont.)

ESPECIALIDAD	TRAMOS DE ESPERA						DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA 2001 (DÍAS)
	HASTA 30 DÍAS	31-60 DÍAS	61-90 DÍAS	91-120 DÍAS	121-180 DÍAS	> 180 DÍAS		
Oftalmología	1.133	742	395	1.485	1.021	290	39	106
ORL	691	341	4	12	6	4	35	51
Traumatología	1.433	1.312	528	948	223	6	56	82
Urología	207	20	2	14	6	3	10	27
C. Vascular	125	180	104	7	3	0	72	100
C. Plástica	37	3	1	0	0	0	18	41
Neurocirugía	80	72	1	1	0	0	34	61
Dermatología	482	90	3	4	1	0	13	66
TOTAL	5.269	3.677	1.688	4.942	2.889	722	—	—

Fuente: Sistema de información del complejo hospitalario de Toledo.

En estos datos, mención especial merece el relativo a la espera media de los pacientes atendidos en primera consulta externa durante el año 2001, especialmente en las especialidades de ginecología (próxima a los seis meses), oftalmología (tres meses y medio), angiología/cirugía vascular (superior a tres meses) y traumatología (próxima a los tres meses), en la medida en que tales indicadores representaban que algunos pacientes sufrían una demora todavía mayor.

Esta o similar situación se mantenía en mayo de 2002, fecha en la que las consultas con mayor demora prospectiva alcanzaban 136 días en ginecología, 105 en reumatología y 78 en oftalmología (Tabla 35).

TABLA 35. C. H. DE TOLEDO. PRIMERAS CONSULTAS  
CON MAYOR DEMORA (MAYO 2002)

ESPECIALIDAD	PACIENTES EN ESPERA	PACIENTES > 90 DÍAS	DEMORA PROSPECTIVA (DÍAS)
Ginecología	3.547	1.930	135,8
Oftalmología	4.309	1.650	78,3
Traumatología	4.132	1.354	66,6
C. Vascular	422	127	75,4
Neurología	477	21	62,7
Reumatología	523	133	104,7

Fuente: Sistema de información complejo hospitalario de Toledo.

Esta información se halla en consonancia con un estudio sobre el perfil de espera retrospectiva elaborado por el servicio de admisión y documentación clínica del complejo hospitalario, según el cual, en el período comprendido entre el 1 y el 30 de julio de 2002 se efectuaron, entre otras, 1.549 primeras consultas

en la especialidad de ginecología, de ellas 330 a pacientes que debieron esperar entre 189 y 238 días; 1.648 consultas en oftalmología, 136 de ellas en relación con pacientes en lista de espera entre 182 y 217 días, y 1.901 consultas en traumatología, 547 de ellas a pacientes con demora entre 119 y 161 días.

En relación con lo anterior, hay que poner de manifiesto que si bien el sistema de información del complejo hospitalario no permitía singularizar la demora debida a la organización de los servicios y a los medios disponibles, el 31 de julio de 2002 existían sensibles esperas derivadas exclusivamente de esta causa. Así, en la indicada fecha y en el marco de un muestreo, se constató que los primeros huecos libres en agendas de ginecología y de oftalmología se situaban a finales de enero de 2003, o sea con una demora de seis meses, si bien debe considerarse la posible incidencia de la libre elección de especialista.

Por lo que se refiere a técnicas y pruebas diagnósticas, cabe hacer mención también a la existencia, a final de 2001, de demoras superiores a los 180 días, es decir, seis meses, en TAC, ecografías y mamografías (Tabla 36).

TABLA 36. C. H. DE TOLEDO. LISTA DE ESPERA EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (31/12/2001)

PRUEBA	PACIENTES POR TRAMOS DE ESPERA			
	0-90 DÍAS	91-120 DÍAS	121-180 DÍAS	> 180 DÍAS
TAC	487	89	42	6
RM	56	1	1	1
Ecografía	1.771	727	490	205
Mamografía	1.449	1.080	676	325

*Fuente:* Sistema de información del complejo hospitalario de Toledo.

En relación con estos datos, hay que advertir, una vez más, que los mismos se refieren tanto a la espera resultante de la organización y disponibilidad de recursos, como a la derivada de motivos médicos y personales. No obstante ello, en julio de 2002 existían demoras de índole estructural superiores a tres meses en TAC craneal; de casi dos meses en TAC abdominal con carácter preferente y de cuatro con carácter ordinario, y cuatro meses en ecografías en algunas agendas.

Finalmente, y por lo que respecta al Hospital Universitario de Guadalajara, puede señalarse que, excepto dos centros de salud, el resto accedía directamente a las agendas de atención especializada, y reseñar las demoras superiores a seis meses en alguna de las especialidades, si bien las demoras medias no presentaban, en términos generales, tiempos de espera excesivos (Tabla 37).

TABLA 37. H. DE GUADALAJARA. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS (MAYO 2002)

ESPECIALIDAD	TRAMOS DE ESPERA						TOTAL	DEMORA MEDIA (DÍAS)
	HASTA 30 DÍAS	31-60 DÍAS	61-90 DÍAS	91-120 DÍAS	121-180 DÍAS	> 180 DÍAS		
C. General	211	5	2	0	0	0	218	21,5
Gin. Screening	460	404	93	215	90	66	1.328	97,3
Gin. Resto (pat.)	231	122	15	5	12	4	389	40,8
Oftalmología	630	90	15	49	51	26	861	31,2
ORL	184	55	0	0	1	2	242	18,9
Traumatología	518	316	56	28	2	0	920	38,6
Urología	53	5	1	1	3	0	63	8,2
Dermatología	500	240	88	20	3	2	853	50,8

Fuente: Sistema de información del complejo hospitalario de Guadalajara.

En técnicas y pruebas diagnósticas, ámbito en el que las citaciones se formalizan por el servicio de radiodiagnóstico, no estaban informatizadas a nivel corporativo, y sí a nivel de servicio, las agendas de TAC, circunstancia que, unida a la existencia de pacientes sin citar en esta prueba, impedía que la unidad de admisión conociera la realidad de la correspondiente lista de espera.

Sin perjuicio de ello, en la comprobación efectuada el 1 de agosto de 2002 se constató que los primeros huecos libres (espera estructural) en las agendas de ecocardiogramas se situaban, el 28 de febrero y 7 de marzo de 2003, en siete meses de espera; el 21 de febrero de 2003, en ergometrías, en siete meses de espera, y en enero de 2003, en ecografías en sala de mañana, en seis meses de espera. Por encima de estas demoras se encontraba la realización de electromiogramas, dado que, en la indicaba fecha de 1 de agosto, se estaban concertando citas para el 15 de diciembre de 2003, año y medio de espera. Sobre esta última prueba, en la que figuraban 332 pacientes en espera, los responsables del hospital informaron sobre su inminente derivación a centros concertados (75 pacientes/mes).

## 8. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN

De variable cabe calificar igualmente la realidad de las listas de espera en la Comunidad Autónoma de Castilla y León. El diverso grado en la centralización de la gestión en las unidades de admisión de los centros hospitalarios, la existencia de agendas cerradas y de pacientes sin citar en algunos centros, la distinta participación de los centros de salud en la gestión de consultas de atención especializada y el diferente nivel de los tiempos de espera, según se tratara de uno u otro ámbito territorial, eran, entre otros, aspectos que caracterizaban las listas de espera en esta comunidad.

En el marco de esta disparidad cabe resaltar las significativas diferencias en la gestión de las listas de espera de consultas. Así, y a título meramente de ejemplo, en los hospitales de Palencia y Río Hortega, de Valladolid, estaba centralizada en las unidades de admisión, en tanto que en el hospital General Yagüe, de Burgos, y en el complejo hospitalario de Salamanca determinadas consultas eran gestionadas de forma directa e independiente por los servicios clínicos (oncología y neurocirugía, en Burgos; psiquiatría, medicina nuclear, nefrología, alergia, pediatría, estomatología y radioterapia, en el complejo hospitalario de Salamanca). En estos últimos casos, la gestión se realizaba por los servicios clínicos, limitándose las unidades de admisión a la mera recopilación de datos, en función de la información que, en su caso, pudieran facilitar aquéllos. Consecuencia de ello era, por ejemplo, que en la documentación institucional del servicio de admisión del hospital General Yagüe, de Burgos, no figurara, en abril de 2002 y en lista de espera, ningún paciente en la especialidad de neurocirugía, cuando, como se indicará más adelante, sí existían y, además, se encontraban en espera desde hacía diez meses.

Respecto a la información remitida por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de Castilla y León, ésta se ha centrado en detallar el total de pacientes en lista de espera de consultas en la comunidad (83.522 pacientes) a finales de 2001, especificando su distribución en los nueve hospitales solicitados de la región (Tabla 38).

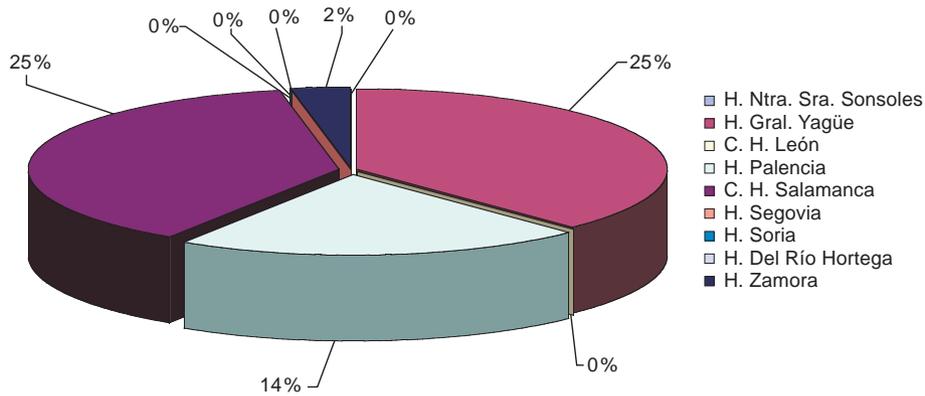
TABLA 38. CASTILLA Y LEÓN. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS. NUEVE HOSPITALES Y TODAS LAS ESPECIALIDADES (31/12/2001)

HOSPITAL	NÚM. PACIENTES	PACIENTES > 60 DÍAS	% PACIENTES > 60 DÍAS S/TOTAL
H. Ntra. Sra. Sonsoles	2.925	0	0
H. Gral. Yagüe	14.351	3.598	25 %
C. H. León	10.347	0	0
H. Palencia	5.729	828	14 %
C. H. Salamanca	18.765	4.706	25 %
H. Segovia	1.811	0	0
H. Soria	3.526	0	0
H. Del Río Hortega	5.891	0	0
H. Zamora	3.352	53	2 %
TOTAL	66.697	9.185	14 %

Fuente: Consejería de Sanidad y Bienestar Social de Castilla y León.

Gráficamente, y en términos porcentuales, se refleja en el siguiente apartado la distribución de los pacientes en espera superior a 60 días en nueve hospitales de la Comunidad Autónoma.

LISTA DE ESPERA EN NUEVE HOSPITALES



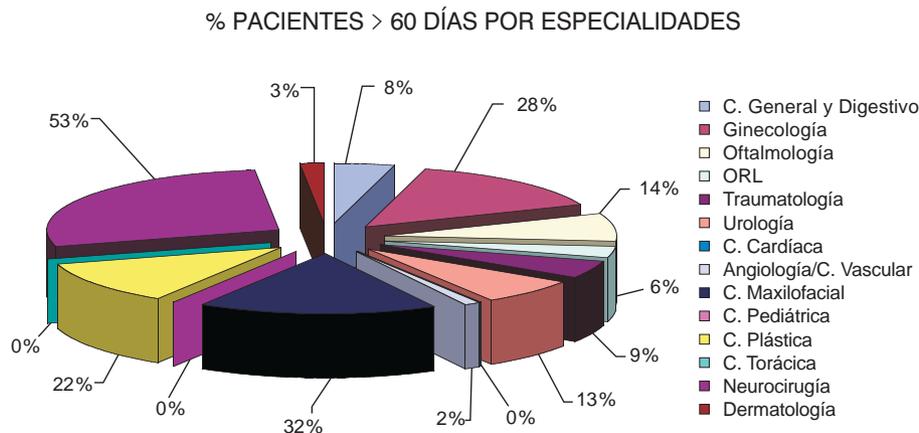
De otra parte, la referida Consejería aportó información sobre los pacientes en espera en 14 especialidades en el conjunto de su ámbito territorial (Tabla 39).

TABLA 39. CASTILLA Y LEÓN. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS. CATORCE ESPECIALIDADES (31/12/2001)

ESPECIALIDAD	NÚM. PACIENTES	PACIENTES > 60 DÍAS	% PACIENTES > 60 DÍAS S/TOTAL
C. General y Digestivo	3.339	251	8 %
Ginecología	12.935	3.630	28 %
Oftalmología	19.226	2.778	14 %
ORL	3.864	232	6 %
Traumatología	9.880	909	9 %
Urología	3.273	411	13 %
C. Cardíaca	9	0	0
Angiología/C. Vascular	1.310	29	2 %
C. Maxilofacial	719	232	32 %
C. Pediátrica	38	0	0
C. Plástica	698	151	22 %
C. Torácica	21	0	0
Neurocirugía	494	264	53 %
Dermatología	7.505	221	3 %
TOTAL	63.311	9.108	14 %

Fuente: Consejería de Sanidad y Bienestar Social de Castilla y León.

Esta misma información, de forma gráfica y en términos porcentuales, es la siguiente:



En función de los datos facilitados pueden extraerse las dos siguientes conclusiones generales. Por una parte, la existencia de sensibles desequilibrios territoriales, según se trate de uno u otro centro hospitalario. De otra, que los mayores tiempos de espera se centraban, especialmente, en las especialidades de neurocirugía, cirugía maxilofacial, ginecología y cirugía plástica.

La insuficiente información facilitada por la mencionada Consejería en algún aspecto exigió la realización de visitas puntuales a los hospitales General Yagüe, de Burgos; Río Carrión, de Palencia; Del Río Hortega, de Valladolid, y complejo hospitalario de Salamanca, en orden a obtener una mayor información en este capítulo.

En relación con el hospital General Yagüe, de Burgos, puede avanzarse que el 1 de abril de 2002 figuraban en lista de espera 16.103 pacientes, de ellos 2.155 en espera entre dos y tres meses; 1.127, entre tres y cuatro meses; 848, entre cuatro y seis meses, y 446, entre seis meses y un año (Tabla 40).

TABLA 40. H. GENERAL YAGÜE, DE BURGOS.  
LISTA DE ESPERA EN PRIMERAS CONSULTAS (ABRIL 2002)

ESPECIALIDAD	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)							TOTAL
	0-15	16-30	31-60	61-90	91-120	121-180	> 180	
Ginecología	727	474	1.055	729	593	753	438	4.769
Oftalmología	764	461	805	486	187	36	7	2.746
Traumatología	600	313	446	236	93	11	1	1.700
Urología	212	110	188	120	56	1	0	687
Neurocirugía	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLA 40. (Cont.)

ESPECIALIDAD	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)							TOTAL
	0-15	16-30	31-60	61-90	91-120	121-180	> 180	
Dermatología	466	287	496	47	0	0	0	1.296
Alergia	87	64	162	141	22	0	0	476
Endocrinología	109	64	145	19	1	1	0	339
Rehabilitación	137	67	142	116	130	46	0	638
Reumatología	70	49	51	48	39	0	0	257
Otros	1.739	659	578	213	6	0	0	3.195
TOTAL	4.911	2.548	4.068	2.155	1.127	848	446	16.103

Fuente: Sistema de información del hospital General Yagüe.

Respecto a estos tiempos de espera hay que efectuar tres consideraciones. En primer lugar, que la mayor demora en las especialidades de ginecología y oftalmología se presentaba en procedimientos de despistaje y agudeza visual, respectivamente. En segundo lugar, que según la información institucional no había pacientes en lista de espera en el servicio de neurocirugía, cuando en realidad sí existían. Más aún, a fecha de 7 de abril de 2002, el primer hueco libre en las agendas médicas de esta especialidad se proyectaba al 3 de marzo de 2003, es decir, una demora aproximada de diez meses y medio. Ello era consecuencia de que en esta especialidad la lista de espera se gestionaba exclusivamente por el servicio clínico, sin intervención alguna de la unidad de admisión. En tercer lugar, que el sistema de información no diferenciaba la espera estructural de la debida a razones clínicas o personales.

En cuanto a las agendas con mayor demora, a 31 de marzo de 2002, sobresalían las de alergia (96 días en alergia ambiental y de contacto y 87 días en alergia de medicamentos), cirugía plástica (89 días), ginecología (entre 54 y 151 días en primera visita), neurología (entre 60 y 92 días), reumatología (113 días), traumatología (entre 37 y 130 días) y urología (entre 22 y 115 días). Estas oscilaciones derivan, básicamente, de la libre elección de especialista.

En el capítulo de técnicas y pruebas diagnósticas en el hospital General Yagüe, únicamente cabe indicar que, a 31 de marzo de 2002, la demora normal en días era de 25 para la realización de TAC, 46 para ecografías y 82 para mamografías.

Por lo que se refiere al hospital Río Hortega, de Valladolid, hay que resaltar positivamente que los centros de salud accedían directamente a las agendas médicas de atención especializada, facilitando la gestión de citas y consultas externas, así como que, en términos generales, no eran significativas las demoras en consultas y técnicas, excepción hecha de la prueba de resonancia magnética, que eran de cuatro meses aproximadamente en abril de 2002. Sobre ello hay que destacar que este centro era el único de los visitados donde la unidad de admisión centralizaba la gestión de pruebas diagnósticas.

En el hospital Río Carrión, de Palencia, las demoras derivadas de la organización de los servicios y de los recursos disponibles incidían básicamente en la consulta externa de oftalmología, en la que, en abril de 2002, había 2.285 pacientes, de ellos 192 en espera entre cuatro y seis meses y 14 entre seis meses y un año, sin ser relevantes las correspondientes a pruebas y técnicas diagnósticas.

Mención especial merece, por el contrario, el complejo hospitalario de Salamanca respecto al que hay que efectuar, con carácter previo a la exposición de datos sobre listas de espera, las siguientes observaciones. En primer lugar, que, a 31 de marzo de 2002, existían agendas médicas cerradas y, por tanto, pacientes pendientes de ser citados, en las especialidades de dermatología, oftalmología, otorrinolaringología, traumatología, urología, maxilofacial y cirugía general. En segundo término, que servicios clínicos y centrales gestionaban directamente algunas de las listas de espera de consultas externas y de pruebas diagnósticas de TAC y de resonancia magnética.

Expuesto lo anterior, debe dejarse constancia de que, en marzo de 2002, existían 20.850 pacientes en lista de espera en todas las especialidades, de los cuales 5.906, es decir, el 28,3 por 100, llevaban esperando más de dos meses. Además, en la indicada fecha figuraban 5.388 pacientes con indicación clínica para ser atendidos en consulta externa que todavía no habían sido citados (Tabla 41).

TABLA 41. C. H. DE SALAMANCA. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS (MARZO 2002)

ESPECIALIDAD	PACIENTES CITADOS	PACIENTES > 60 DÍAS	PAC. PENDIENTES DE CITA
Ginecología	2.674	1.416	387
Oftalmología	6.735	1.434	3.707
ORL	1.580	167	548
Traumatología	1.995	492	81
Urología	1.237	339	494
Cardiología	445	204	—
C. Maxilofacial	321	270	—
Neorocirugía	337	235	—
Dermatología	1.718	567	34
Endocrinología	381	225	—
Otras	3.427	557	137
TOTAL	20.850	5.906	5.388

Fuente: Sistema de información del C. H. de Salamanca.

En un intento de mayor concreción, cabe añadir que el 19 de abril de 2002, y como consecuencia del cierre de agendas médicas, estaban pendientes de ser

citados, en primera consulta y para el trimestre julio-agosto-septiembre de 2002, 531 pacientes en la especialidad de otorrinolaringología, es decir, una demora mínima entre tres y seis meses; 1.331 en oftalmología del hospital clínico (agudeza visual), algunos pendientes de citación desde noviembre de 2001, o sea, una espera superior a nueve meses, y 164 en oftalmología del hospital Virgen de la Vega, algunos en espera de cita desde diciembre de 2001, con una demora mínima superior a siete meses. Sobre ello cabe añadir que, en la indicada fecha, el primer hueco libre en las agendas de los servicios de traumatología y de maxilofacial del hospital Virgen de la Vega se deslizaba hasta octubre de 2002, lo que significaba una demora mínima próxima a los seis meses.

En esta línea de definición se detallan seguidamente, especificando la existencia o no de libre elección de médico especialista, las agendas médicas de las diferentes especialidades que, a 31 de marzo de 2002, tenían mayor demora en consultas (Tabla 42).

TABLA 42. C. H. DE SALAMANCA. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS. DEMORAS SEGÚN AGENDA (31/3/2002)

ESPECIALIDAD	LIBRE ELECCIÓN ESPECIALISTA	AGENDA MAYOR DEMORA (DÍAS)	AGENDA MENOR DEMORA (DÍAS)
Cardiología H. Clínico	SÍ	101	54
Ginecología H. Clínico	SÍ	213	29
Ginecología C. E.	NO	248	1
M. Interna H. Clínico	SÍ	197	4
Oftalmología H. Clínico	SÍ	Agendas cerradas	—
Oftalmología H. V. Vega	SÍ	Agendas cerradas	—
ORL H. Clínico	SÍ	Agendas cerradas	—
Traumatología H. V. Vega	SÍ	198	184
C. Maxilofacial H. V. Vega	NO	120 (*)	117 (*)

(\*) Datos referidos a 31/1/2002. Agenda cerrada hasta 31/3/2002.

Fuente: Sistema de información del C. H. de Salamanca.

De los datos que se acaban de reflejar pueden destacarse tres aspectos: que en las especialidades de traumatología y maxilofacial todas las agendas mantenían un similar nivel de demora, si bien alto; que no era posible determinar este nivel en las especialidades de oftalmología, otorrinolaringología y traumatología del hospital Clínico, al existir agendas cerradas y pacientes sin citar, y que en el resto de especialidades existían notables diferencias entre las agendas, debido a la influencia de la libre elección de especialista, excepción hecha de ginecología del centro de especialidades, donde no existía libre elección y las tres agendas presentaban demoras de 248, 227 y un día, respectivamente.

Finalmente, y en cuanto a pruebas y técnicas diagnósticas, indicar que a 31 de marzo de 2002 la lista de espera para la realización de ecografías y mamografías

era poco significativa; que el servicio de admisión carecía de datos sobre tiempos de espera para la realización de TAC y de resonancias magnéticas, estimándose las demoras máximas para la primera de ellas en siete meses y de cuatro para la segunda en el hospital Virgen de la Vega.

## 9. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA

La Consejería de Salud y Seguridad Social remitió documentación suficiente y pormenorizada respecto a la espera quirúrgica programada, sin aportar indicador alguno en relación con consultas externas y técnicas y pruebas diagnósticas.

En este sentido, la mencionada Consejería expresó que el CatSalut creó, en octubre de 2001, un grupo de trabajo para definir los criterios iniciales que permitieran diseñar un sistema de información, así como los indicadores necesarios para realizar el seguimiento y gestión de las listas de espera, utilizando como referencia el informe técnico elaborado por el grupo de expertos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Se añadía también que, una vez definidos los conceptos, criterios e indicadores, se habían establecido varias fases para la implantación y configuración del sistema de información de listas de espera para consultas externas y pruebas diagnósticas. Finalmente, se expresó que el calendario del proceso era el siguiente:

- *Primera fase.* Primer semestre de 2002.  
Recogida y análisis de información agregada de la espera en atención ambulatoria especializada para primera visita ordinaria y preferente, así como para pruebas diagnósticas ordinarias y preferentes.
- *Segunda fase.* Segundo semestre de 2002.  
Evaluación de la información y análisis exhaustivo de los indicadores a fin de proceder a su validación.
- *Tercera fase.* Primer semestre de 2003.  
Diseño de un sistema de información automatizado para sistematizar la recogida de información, similar al ya existente para las listas de espera quirúrgicas.

A modo de conclusión, la Consejería de Sanidad y Seguridad Social indicó que, debido a la planificación que el CatSalut estaba realizando en relación con la monitorización de las listas de espera para consultas externas y pruebas diagnósticas, no era posible disponer de datos fiables hasta finales de 2002.

En el marco de las visitas efectuadas a dos hospitales de la comunidad autónoma en noviembre de 2002 se obtuvieron datos valiosos en cuanto a la gestión de la lista de espera quirúrgica, constatándose que los sistemas de información de consultas externas y técnicas y pruebas diagnósticas presentaban manifiestas inadecuaciones en estos centros.

Así, en el hospital Verge de la Cinta, de Tortosa, las aplicaciones informáticas se caracterizaban por la obsolescencia y por la falta de conexión entre los dife-

rentes centros que integraban el hospital. Ello conllevaba el que se careciera, a nivel corporativo, de datos sobre pacientes y tiempos de espera en consultas y pruebas diagnósticas y, por tanto, de una herramienta sumamente valiosa, para orientar la gestión de los recursos hacia cotas de mayor eficiencia.

En análogo sentido, en el hospital Arnau de Vilanova, de Lleida, tampoco se disponía, a nivel institucional, de indicadores sobre demoras en este ámbito, si bien, en la simulación de citaciones efectuadas en búsqueda del primer hueco libre en las agendas médicas no se observaron demoras significativas en consultas externas y pruebas diagnósticas.

En otro orden de cosas, es menester significar respecto a estos dos hospitales que no existían agendas cerradas, estando todos los pacientes citados; que los sistemas de información no permitían distinguir entre la espera estructural y la derivada de razones clínicas o personales y que los centros de salud no podían acceder a las agendas de atención especializada, con la consiguiente burocratización de los circuitos asistenciales.

En cuanto a la gestión de las listas de espera en pruebas diagnóstica, en el hospital de Tortosa se efectuaba en exclusiva por el servicio de radiodiagnóstico, en tanto que en el de Lleida la unidad de admisión participaba en la misma.

En suma, y como consideración general, en los hospitales de la comunidad autónoma visitados se desconocía, a nivel corporativo, la realidad del alcance y extensión de las listas de espera en consultas externas y pruebas diagnósticas, como consecuencia de sensibles limitaciones en los sistemas de información.

## 10. *COMUNIDAD VALENCIANA*

Tal y como se ha expresado en el Capítulo 4 de este estudio, la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana no ha facilitado la información solicitada por esta Institución y relativa al número de pacientes en lista de espera de consultas externas y técnicas y pruebas diagnósticas, circunstancia por la que no es posible ofrecer datos globales en relación con esta comunidad.

No obstante ello, y en función de la información obtenida en visitas puntuales a centros hospitalarios de la región, pueden adelantarse las consideraciones que seguidamente se detallan.

En primer lugar, que en octubre de 2002 no se había completado el proceso de informatización integral de los centros. Así, y a título de ejemplo, puede hacerse mención a que el centro de especialidades periférico de Torrevieja no estaba informatizado y a que este proceso se encontraba pendiente de culminación, en la indicada fecha, en el hospital La Fe, de Valencia, donde no estaban informatizadas el 50 por 100 de las agendas médicas del hospital maternal, el 20 por 100 del hospital de rehabilitación y tres consultas del hospital general.

En segundo término, y respecto a la gestión de las listas de espera, la práctica de no citar a los pacientes cuando se producía la indicación clínica que deter-

minaba la consulta o prueba, demorándose la citación hasta que se preveía que los pacientes iban a ser atendidos en un corto período de tiempo, una semana, en algún centro. Este procedimiento conllevaba la existencia de pacientes con indicación clínica para ser atendidos y pendientes de que se les comunicara la oportuna citación.

En conexión con lo anterior, cabe añadir que los centros de salud del área sanitaria correspondiente al hospital La Fe, de Valencia, no podían acceder a las agendas médicas de atención especializada y que el centro de especialidades periférico no estaba conectado informáticamente con el hospital. Ello representaba que los centros de salud y el centro de especialidades no podían gestionar las listas de espera de atención especializada, remitiendo sus propuestas clínicas mediante correo y que los circuitos asistenciales fueran complejos y burocráticos. Por el contrario, en el área sanitaria del Hospital Universitario de Alicante los centros de salud sí citaban directamente en las agendas de atención especializadas, con la consiguiente simplificación de procesos.

En tercer lugar, que los servicios clínicos o centrales gestionaban listas de espera y efectuaban las citaciones de pacientes, y no los servicios de admisión de los hospitales. Ello, unido a las carencias antes señaladas, referentes a déficits en tecnologías de la información y a la práctica de agendas cerradas, daba lugar a que los centros carecieran, a nivel institucional o corporativo, de información permanente y actualizada sobre la realidad de la lista de espera.

Fiel expresión de lo anterior es que en los hospitales La Fe, de Valencia, y General Universitario, de Alicante, eran los servicios clínicos quienes determinaban la fecha de las primeras consultas externas, citando incluso a los pacientes en el segundo de ellos, y que en estos hospitales y en el Comarcal de Orihuela, de Alicante, los servicios de radiodiagnóstico gestionaban en exclusiva las listas de espera, de modo que las unidades de admisión de los hospitales se encontraban a expensas de la información que, en su caso, facilitarían tales servicios.

En cuarto y último lugar, la existencia de demoras excesivas en técnicas y pruebas de diagnóstico, incluso en procedimientos calificados como preferentes.

En relación con lo anterior, cabe subrayar la extraordinaria dificultad para objetivar la extensión de las listas de espera en consultas externas, como consecuencia de las inadecuaciones a las que se ha hecho mención, si bien, a tenor de la información facilitada, estas demoras no eran significativas en términos generales, aun cuando existían tiempos dilatados en algunas especialidades y centros, como eran los casos de las unidades del pie y del hombro del hospital de rehabilitación La Fe, de Valencia, con demoras superiores a un año y próximas a seis meses, respectivamente, y de cerca de veinte meses en reumatología del Hospital Comarcal de Orihuela, de Alicante. En relación con este último centro es necesario puntualizar que en su cartera de servicios no figuraba la especialidad de reumatología, si bien se dotó al área de medicina interna con un especialista en este campo, con la finalidad de promover la accesibilidad de la población a los servicios y una atención de mayor calidad.

En cuanto a pruebas diagnósticas, ámbito respecto al que se ha afirmado la existencia de excesivas demoras, cabe traer a colación que, en el Hospital Universitario de Alicante y a 30 de septiembre de 2002, existían pacientes sin citar y con indicación clínica de TAC craneal desde febrero de 2002, es decir, prácticamente ocho meses de espera, y de pacientes también sin citar y con indicación de ecografías desde abril de 2002, seis meses de demora.

Mayores eran todavía los tiempos de espera en el Hospital Comarcal de Orihuela, de Alicante, donde pacientes con indicación clínica de carácter preferente para la realización de TAC debían esperar nueve meses hasta que se realizaba la misma, no citándose a pacientes con indicación de carácter normal en tanto no se absorbía la espera preferente. Así, a finales de septiembre de 2002 existían pacientes con indicación clínica de carácter preferente para TAC de cabeza y con contraste en espera de cita desde el 8 de enero, es decir, nueve meses de demora a pesar del carácter preferente; pacientes pendientes de cita para ecocardiogramas desde el año 2001; de ecografías desde enero de 2002, y de mamografías para pacientes asintomáticos desde el año 2001.

#### 11. *COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA*

En relación con esta Comunidad, es importante tener presente el criterio ya reseñado y expuesto por la Consejería de Sanidad y Consumo, según el cual los sistemas informáticos de los centros hospitalarios no eran homogéneos, existiendo centros que carecían de ellos. Además, la Consejería puntualizó que, hasta el 1 de enero de 2002, era práctica habitual en algunos centros sanitarios la de no conceder la cita cuando era solicitada, sino transcurrido un tiempo a fin de que, desde el momento que se comunicaba hasta la fecha de la consulta, no transcurrieran más días de los previstos. A este respecto, se aludía a que tan sólo en el área de Badajoz se habían detectado 7.000 pacientes en espera de cita, con indicación clínica desde octubre de 2001, concluyendo que no era posible facilitar datos referentes a tiempos de espera.

Aun con estas limitaciones, la mencionada Consejería comunicó que, a finales de 2001, el total de pacientes en espera en las catorce especialidades objeto del estudio era de 33.982 (Tabla 43).

TABLA 43. EXTREMADURA. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS. CATORCE ESPECIALIDADES (31/12/2001)

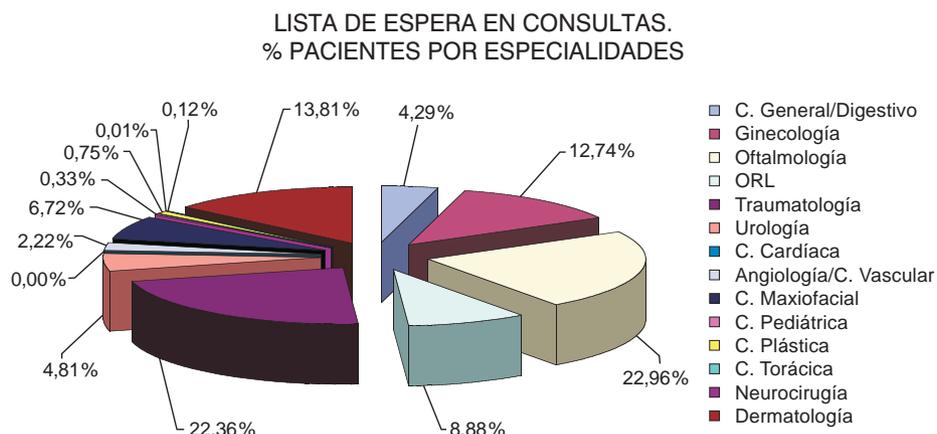
ESPECIALIDADES	
Cirugía general y digestivo	1.457
Ginecología	4.331
Oftalmología	7.802
ORL	3.019

TABLA 43. (Cont.)

ESPECIALIDADES	
Traumatología	7.597
Urología	1.633
C. Cardíaca	0
Angiología/C. Vascular	756
C. Maxilofacial	2.285
C. Pediátrica	112
C. Plástica	256
C. Torácica	2
Neurocirugía	40
Dermatología	4.692
TOTAL	33.982

Fuente: Consejería de Sanidad y Consumo, Junta de Extremadura.

La distribución gráfica, en términos porcentuales, de los pacientes en espera por especialidades médicas es la que se refleja a continuación:



Por lo que atañe a técnicas y pruebas diagnósticas, la Administración sanitaria autonómica comunicó que, a 31 de diciembre de 2001, la lista de espera en las cuatro pruebas solicitadas afectaba a 9.692 pacientes (Tabla 44).

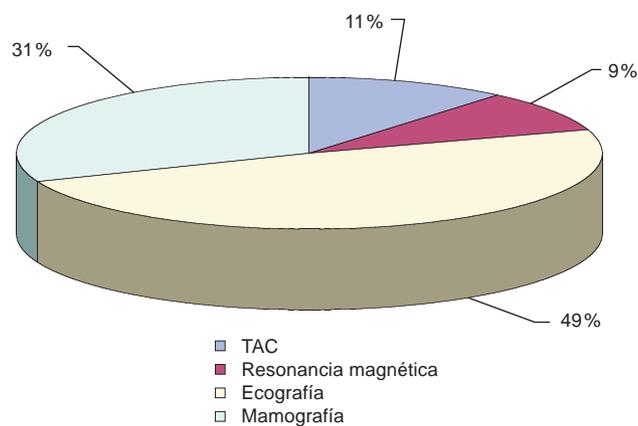
TABLA 44. EXTREMADURA. LISTA DE ESPERA EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (31/12/2001)

TAC	1.080
RM	887
Ecografía	4.705
Mamografía	3.020
TOTAL	9.692

Fuente: Consejería de Sanidad y Consumo, Junta de Extremadura.

Esta misma información, de forma gráfica y en términos porcentuales, es la que seguidamente se expone:

LISTA DE ESPERA EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS. % PACIENTES



Dada la parcial información remitida por la Administración, como consecuencia de carencias en los sistemas de información a nivel de comunidad autónoma, se efectuaron visitas puntuales a los complejos hospitalarios de Cáceres y de Badajoz, a fin de, en la medida de lo posible, complementar la facilitada por la referida Consejería.

En este contexto, y en relación con el complejo hospitalario de Cáceres, hay que dejar constancia de que es uno de los centros que ha facilitado la práctica totalidad de los datos solicitados. A tenor de la información proporcionada, el número total de pacientes pendientes de primeras consultas, a 31 de diciembre de 2001, es el que se refleja seguidamente (Tabla 45).

TABLA 45. C. H. DE CÁCERES. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS.  
NUEVE ESPECIALIDADES (31/12/2001)

ESPECIALIDAD	PACIENTES POR TRAMOS DE ESPERA						DEMORA MEDIA (DÍAS)
	HASTA 30 DÍAS	31-60 DÍAS	61-90 DÍAS	91-120 DÍAS	121-180 DÍAS	> 180 DÍAS	
C. General	77	0	0	0	0	0	8,0
Ginecología	602	230	105	228	91	0	88,1
Oftalmología	995	471	299	496	273	0	55,4
ORL	401	84	35	1	0	0	21,3
Traumatología	620	14	0	0	0	0	16,3
Urología	335	73	2	0	0	0	29,8
C. Pediátrica	7	0	0	0	0	0	3,2
C. Plástica	53	36	27	140	105	33	73,8
Dermatología	762	572	272	331	66	0	71,3
TOTAL	3.852	1.480	740	1.196	535	33	—

Fuente: Sistema de información C. H. de Cáceres.

Del análisis de estos datos se desprende que en el complejo hospitalario de Cáceres no existían las especialidades de cirugía cardíaca, angiología/cirugía vascular y cirugía torácica y que, en función de los tiempos de espera, resaltaban las especialidades de oftalmología y cirugía plástica, con un representativo número de pacientes en torno a los seis meses de demora en la primera especialidad y sensiblemente superior en la segunda.

En consonancia con ello, puede reseñarse que, a 26 de marzo de 2002, figuraban 930 pacientes en lista de espera de un especialista de cupo de oftalmología del centro de especialidades de Trujillo, de Cáceres, de los cuales 104 estaban citados en el período comprendido entre el 16 de septiembre y el 14 de octubre de 2002, es decir, una espera aproximada de seis meses, así como que en el hospital se estaban dando citas para el 8 de enero de 2003 en cirugía plástica, lo que significaba una espera superior a nueve meses.

En técnicas y pruebas diagnósticas, los sistemas de información únicamente diferenciaban la prioridad clínica en mamografías, sobresaliendo las esperas medias en resonancia magnética y ecografía (Tabla 46).

TABLA 46. C. H. DE CÁCERES. LISTA DE ESPERA  
EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (31/12/2001)

PRUEBA	PACIENTES POR TRAMOS DE ESPERA						ESPERA MEDIA (DÍAS)
	HASTA 30 DÍAS	31-60 DÍAS	61-90 DÍAS	91-120 DÍAS	121-180 DÍAS	> 180 DÍAS	
Ecografías	748	413	135	465	348	101	87,1
Mamogr. Ordin.	307	332	224	149	69	26	s/d

TABLA 46. (Cont.)

PRUEBA	PACIENTES POR TRAMOS DE ESPERA						ESPERA MEDIA (DÍAS)
	HASTA 30 DÍAS	31-60 DÍAS	61-90 DÍAS	91-120 DÍAS	121-180 DÍAS	> 180 DÍAS	
Mamogr. Pref.	31	2	2	4	4	4	s/d
TAC	98	12	1	0	0	0	18,2
RM	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	67,3

Fuente: Sistema de información C. H. de Cáceres; s/d: sin datos.

En el complejo hospitalario de Badajoz, especial consideración merece la existencia de un elevado número de pacientes con indicación clínica para ser atendidos en consultas externas y pendientes de ser citados, figurando en el sistema informático el número global de ellos, pero no la referencia individualizada de los mismos, lo que invalida cualquier análisis objetivo de la realidad de las listas de espera.

A este respecto, es necesario comentar que, a 28 de marzo de 2002 y según la información facilitada, había 5.272 pacientes pendientes de cita, algunos de ellos desde hacía más de un año. En esta situación se encontraban, entre otros, 2.160 pacientes en la especialidad de cirugía maxilofacial, el más antiguo pendiente de cita desde enero de 2001, es decir, un año y tres meses; 1.110 en la especialidad de alergia, el más antiguo de julio de 2001, nueve meses de demora, y 502 en traumatología y 261 en cirugía vascular, los más antiguos de septiembre de 2001, siete meses de espera. Respecto a estos pacientes, debe recordarse que las reseñadas demoras lo eran, en principio, para formalizar y comunicar la citación, espera a la que se debía sumar, en su caso, la relativa a la materialización de la consulta.

A la incertidumbre en cuanto al momento en el que se informaría a los pacientes sobre la fecha en que podían ser atendidos se unía la existencia de amplias demoras en algunas especialidades para la efectividad de la prestación (Tabla 47).

TABLA 47. C. H. DE BADAJOZ. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS. TODAS LAS ESPECIALIDADES (FEBRERO 2002)

ÁREA	PACIENTES EN ESPERA	DEMORA MEDIA (DÍAS)	DEMORA MÁXIMA (DÍAS)
Área médica	6.634	63	285
Área pediátrica	225	17	120
Área quirúrgica	13.627	73	450
TOTAL	20.486	66	450

Fuente: Sistema de información del C. H. de Badajoz.

Estos mismos indicadores, desglosados por especialidades, ofrecen una mayor representación de la excesiva espera en algunas de ellas (Tabla 48).

TABLA 48. C. H. DE BADAJOZ. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS. TRECE ESPECIALIDADES (31/12/2001)

ESPECIALIDAD	PACIENTES EN ESPERA	DEMORA MEDIA (DÍAS)
Cirugía General y Digestivo	363	23
Ginecología	1.544	76
Oftalmología	2.607	59
ORL	1.277	50
Traumatología	3.401	83
Urología	534	56
C. Cardíaca	0	0
Angiología/C. Vascular	1.219	302
C. Maxilofacial	2.285	344
C. Pediátrica	105	31
C. Torácica	2	16
Neorocurugía	40	17
Dermatología	1.901	101

Fuente: Sistema de información del C. H. de Badajoz.

De los datos precedentes destacan la amplia demora máxima de 450 días en el área quirúrgica y las excesivas demoras medias de 344 días en cirugía maxilofacial, 302 días en cirugía vascular, 101 días en dermatología y 83 en traumatología.

Similar situación era la existente en febrero de 2002, fecha en la que las mayores demoras medias eran de 341 días en cirugía maxilofacial, 274 días en alergia, 177 días en cirugía vascular y 99 días en dermatología (Tabla 49).

TABLA 49. C. H. DE BADAJOZ. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS. ESPECIALIDADES CON MAYOR DEMORA MEDIA (FEBRERO 2002)

ESPECIALIDAD	PACIENTES EN ESPERA	DEMORA MEDIA (DÍAS)
Ginecología	1.816	89
Oftalmología	3.674	88
Traumatología	3.009	74
C. Vascular	737	177
C. Maxilofacial	2.326	341
Neurología	609	73
Dermatología	1.943	99
Alergia	1.757	274

Fuente: Sistema de información del C. H. de Badajoz.

En pruebas y técnicas diagnósticas, únicamente cabe decir que los sistemas de información no permitían conocer la distribución de pacientes por tramos de espera, si bien, a tenor de la información facilitada, eran poco significativas las demoras en este ámbito.

## 12. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

En relación con la Comunidad Autónoma de Galicia es obligado comenzar poniendo de manifiesto que el Servicio Gallego de Salud es el único de los servicios que integran el Sistema Nacional de Salud que publica, en página *web* y para conocimiento general de los ciudadanos, la espera media en días, en primeras consultas externas, en cada uno de los centros hospitalarios.

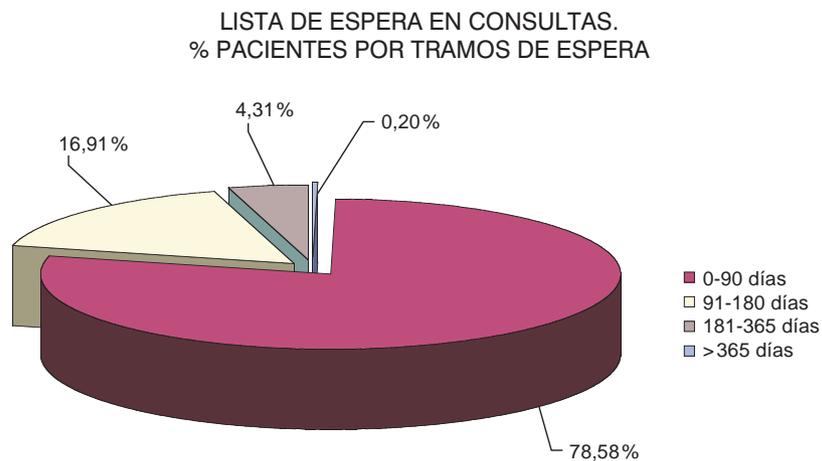
En función de la información facilitada por la Consejería de Sanidad de la Junta de Galicia, a 31 de diciembre de 2001 había 151.106 pacientes en espera de primeras consultas, con una demora media de 61 días. De estos pacientes 6.512 (4,3 por 100) se encontraban en espera superior a seis meses y 303 (0,2 por 100) superior a un año (Tabla 50).

TABLA 50. GALICIA. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS.  
TODAS LAS ESPECIALIDADES (31/12/2001)

	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)				TOTAL	DEMORA MEDIA (DÍAS)
	0-90	91-180	181-365	> 365		
Pacientes	118.742	25.549	6.512	303	151.106	61

Fuente: Consejería de Sanidad, Junta de Galicia.

De forma gráfica, la distribución porcentual de los pacientes en espera de consulta era la que seguidamente se representa:



En las catorce especialidades objeto del estudio destacaban especialmente las demoras medias de cirugía vascular (119 días), ginecología (81 días), oftalmología (73 días) y neurocirugía (55 días a nivel de comunidad autónoma y 103 días en el complejo hospitalario de Orense) (Tabla 51).

Por centros hospitalarios, la mayor demora media se centraba en los complejos hospitalarios de Lugo (70 días) y Orense (67 días), en los que el 5,4 y el 7 por 100 de los pacientes, respectivamente, se encontraban en espera por un tiempo superior a los seis meses (Tabla 52).

En técnicas y pruebas diagnósticas en la comunidad autónoma, sobresalía la demora media en resonancia magnética, 78,3 días (Tabla 53).

TABLA 51. GALICIA. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS.  
CATORCE ESPECIALIDADES  
(31/12/2001)

ESPECIALIDAD	PACIENTES EN ESPERA	DEMORA MEDIA (DÍAS)
Cirugía General	6.658	49
Ginecología	24.009	81
Oftalmología	34.511	73
ORL	6.517	38
Traumatología	13.211	38
Urología	6.378	55
C. Cardíaca	87	35
C. Vascular	4.636	119
C. Maxilofacial	688	46
C. Pediátrica	280	19
C. Plástica	798	33
C. Torácica	22	8
Neurocirugía	950	55
Dermatología	12.961	48

Fuente: Consejería de Sanidad, Junta de Galicia.

TABLA 52. GALICIA. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS.  
CUATRO HOSPITALES Y TODAS LAS ESPECIALIDADES

HOSPITAL	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)			TOTAL	DEMORA MEDIA (DÍAS)
	0-90	91-180	181-365		
C. H. Juan Canalejo	25.459	3.901	577	29.937	50
C. H. de Lugo	9.777	3.361	748	13.886	70
C. H. de Orense	12.501	2.447	1.135	16.083	67
C. H. de Pontevedra	8.740	394	0	9.134	36

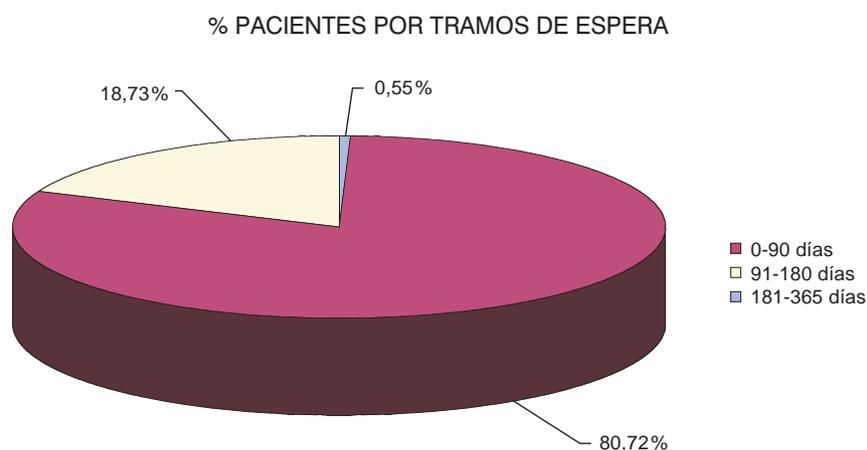
Fuente: Consejería de Sanidad, Junta de Galicia.

TABLA 53. GALICIA. LISTA DE ESPERA EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS  
(31/12/2001)

PRUEBA	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)			TOTAL	DEMORA MEDIA (DÍAS)
	0-90	91-180	181-365		
TAC cabeza	401	53	6	460	56,6
TAC cuerpo	511	127	6	644	61,8
Ecografía	3.878	564	28	4.470	63,9
RM	1.127	629	0	1.756	78,3

Fuente: Consejería de Sanidad, Junta de Galicia.

Estos mismos índices, de forma gráfica y en términos porcentuales, son los siguientes:



El 30 de junio de 2002, y según la información reflejada en la página *web* del Servicio Gallego de Salud, la espera media en primeras consultas era de 52 días, destacando la relativa a las especialidades de cirugía vascular (140 días), alergia (78 días), oftalmología (65 días), cirugía maxilofacial y ginecología (62 días).

### 13. COMUNIDAD DE MADRID

Al igual que en otras comunidades autónomas, los sistemas de información de los centros hospitalarios de Madrid eran heterogéneos y presentaban acusadas carencias, que impedían, a nivel corporativo, un conocimiento permanente y veraz de las listas de espera. La incompleta informatización integral de algunos centros hospitalarios; la práctica de agendas cerradas durante largos períodos de tiempo; la imposibilidad en algunos casos de diferenciar la espera estructural de la clínica

o voluntaria, y la gestión por servicios clínicos o centrales sin registros unificados o centralizados fiables eran, entre otros, extremos que fundamentan esta afirmación.

En este contexto, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid comunicó que, a 31 de diciembre de 2001, figuraban 155.523 pacientes en el sistema «fichero» y 148.603 en el sistema «SIAE», detallándose la situación de estos últimos (Tabla 54).

TABLA 54. MADRID. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS.  
TODAS LAS ESPECIALIDADES (31/12/2001)

PACIENTES EN ESPERA ESTRUCTURAL	PACIENTES EN ESPERA MOTIVOS CLÍNICOS	PACIENTES EN ESPERA MOTIVOS PERSONALES	TOTAL
88.616	29.746	25.781	144.143

Fuente: Comunidad de Madrid. Sistema de información SIAE (97 %). Sin incluir datos de los hospitales Gregorio Marañón y El Escorial.

Esta misma información, de forma gráfica, es la reflejada a continuación:



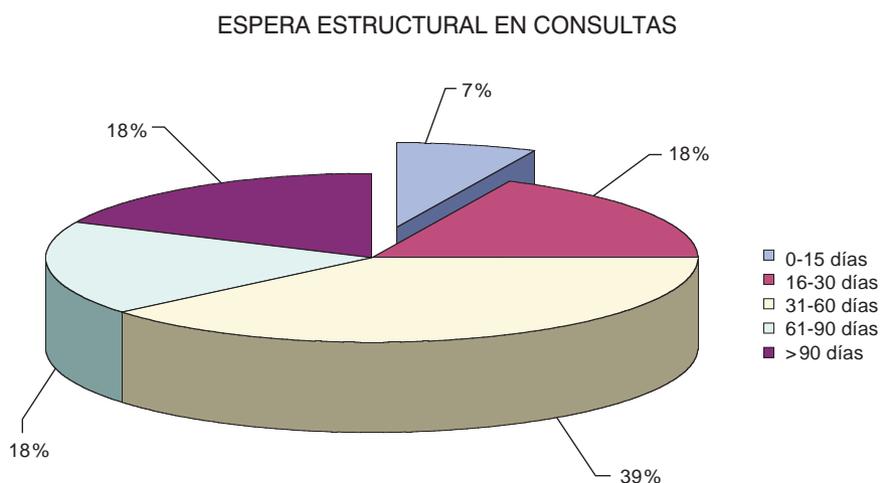
De ser ello así, el 61,5 por 100 de los pacientes (88.616) estarían en espera por causas derivadas de la organización de los servicios y medios disponibles, el 20,6 por 100 (29.746) por motivos clínicos y el 17,9 por 100 (25.781) por razones de índole personal. Del análisis de la espera estructural y de su distribución por tramos de espera se infiere que el 17,7 por 100 de estos pacientes sufrían demoras superiores a tres meses (Tabla 55).

TABLA 55. MADRID. LISTA DE ESPERA ESTRUCTURAL EN CONSULTAS (31/12/2001)

TRAMOS (DÍAS)	PACIENTES EN ESPERA
0-15	6.264
16-30	15.537
31-60	35.434
61-90	15.713
Más de 90	15.668
TOTAL	88.616

Fuente: Comunidad de Madrid. Sistema de Información SIAE (97 %). Sin incluir datos de los hospitales Gregorio Marañón y El Escorial.

Para una mejor comprensión de la espera estructural por tramos de demora, se describe seguidamente este indicador de forma gráfica:



En orden a una mayor precisión de los tiempos de espera en primeras consultas y en pruebas diagnósticas en los hospitales de la Comunidad de Madrid, en los apartados siguientes se expresan los resultados de visitas puntuales efectuadas, en julio de 2002, a los hospitales Doce de Octubre, La Paz, Gregorio Marañón y Severo Ochoa.

En relación con el hospital Doce de Octubre, cabe hacer mención a la incompleta informatización integral de las consultas externas de los hospitales general y materno-infantil (tan sólo el 39 por 100 de las agendas médicas, que afectaban aproximadamente al 27 por 100 de los pacientes en espera) y de los centros de especialidades periféricos en técnicas y pruebas diagnósticas.

En estos supuestos los servicios clínicos gestionaban las listas de espera y facilitaban información a la unidad de admisión en soporte papel, que carecía de suficiente fiabilidad en algún caso, en la medida en que algunos servicios no detallaban cuál era la situación real de las respectivas listas de espera. Sobre ello cabe añadir que las inadecuadas condiciones estructurales y físicas de las zonas donde están ubicadas las consultas externas no facilitan, precisamente, avanzar en los planes de informatización del centro, tal y como ha decidido, de forma firme, el nuevo equipo directivo del hospital.

Respecto al hospital La Paz, cabe destacar, igualmente, que no estaban informatizadas las agendas de consultas externas del hospital materno-infantil, ni las de pruebas de diagnóstico en tres de los cuatro centros de especialidades periféricos. En estos casos, y en las pruebas diagnósticas de los hospitales, la gestión de las listas de espera se efectuaba por los servicios clínicos o centrales, careciendo la unidad de admisión de un conocimiento exacto de las mismas. De otra parte, el sistema de información no permitía diferenciar claramente la espera estructural de la voluntaria o clínica.

En relación con el hospital Gregorio Marañón, hay que resaltar, como característica principal, la práctica de agendas cerradas durante amplios períodos y, por ello, la existencia de pacientes con indicación clínica para ser atendidos en consultas que no habían sido citados, si bien se llevaba un riguroso control formal de estos pacientes. Asimismo, se debe indicar que no estaban informatizadas las agendas de TAC tórax y TAC *body* infantil; que la citación de pacientes para resonancia magnética se realizaba por el servicio de radiodiagnóstico, y que el sistema de información no singularizaba la espera derivada de la organización y medios disponibles de la clínica y voluntaria.

Finalmente, y por lo que se refiere al hospital Severo Ochoa, especificar únicamente que no estaba totalmente centralizada en la unidad de admisión la gestión de pruebas diagnósticas, que se realizaba por el servicio de radiodiagnóstico. En este hospital los centros de salud del área sanitaria podían acceder a agendas médicas de alguna especialidad, citando directamente a los pacientes.

En cuanto a los tiempos de demora, en el hospital Doce de Octubre el número de pacientes incluidos en listas de espera en primeras consultas, a 31 de mayo de 2002, era de 48.323, de ellos 1.898 con demoras superiores a seis meses y 438 a un año (Tabla 56).

TABLA 56. H. DOCE DE OCTUBRE, DE MADRID. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS. TODAS LAS ESPECIALIDADES (31/5/2002)

CENTRO	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)								TOTAL	DEMORA MÁXIMA (DÍAS)
	0-15	16-30	31-60	61-90	91-120	121-180	181-365	> 365		
H. General	1.601	1.135	804	163	241	366	252	0	4.562	314
H. Maternal	342	441	459	8	52	127	307	431	2.167	1.119

TABLA 56. (Cont.)

CENTRO	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)								TOTAL	DEMORA MÁXIMA (DÍAS)
	0-15	16-30	31-60	61-90	91-120	121-180	181-365	> 365		
H. Infantil	490	455	520	406	525	220	125	6	2.747	382
CEP'S	15.056	9.533	5.029	1.410	1.098	5.506	1.214	1	38.847	543
TOTAL	17.489	11.564	6.812	1.987	1.916	6.219	1.898	438	48.323	1.119

Fuente: Sistema de información del hospital Doce de Octubre.

Estos indicadores se refieren al total de pacientes en espera del hospital, incluidos aquellos que figuraban en agendas no informatizadas y tanto a la espera fruto de la organización de los servicios y de los medios disponibles, como a la derivada de motivos clínicos o personales.

Circunscribiéndonos exclusivamente a la espera consecuencia de la organización de los servicios y de los medios disponibles, y computando los pacientes en espera en los centros de especialidades (informatizados) y únicamente las agendas informatizadas de los hospitales General, Materno e Infantil (aproximadamente el 27 por 100 del total de pacientes en espera), el número de los incluidos en los registros de primeras consultas en el conjunto del centro era de 23.004 a 31 de mayo de 2002 (Tabla 57).

TABLA 57. H. DOCE DE OCTUBRE, DE MADRID. LISTA DE ESPERA ESTRUCTURAL EN CONSULTAS (31/5/2002)

CENTRO	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)								TOTAL	DEMORA MÁXIMA (DÍAS)
	0-15	16-30	31-60	61-90	91-120	121-180	181-365	> 365		
H. General (*)	209	78	3	4	4	125	88	0	511	287
H. Materno (*)	22	20	21	0	17	56	110	146	392	1.119
H. Infantil (*)	62	12	1	0	1	1	0	0	77	139
CEP'S	8.309	5.041	3.059	678	441	3.707	789	0	22.024	328
TOTAL	8.602	5.151	3.084	682	463	3.889	987	146	23.004	1.119

(\*) Datos referidos a las agendas informatizadas (27% del total de pacientes en lista de espera).  
Fuente: Sistema de información del hospital Doce de Octubre.

Estos datos, sumamente ilustrativos, al referirse exclusivamente a la espera de índole estructural, reflejan demoras extraordinariamente amplias, como son que 5.022 pacientes (el 22 por 100) superaban los cuatro meses de espera, 987 de ellos los seis meses y 146 el año. A igual conclusión se llega observando las demoras máximas de 287 días en el hospital general (neurología), 1.119 en el maternal (esterilidad) y 328 en los centros de especialidades (cardiología).

Estos amplios períodos de demoras máximas, consecuencia de la organización de los servicios y medios disponibles, se producían en la práctica totalidad de centros y en un elevado número de especialidades (Tabla 58).

TABLA 58. H. DOCE DE OCTUBRE, DE MADRID. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS. ESPECIALIDADES CON MAYOR DEMORA (31/5/2002)

CENTRO	ESPECIALIDAD	NÚMERO PACIENTES EN LE	TIEMPO MEDIO DE ESPERA (DÍAS)	DEMORA MÁXIMA (DÍAS)
H. General (*)	Neurología	268	29	287
H. Maternal (*)	Gine. Esterilidad	384	466	1.119
CEP Aranjuez	Oftalmología	374	84	145
CEP Aranjuez	Neumología	137	36	129
CEP Carabanchel	Cardiología	538	29	287
CEP Carabanchel	Ginecología	1.565	69	269
CEP Carabanchel	Oftalmología	1.055	34	195
CEP Carabanchel	Urología	404	42	193
CEP Orcasitas	Rehabilitación	364	44	160
CEP Orcasitas	Cardiología	463	40	328
CEP Orcasitas	C. General	461	34	181
CEP Orcasitas	Neurología	585	80	262
CEP Orcasitas	Ginecología	1.013	48	299
CEP Orcasitas	Oftalmología	1.672	58	327
CEP Orcasitas	Rehabilitación	364	45	160
CEP Villaverde	Cardiografía	374	40	187
CEP Villaverde	Reumatología	149	35	161
CEP Villaverde	Oftalmología	777	44	237

(\*) Datos referidos únicamente a las agendas informatizadas (27 % del total de pacientes en lista de espera).

Fuente: Sistema de información del hospital Doce de Octubre.

Como complemento de lo anterior, y en relación con las agendas no informatizadas del hospital general, puede traerse a colación que, el 17 de julio de 2002 y en la información facilitada por los servicios clínicos a la unidad de admisión en soporte papel, figuraba, entre otros datos, que en la especialidad de urología había sólo cuatro pacientes en espera, con una demora de cuatro meses; en cirugía plástica, 43 con demoras de cuatro meses y 126 de cinco meses; en alergia, 603 pacientes con demora de 191 días y 300 en alergia de medicamentos, en espera desde hacía un año, y en pruebas especiales de neurología, 299 pacientes con demora de un año.

En pruebas y técnicas diagnósticas se producían también dilatados tiempos de espera (Tabla 59).

TABLA 59. H. DOCE DE OCTUBRE, DE MADRID.  
LISTA DE ESPERA EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (JULIO 2002)

SIAE	DEMORA MÁXIMA (DÍAS)	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)						TOTAL LE
		LE 0 a 15	LE 16 a 30	LE 31 a 60	LE 61 a 90	LE 91 a 120	LE más 120	
Eco Doppler	459	22	11	12	17	10	18	90
Ecografías	491	1.144	656	624	1.437	1.240	1.883	6.984
Intervenc. mama	11	4	0	0	0	0	0	4
Mamografías	540	734	404	417	1.139	1.407	6.725	10.826
Otros procedim.	11	1	0	0	0	0	0	1
Radiología simple	498	4.869	1.827	1.091	1.650	1.753	3.568	14.758
RM	362	317	208	269	415	422	1.420	3.051
RX Digestiva	316	378	300	198	82	36	6	1.000
RX Disgestivo	18	0	1	0	0	0	0	1
RX Genitourinario	324	105	39	35	70	49	45	343
TAC	355	547	355	413	608	374	707	3.004
(Vacías)	491	590	351	347	254	471	1.098	3.111
TOTAL GENERAL	540	8.711	4.152	3.406	5.672	5.762	15.470	43.173

Fuente: Sistema de información del hospital Doce de Octubre.

En relación con las cuatro pruebas diagnósticas objeto del estudio, hay que destacar las esperas máximas de 491 días en ecografías, de 540 en mamografías, de 362 en resonancia magnética y de 355 en TAC, si bien para un adecuado análisis de estas demoras hay que tener presente que las mismas se refieren tanto a la espera consecuencia de la organización y medios disponibles, como a la derivada de razones clínicas o personales.

La valoración de los indicadores relativos al hospital La Paz que seguidamente se detallan exige tener presente, por una parte, que los sistemas de información del centro no permitían diferenciar la espera estructural de la que no lo era y que la unidad de admisión carecía de información permanente y actualizada sobre técnicas y pruebas diagnósticas.

Con estas salvedades, puede adelantarse que, en junio de 2002, el total de pacientes en lista de espera en primeras consultas en el hospital La Paz era de 29.220, de ellos 3.578 (12,2 por 100) con espera superior a tres meses (Tabla 60).

TABLA 60. HOSPITAL LA PAZ, DE MADRID. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS. TODAS LAS ESPECIALIDADES (JUNIO 2002)

CENTRO	TRAMOS DE ESPERA				TOTAL	DEMORA MÁXIMA (DÍAS)
	0-30 DÍAS	31-60 DÍAS	61-90 DÍAS	> 90 DÍAS		
Hospital (*)	3.448	684	679	387	5.198	170
C. E. Alcobendas	3.544	1.775	770	593	6.682	184
C. E. Fuencarral	3.488	1.194	1.090	688	6.460	185
C. E. José Marva	5.336	992	910	1.908	9.146	281
C. E. Peñagrande	1.350	195	187	2	1.734	109
TOTAL ÁREA	17.166	4.840	3.636	3.578	29.220	281

Fuente: Sistema de información hospital La Paz.

Por centros y especialidades destacaban las demoras máximas de 170 días en neurología del hospital; 184 días en dermatología del centro de especialidades de Alcobendas; 185 días en neumología del centro de especialidades de Fuencarral, y 281 días en ginecología del centro de especialidades José Marvía (Tabla 61).

TABLA 61. HOSPITAL LA PAZ, DE MADRID. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS. ESPECIALIDADES CON MAYOR DEMORA MÁXIMA (JULIO 2002)

CENTRO	ESPECIALIDAD	TRAMOS DE ESPERA				TOTAL	DEMORA MÁXIMA (DÍAS)
		0-30 DÍAS	31-60 DÍAS	61-90 DÍAS	> 90 DÍAS		
Hospital	Neumología	26	4	2	34	66	166
Hospital	ORL	27	12	2	19	60	145
Hospital	Rehabilitación	516	24	35	13	588	145
Hospital	Neurología	35	12	8	16	71	170
C. E. Alcobendas	Neurología	147	115	0	228	490	169
C. E. Alcobendas	Dermatología	72	0	64	184	320	184
C. E. Fuencarral	C. General	147	76	17	6	246	157
C. E. Fuencarral	Neurología	27	58	98	248	431	185
C. E. José Marva	Dermatología	664	73	153	10	900	131
C. E. José Marva	Ginecología	1.092	98	344	1.768	3.302	281

(\*) Sin incluir datos consultas/agendas no informatizadas.

Fuente: Sistema información hospital La Paz.

En pruebas y técnicas diagnósticas, los datos facilitados no ofrecían excesivas demoras, si bien debe reiterarse que la gestión se efectuaba en exclusiva por el servicio de radiodiagnóstico (Tabla 62). En este ámbito debe dejarse constancia

de que, según la información disponible en esta Institución, la realización de ecocardiogramas tenía una demora de ocho meses a mediados del año 2002.

TABLA 62. H. LA PAZ, DE MADRID. LISTA DE ESPERA EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (31/12/2001)

PRUEBA	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)			TOTAL	DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
	0-30	31-60	61-90			
Ecográficas	908	94	0	1.002	45	27
Mamográficas	1.160	812	150	2.122	31	n/d
TAC	795	518	0	1.313	50	38
RM	497	0	0	497	42	28
TOTAL	3.360	1.424	150	4.934	42	31

Fuente: Sistema de información del hospital La Paz.

La exposición de la situación del hospital Gregorio Marañón requiere tener presente cuatro aspectos de alcance, como son que los centros de especialidades periféricos del área sanitaria no dependían del hospital; la existencia, en julio de 2002, de 2.713 pacientes con indicación clínica para ser atendidos en consulta que no habían sido citados; que el sistema de información no diferenciaba la espera estructural de la debida a razones clínicas o personales, y que la gestión de algunas pruebas diagnósticas no estaba centralizada en la unidad de admisión.

A tenor de la información disponible, a 31 de diciembre de 2001, el total de pacientes en lista de espera en primera consulta se cifraba en 11.316 pacientes, con una demora media elevada de 87,3 días (Tabla 63).

TABLA 63. H. GREGORIO MARAÑÓN, DE MADRID. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS (31/12/2001)

CENTRO	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)						TOTAL	DEMORA MEDIA (DÍAS)
	0-30	31-60	61-90	91-120	121-180	181-365		
Cantoblanco	41	2	1	0	0	0	44	12,1
IPMQ	2.366	1.391	577	606	802	1.443	7.185	100,1
IPOG	309	16	1	1	1	0	328	17,0
IPPP	551	353	161	176	406	68	1.715	78,4
Oncología	30	0	0	0	0	0	30	12,0
Psiquiatría	15	4	0	0	0	0	19	20,1
IPR	302	277	147	76	0	0	802	45,2
Oftálmico	305	280	178	113	317	0	1.193	75,9
TOTAL	3.919	2.323	1.065	972	1.526	1.511	11.316	87,3

Fuente: Sistema de información del hospital Gregorio Marañón.

De estos datos resaltaba el elevado porcentaje de pacientes con demora superior a los cuatro y seis meses, el 27 y el 13 por 100, respectivamente, y la elevada demora media del mayor de los centros, 100,1 días.

Por centros y especialidades, la mayor demora media se producía en alergia (179,1 días), urología (96,3 días) y cirugía plástica (91,0 días) del centro IPMQ (Tabla 64).

TABLA 64. H. GREGORIO MARAÑÓN, DE MADRID.  
SERVICIOS CON DEMORAS SUPERIORES A TRES MESES (31/12/2001)

CENTRO	SERVICIO	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)
			3-4 MESES	4-6 MESES	6-12 MESES	
IPMQ	Urología	761	109	174	64	96,3
IPMQ	Neumología	236	13	23	0	56,5
IPMQ	Neurología	121	2	2	0	33,2
IPMQ	Reumatología	495	60	0	0	46,8
IPMQ	C. Plástica	255	40	85	0	91,0
IPMQ	Alergia	2.746	235	416	1.379	179,1
IPMQ	Dermatología	631	147	102	0	70,3
Oftálmico	Oftalmología	1.193	113	317	0	75,9

Fuente: Sistema de información hospital Gregorio Marañón.

Una especial mención debe otorgarse a los pacientes en espera de ser citados, que, como se ha indicado, ascendían a 2.713 en julio de 2002. A este respecto, llama la atención el largo tiempo transcurrido desde que se efectuó la indicación clínica para ser atendidos, sin que se les hubiera notificado el momento en que podía llevarse a cabo la atención (Tabla 65).

TABLA 65. H. GREGORIO MARAÑÓN, DE MADRID.  
PACIENTES PENDIENTES DE CITA. DEMORA EN LA CITACIÓN (JULIO 2002)

SERVICIO	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)					TOTAL	DEMORA MEDIA (DÍAS)
	0-30	31-60	60-90	91-120	> 120		
ORT/Trauma	25	5	0	0	0	30	19
Urología	31	32	48	40	71	222	96
C. Plástica	42	28	36	40	30	176	71
Dermatología	88	13	0	0	1	102	15
Nefrología	0	1	0	0	0	1	60
Alergia	240	374	249	297	870	2.030	106
Reumatología	95	57	0	0	0	152	25

Fuente: Sistema de información del hospital Gregorio Marañón.

Los precedentes tramos de espera representaban el período de tiempo que llevaban los pacientes en expectativa de que se les notificara la inclusión en lista de espera y la determinación de la fecha de la asistencia. Cabe resaltar que 972 de estos pacientes llevaban más de seis meses esperando tan sólo que se les informara sobre el momento de la atención.

Causa de lo anterior es la existencia de agendas cerradas durante amplios períodos. Así, y a título de ejemplo, el 24 de julio de 2002 se encontraban completas y cerradas, hasta diciembre del mismo año, las agendas de las especialidades de cirugía plástica y de alergia, existiendo 176 y 1.900 pacientes, respectivamente, en espera de citación.

Computando tanto los pacientes citados como los que estaban esperando cita, las especialidades con demora máxima más altas, en julio de 2002, eran las de alergia (365 días), cirugía plástica (270 días) y neuropediatría (192 días) (Tabla 66).

TABLA 66. H. GREGORIO MARAÑÓN, DE MADRID.  
ESPECIALIDADES CON MAYOR DEMORA MÁXIMA (JULIO 2002)

CENTRO	ESPECIALIDAD	DEMORA MÁXIMA (DÍAS)
IPMQ	Alergia	365
IPMQ	Digestivo (Hepatología)	145
IPMQ	Neumología (Saos)	150
IPMQ	Dermatología	120
IPMQ	Neurologías (Cefaleas)	129
IPMQ	Urología	108
IPMQ	C. Plástica	270
IPMQ	Dermatología	120
IPPP	Alergia	235
IPPP	Cardiología	124
IPPP	Neuropediatría	192
IPR	Rehabilitación	120
Oftálmico	Cataratas M.	166
IPPP	C. Vías	116

*Fuente:* Sistema de información del hospital Gregorio Marañón.

Para una adecuada valoración de los tiempos de espera detallados, hay que recordar que en ellos están también incluidos los de índole no estructural.

En técnicas y pruebas diagnósticas, la lista de espera del hospital Gregorio Marañón, a 30 de junio de 2002, afectaba a 9.045 pacientes, con una demora media de 43,31 días y la máxima superior a los 120 días (Tabla 67).

TABLA 67. H. GREGORIO MARAÑÓN, DE MADRID.  
LISTA DE ESPERA EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (JUNIO 2002)

PRUEBA	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA						DEMORA MEDIA (DÍAS)	DEMORA MÁXIMA (DÍAS)
		0-15 DÍAS	16-30 DÍAS	31-60 DÍAS	61-90 DÍAS	91-120 DÍAS	> 120 DÍAS		
RX Tórax	2.266	855	491	340	460	80	40	36	> 120
Esqueleto	1.670	561	228	119	475	173	114	51	> 120
Digestivo	187	55	25	46	48	13	0	43	120
Ecografía	2.409	530	372	596	610	202	99	50	> 120
Mamografía	723	281	181	134	97	28	2	31	> 120
TAC	1.106	357	283	223	166	39	38	37	> 120
RM	518	136	84	127	80	87	4	47	> 120
Urología	166	58	10	37	54	7	0	43	120
TOTAL	9.045	2.833	1.674	1.622	1.990	629	297	43	> 120

Fuente: Sistema de información hospital Gregorio Marañón.

En el hospital Severo Ochoa, de Leganés, la lista de espera en primeras consultas, a 30 de junio de 2002 y en siete especialidades, estaba integrada por 10.548 pacientes, 5.406 de ellos por causas atribuibles a la organización de los servicios y medios disponibles y 5.142 por razones clínicas o personales (Tabla 68).

TABLA 68. H. SEVERO OCHOA, DE MADRID.  
LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS (JUNIO 2002)

ESPECIALIDAD	TOTAL PACIENTES	ESPERA ESTRUCTURAL (DÍAS)	ESPERA CLÍNICA/VOLUNTARIA (DÍAS)	DEMORA MEDIA (DÍAS)
C. General	495	298	197	17
Dermatología	2.138	865	1.273	48
Ginecología	2.293	1.056	1.237	65
Oftalmología	1.690	1.095	595	27
ORL	1.512	662	850	46
Traumatología	1.467	672	795	41
Urología	953	758	195	49

Fuente: Sistema de información del hospital Severo Ochoa.

En cuanto a tramos de demora, destacaban las especialidades de ginecología y traumatología, si bien la información que seguidamente se refleja se refiere tanto a la espera estructural como a la que no tiene este carácter (Tabla 69).

TABLA 69. H. SEVERO OCHOA, DE MADRID.  
LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS. TRAMOS DE ESPERA (JUNIO 2002)

ESPECIALIDAD	TRAMOS DE ESPERA					
	0-15 DÍAS	16-30 DÍAS	31-60 DÍAS	61-90 DÍAS	> 90 DÍAS	> 120 DÍAS
C. General	360	62	57	15	1	0
Dermatología	673	551	728	162	4	20
Ginecología	280	266	420	457	849	21
Oftalmología	979	453	159	92	7	0
ORL	524	491	384	103	8	2
Traumatología	838	140	92	54	256	87
Urología	323	186	248	163	25	8
TOTAL	3.977	2.149	2.088	1.046	1.150	138

Fuente: Sistema de información del hospital Severo Ochoa.

Por el contrario, en pruebas y técnicas diagnósticas sí se disponía de información sobre tiempos de demora derivada exclusivamente de la organización de los servicios y medios disponibles (Tabla 70).

TABLA 70. H. SEVERO OCHOA, DE MADRID.  
LISTA DE ESPERA EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS  
(JUNIO 2002)

PRUEBA	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)			
	0-15	16-30	31-60	> 60
Ecografía	650	450	106	247
Mamografía	177	14	38	158
TAC	283	147	85	18
RM	153	141	199	57

Fuente: Hospital Severo Ochoa.

#### 14. REGIÓN DE MURCIA

A tenor de la información remitida por la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia, el total de pacientes en espera en primeras consultas en la comunidad era de 27.913 a 31 de diciembre de 2001 (Tabla 71).

TABLA 71. MURCIA. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS.  
TODAS LAS ESPECIALIDADES (31/12/2001)

HOSPITAL	TRAMOS DE ESPERA				TOTAL
	0-30 DÍAS	31-60 DÍAS	61-90 DÍAS	> 90 DÍAS	
HV Arrixaca	6.791	173	54	6	7.024
H. Cartagena	1.588	1.156	26	0	2.770
H. Noroeste	1.122	293	58	0	1.473
H. Yecla	1.526	384	118	51	2.079
H. G. Universitario	514	457	911	189	2.071
H. Los Arcos	n/d	n/d	n/d	n/d	3.233
H. Lorca	n/d	n/d	n/d	n/d	5.758
H. M. Messeguer	3.104	401	0	0	3.505
TOTAL	14.645	2.864	1.167	246	27.913

Fuente: Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia.

En cuanto a técnicas y pruebas diagnósticas los datos remitidos por la Consejería tampoco fueron completos, como consecuencia de carencias en los sistemas de información, resaltando notablemente los amplios períodos de espera en el hospital Virgen de la Arrixaca, de Murcia. Ello justificó la realización de una visita a este centro, el mayor de la comunidad.

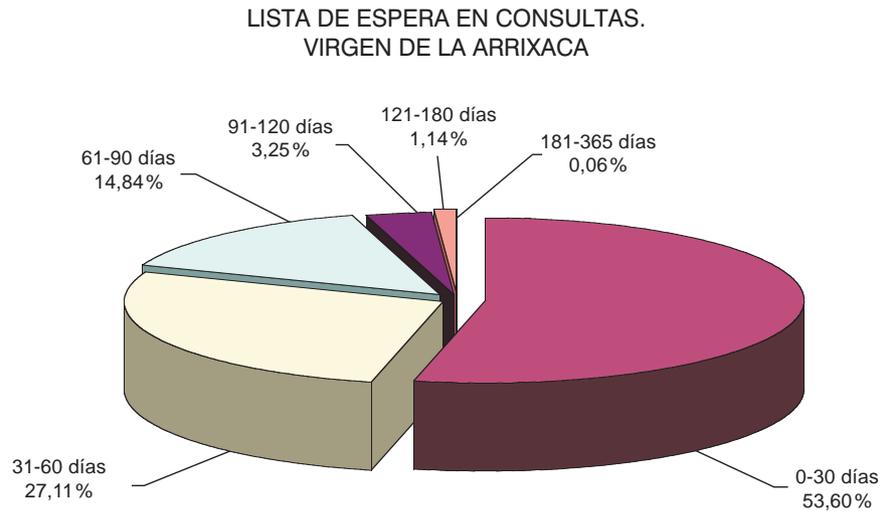
En este hospital, y en primeras consultas, el total de pacientes en espera, a 31 de agosto de 2002, era de 12.161, de los que 7.148 procedían de atención primaria. Por tramos de espera, y sin incluir a los derivados por los centros de salud, había algunos pacientes con demora superior a tres meses, 223 en concreto, si bien el sistema de información no diferenciaba la naturaleza de esta demora (Tabla 72).

TABLA 72. H. VIRGEN DE LA ARRIXACA,  
DE MURCIA. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS  
(31/08/2002)

TRAMOS (DÍAS)	PACIENTES
0-30	2.687
31-60	1.359
61-90	744
91-120	163
121-180	57
181-365	3
TOTAL	5.013

Fuente: Sistema de información hospital Virgen de la Arrixaca.

Estos indicadores, de forma gráfica y porcentual por tramos de espera, eran lo que se detallan a continuación:



Sin perjuicio de lo anterior, el principal problema del hospital Virgen de la Arrixaca residía en técnicas y pruebas diagnósticas, ámbito en el que, a finales de 2001, existía un elevado número de pacientes con demoras superiores al año para la realización de resonancias magnéticas.

Tan excesiva demora dio lugar a que se analizara la evolución de esta lista de espera en el período comprendido entre enero y agosto de 2002, análisis que ofreció una proyección positiva en la medida en que se habían reducido sensiblemente las esperas, especialmente en la prueba de resonancia magnética, en cuya lista figuraban 671 pacientes con demora superior al año en enero de 2002 (Tabla 73).

**TABLA 73. H. VIRGEN DE LA ARRIXACA, DE MURCIA. LISTA DE ESPERA EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (EVOLUCIÓN ENERO-AGOSTO 2002)**

	TRAMOS DE ESPERA						TOTAL
	1-30 DÍAS	31-60 DÍAS	61-90 DÍAS	91-120 DÍAS	121-365 DÍAS	> 365 DÍAS	
<i>ECOGRAFÍAS</i>							
Enero 2002	565	215	323	23	0	0	1.126
Agosto 2002	161	184	96	11	20	0	472
<i>TAC</i>							
Enero 2002	731	239	225	29	1	0	1.225
Agosto 2002	182	268	262	2	3	0	717

TABLA 73. (Cont.)

	TRAMOS DE ESPERA						TOTAL
	1-30 DÍAS	31-60 DÍAS	61-90 DÍAS	91-120 DÍAS	121-365 DÍAS	> 365 DÍAS	
<i>RM</i>							
Enero 2002	374	303	153	211	642	671	2.354
Agosto 2002	153	273	165	2	0	0	593

*Fuente:* Sistema de información hospital Virgen de la Arrixaca.

No obstante lo anterior, todavía persisten amplios períodos de espera en el mencionado hospital en técnicas y pruebas diagnósticas, tal y como se desprende del conjunto de las demoras medias existentes el 25 de septiembre de 2002 (Tabla 74).

TABLA 74. H. VIRGEN DE LA ARRIXACA.  
LISTA DE ESPERA EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (25/9/2002)

SERVICIO	DEMORA (DÍAS)			TRAMOS DE ESPERA (MESES)				
	Pacientes	Media	Máxima	1 a 3	3 a 6	6 a 9	9 a 12	> 12
TAC-Radiología	662	52,5	113	584	78	0	0	0
Ecocardiografías	577	84,4	156	313	264	0	0	0
Reson. M. Nuclear-RX	565	59,0	114	454	111	0	0	0
Ecografías-RX	432	43,4	114	415	17	0	0	0
Electromiografías	420	75,2	161	255	165	0	0	0
Cex. neurofisiología	196	231,6	568	58	13	29	60	36
Radiolog. intervenc.	148	101,0	1.214	71	72	1	1	3
Medicina nuclear	111	27,3	82	111	0	0	0	0
Potenciales evocados	72	45,7	153	67	5	0	0	0
Endoscopias	65	20,3	91	64	1	0	0	0
Cex. Urología	37	44,9	70	37	0	0	0	0
Pruebas urología	30	69,7	117	22	8	0	0	0

*Fuente:* Sistema de información del hospital Virgen de la Arrixaca.

En efecto, los reseñados indicadores revelan que, en términos generales, todavía son excesivas las esperas, destacando las demoras medias de ecocardiogramas (84,4 días) y electromiografías (75,2 días), así como, especialmente, la existencia de pacientes en espera superior a un año para estudios de neurofisiología. Ello da a entender que se deben mantener y, en su caso, potenciar las medidas adoptadas que han permitido reducir sensiblemente la espera en este ámbito.

## 15. COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

La Consejería de Salud del Gobierno de Navarra, en un pormenorizado informe, señaló que el sistema de información no permitía diferenciar la espera estructural de la debida a la libre elección del paciente, así como que a lo largo del año 2001 se había puesto en marcha en el área de Pamplona un sistema de citación de consultas especializadas desde los centros de salud, de modo que los pacientes se registraban en el sistema de citación desde el mismo momento en el que los facultativos de atención primaria formalizaban la derivación al especialista.

A finales de 2001, el total de pacientes en espera de primeras consultas en la Comunidad Autónoma era de 19.560, sobresaliendo en términos positivos los indicadores de tiempo medio de espera (27 días) y de espera media de los pacientes atendidos en el año 2001 (23 días) (Tabla 75).

TABLA 75. NAVARRA. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS (31/12/2001)

	HNA	HVC	CU	HRS	HGO	TOTAL RED
Pacientes	6.245	5.599	2.433	2.250	3.033	19.560
T. medio de espera (días)	23	21	40	24	38	27
Espera media (2001) (días)	20	27	19	n/d	27	23
Espera ordinaria (días)	25	34	27	n/d	32	29
Espera preferente (días)	11	12	10	n/d	20	12
Espera extra (días)	4	7	4	n/d	5	5

HNA: Hospital de Navarra.

HVC: Hospital Virgen del Camino.

CU: Clínica Ubarmin.

HRS: Hospital Reina Sofía de Tudela.

HGO: Hospital García Orcoyen de Estella.

Fuente: Consejería de Salud del Gobierno de Navarra.

En términos porcentuales, y tomando como referencia los pacientes en espera a 31 de enero de 2001, el 80 por 100 de ellos llevaban esperando menos de un mes, el 8 por 100 entre uno y dos meses, el 5 por 100 entre dos y tres meses y el 7 por 100 más de tres meses (Tabla 76).

TABLA 76. NAVARRA. DISTRIBUCIÓN POR TRAMOS DE ESPERA DEL TOTAL DE PACIENTES PENDIENTES DE PRIMERA CONSULTA (31/1/2002)

PACIENTES EN ESPERA	HNA	HVC	CU	HRS	HGO	TOTAL RED
Menos de 15 días	3.973	3.739	1.134	n/d	n/d	8.846
15 a 30 días	1.122	1.420	593	n/d	n/d	3.135

TABLA 76. (Cont.)

PACIENTES EN ESPERA	HNA	HVC	CU	HRS	HGO	TOTAL RED
31 a 60 días	540	578	109	n/d	n/d	1.227
61 a 90 días	279	277	117	n/d	n/d	673
> 90 días	426	225	420	n/d	n/d	1.071
> 120 días	0	0	0	n/d	n/d	0
<i>Porcentaje distribución</i>						
Menos de 15 días	63 %	60 %	48 %	n/d	n/d	59 %
15 a 30 días	18 %	23 %	25 %	n/d	n/d	21 %
31 a 60 días	9 %	9 %	5 %	n/d	n/d	8 %
61 a 90 días	4 %	4 %	5 %	n/d	n/d	5 %
> 90 días	7 %	4 %	18 %	n/d	n/d	7 %

Fuente: Consejería de Salud del Gobierno de Navarra.

Por su mayor interés, se detallan también los plazos en los que se atendieron realmente a los pacientes en consultas a lo largo del año 2001 (Tabla 77).

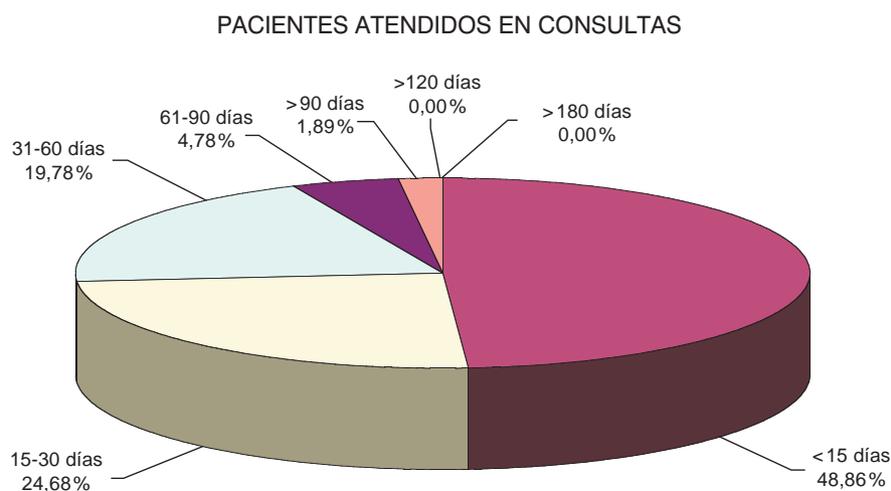
TABLA 77. NAVARRA.  
PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTAS EN EL AÑO 2001

	HNA	HVC	CU	HRS	HGO	TOTAL RED
Menos de 15 días	49.088	32.718	16.887	n/d	12.562	111.255
15 a 30 días	21.417	20.290	7.656	n/d	6.837	56.200
31 a 60 días	13.370	20.614	5.893	n/d	5.162	45.039
61 a 90 días	3.407	4.395	703	n/d	2.369	10.874
> 90 días	1.387	1.416	294	n/d	1.214	4.311
> 120 días						
> 180 días						
TOTAL	88.669	79.433	31.433	n/d *	28.144	227.679
<i>Porcentaje distribución</i>						
Menos de 15 días	55 %	41 %	54 %	n/d	45 %	49 %
15 a 30 días	24 %	26 %	24 %	n/d	24 %	25 %
31 a 60 días	15 %	26 %	19 %	n/d	18 %	20 %
61 a 90 días	4 %	6 %	2 %	n/d	8 %	5 %
> 90 días	2 %	2 %	1 %	n/d	4 %	2 %
> 120 días						
> 180 días						
TOTAL	100 %	100 %	100 %	n/d *	100 %	100 %

Fuente: Consejería de Salud del Gobierno de Navarra.

\* No disponible.

Esta misma información, de forma gráfica, es la que seguidamente se refleja:



Del contenido de la tabla precedente se infiere que un 50 por 100 de los pacientes fueron atendidos en menos de quince días, un 75 por 100 en menos de treinta días y un 94 por 100 en menos de sesenta días. Además, hay que señalar que algunos de los pacientes que habían esperado un tiempo superior al habitual lo hicieron de forma voluntaria, en el marco de la libre elección de especialista.

En técnicas y pruebas diagnósticas, el número total de pacientes en espera en la Comunidad Autónoma era de 5.813 a 31 de diciembre de 2001 (Tabla 78).

**TABLA 78. NAVARRA.  
LISTA DE ESPERA EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (31/12/2001)**

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	HNA	HVC	CU	HTU	HES	AMB	TOTAL RED
Ecografías	69	219	n/p	575	249	533	1.645
Mamografías	266	716	n/p	228	1	n/p	1.211
RMN	941	n/p	n/p	n/p	n/p	143	1.084
TAC	1.221	368	n/p	284	n/p	n/p	1.873
TOTAL	2.497	1.303	n/p	1.087	250	676	5.813

*Fuente:* Consejería de Salud del Gobierno de Navarra.

El tiempo medio de espera en pruebas diagnósticas era de cincuenta días, destacando el relativo a resonancia magnética (103 días) (Tabla 79).

TABLA 79. NAVARRA.  
TIEMPO MEDIO DE ESPERA EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (31/12/2001)

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	HNA	HVC	CU	HTU	HES	AMB	TOTAL RED
Ecografías	21	28	n/p	50	30	18	32
Mamografías	29	42	n/p	106	2	n/p	51
RMN	109	n/p	n/p	n/p	n/p	63	103
TAC	30	29	n/p	50	n/p	n/p	33
TOTAL	59	36	n/p	62	30	28	50

Fuente: Consejería de Salud del Gobierno de Navarra.

## 16. COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

La Consejería de Sanidad del Gobierno Vasco, en un amplio y detallado informe, tras puntualizar que sólo era posible facilitar datos de consultas y pruebas diagnósticas de actividad intrahospitalaria, ya que la extrahospitalaria no estaba informatizada en todos los centros, comunicó que las demoras de los pacientes en lista de espera, en consultas y pruebas diagnósticas, se producían en consultas o pruebas ordinarias, ya que la demora máxima en supuestos urgentes se cifraba en veinticuatro horas y para los preferentes en siete días. Se añadía también que la media de días de espera de los pacientes incluía a los atendidos con carácter ordinario, preferente y urgente, ya que los sistemas no permitían desglosar la información de forma más detallada, circunstancia por la que la demora media de los pacientes en lista de espera se veía modulada por dicha circunstancia.

Teniendo presente lo anterior, el número de pacientes incluidos en lista de espera en las catorce especialidades objeto del estudio se cifraba, a 31 de diciembre de 2001, en 16.116, el tiempo medio de espera de 45,87 días y la espera media de los atendidos en 2001 de 16,36 días (Tabla 80).

TABLA 80. PAÍS VASCO. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS  
ACTIVIDAD INTRAHOSPITALARIA (31/12/2001)

ESPECIALIDAD	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA 2001 (DÍAS)
		> 1 MES	1-3 MESES	> 3 MESES		
C. General	970	792	178	0	33,34	10,96
Ginecología	1.701	907	604	190	44,34	15,76
Oftalmología	4.276	2.349	1.485	442	58,71	21,95
ORL	1.406	1.170	230	6	30,23	11,90
Traumatología	3.102	1.739	1.205	158	51,35	16,30

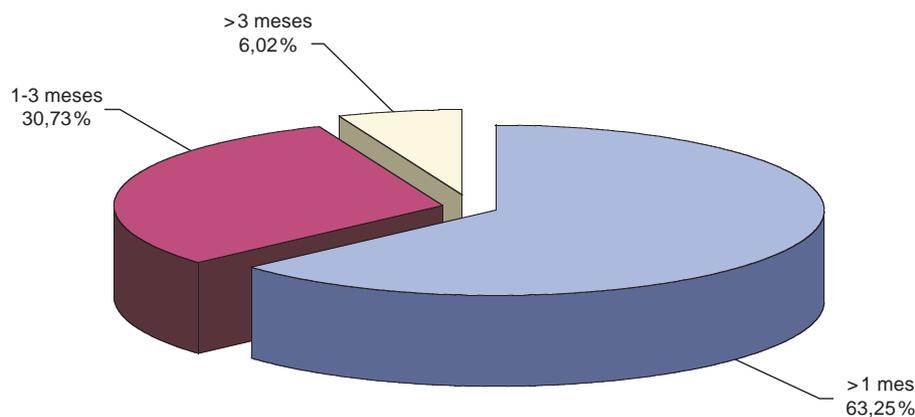
TABLA 80. (Cont.)

ESPECIALIDAD	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA 2001 (DÍAS)
		> 1 MES	1-3 MESES	> 3 MESES		
Urología	440	327	98	15	33,18	10,57
C. Cardíaca	2	2	0	0	0,00	6,96
C. Vascular	991	480	432	79	63,45	30,16
C. Maxilofacial	397	229	114	54	60,49	8,25
C. Pediátrica	353	345	6	2	6,70	11,33
C. Plástica	236	225	10	1	20,02	40,37
C. Torácica	17	17	0	0	3,75	0,82
Neurocirugía	146	123	23	0	21,74	8,79
Dermatología	2.079	1.488	568	23	32,12	14,00
TOTAL RED	16.116	10.193	4.953	970	45,87	16,36

Fuente: Consejería de Sanidad del Gobierno Vasco.

En forma gráfica y porcentual, la lista de espera ofrece el siguiente resultado:

#### ACTIVIDAD INTRAHOSPITALARIA



De estos indicadores se desprende que el 6 por 100 de los pacientes se encontraban en espera superior a tres meses y que los mayores índices de demora media correspondían a las especialidades de cirugía vascular (63,45 días) y de cirugía maxilofacial (60,49 días).

Esta misma información por centros ofrecía sensibles diferencias, según se tratara de uno u otro hospital (Tabla 81).

TABLA 81. PAÍS VASCO. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS.  
ACTIVIDAD INTRAHOSPITALARIA EN TRES HOSPITALES  
(31/12/2001)

ESPECIALIDAD	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA 2001 (DÍAS)
		> 1 MES	1-3 MESES	> 3 MESES		
H. Txagorritxu	2.542	1.586	905	51	56,63	25,94
H. Donostia	1.720	1.155	441	124	26,60	7,84
H. Basurto	967	590	377	0	57,19	25,23

Fuente: Consejería de Sanidad del Gobierno Vasco.

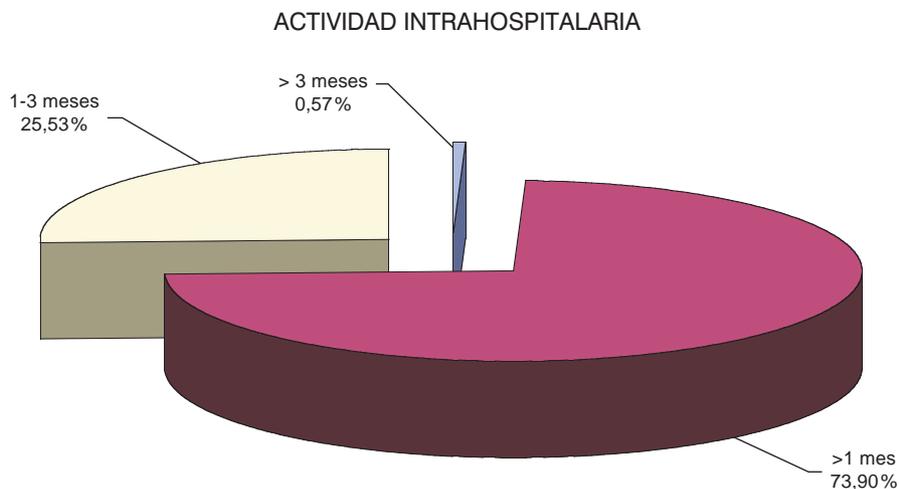
En pruebas complementarias, los pacientes en espera a finales de 2001 y en el ámbito intrahospitalario ascendían a 12.457 pacientes, 71 de ellos (0,57 por 100) con demora superior a tres meses (Tabla 82).

TABLA 82. PAÍS VASCO. LISTA DE ESPERA EN PRUEBAS  
DIAGNÓSTICAS. ACTIVIDAD INTRAHOSPITALARIA  
(31/12/2001)

ESPECIALIDAD	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA 2001 (DÍAS)
		> 1 MES	1-3 MESES	> 3 MESES		
TAC	2.699	2.081	615	3	16,58	14,50
RMN	647	528	119	0	12,00	57,91
Ecogr. Ginecológica	1.434	1.041	378	15	43,44	11,07
Ecogr. Obstetricia	842	832	10	0	7,01	5,45
Ecogr. General	5.900	3.950	1.905	45	39,82	23,65
Mamogr. Diagnóstica	935	774	153	8	12,42	8,83
TOTAL RED	12.457	9.206	3.180	71	29,48	17,41

Fuente: Consejería de Sanidad del Gobierno Vasco.

Desde una óptica gráfica y porcentual, la espera en pruebas diagnósticas es la que se refleja a continuación:



### 17. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA

En la Comunidad Autónoma de La Rioja, los sistemas de información permitían diferenciar la espera consecuencia de la organización de los servicios y medios disponibles de la derivada de razones clínicas o personales. Circunscribiéndonos a la espera de carácter estructural, puede adelantarse que ésta estaba integrada, a 31 de diciembre de 2001, por 3.709 pacientes. La espera total, tanto la estructural como la que no tiene este carácter, era la que se detalla a continuación (Tabla 83).

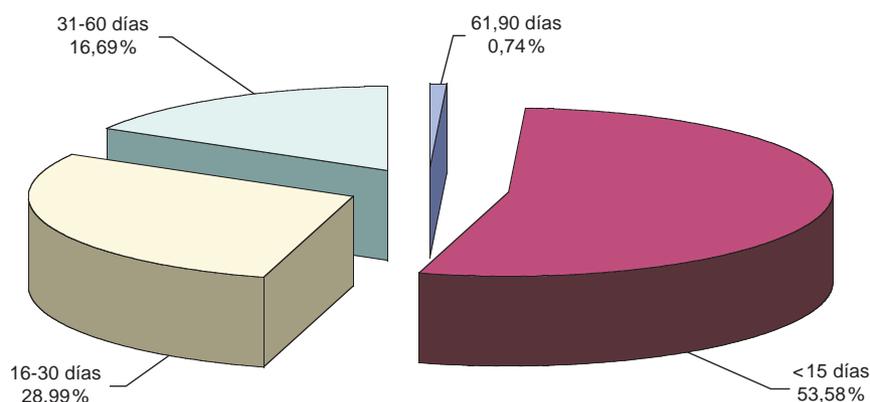
TABLA 83. LA RIOJA. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS (31/12/2001)

HOSPITAL	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			
		< 15 DÍAS	16-30 DÍAS	31-60 DÍAS	61-90 DÍAS
San Millán-San Pedro	3.113	1.867	890	356	0
Fundación Calahorra	1.596	656	475	430	35
TOTAL COMUNIDAD	4.709	2.523	1.365	786	35

Fuente: Consejería de Salud y Servicios Sociales.

Esta misma información, de forma gráfica y porcentual, es la que se detalla seguidamente:

LA RIOJA. LISTA DE ESPERA EN CONSULTAS



En cuanto al tiempo medio de espera del total de los pacientes pendientes de primera consulta y a la espera media de los pacientes atendidos en el año 2001, hay que señalar que éste era de 27 días en ambos supuestos, sin incluir, como se ha indicado, a los pacientes en demora voluntaria o institucional. De ello se deduce que la espera para acceder a primeras consultas era poco significativa.

Análoga situación era la relativa a técnicas y pruebas diagnósticas, como lo demuestra el hecho de que en diciembre de 2001 tampoco existían demoras que excedieran de los 60 días en la comunidad (Tabla 84).

TABLA 84. LA RIOJA.  
LISTA DE ESPERA EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (31/12/2001)

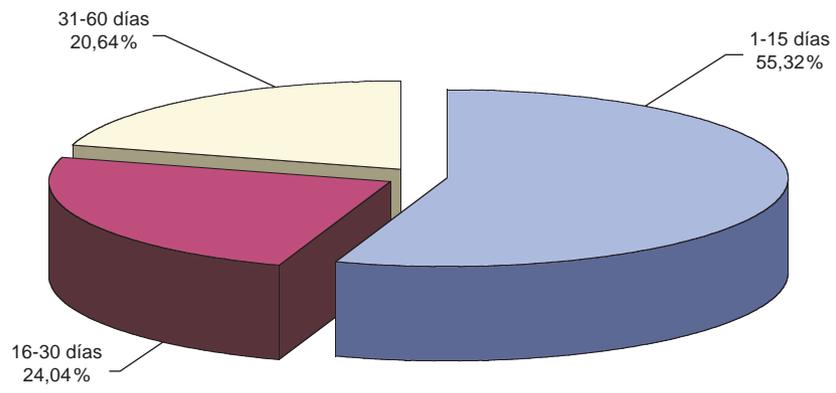
PRUEBAS	PACIENTES EN ESPERA	TRAMOS DE ESPERA EN DÍAS			DEMORA (*) MEDIA (DÍAS)	ESPERA (*) MEDIA (DÍAS)
		1-15	16-30	31-60		
Ecografía	1.407	522	460	425	26	34
Mamografía	415	318	60	37	10	25
RM	97	97	0	0	5	21
TAC	319	301	18	0	17	15
TOTAL	2.238	1.238	538	462	—	—

(\*) Referido exclusivamente al complejo hospitalario San Millán-San Pedro.

Fuente: Sistema de información del complejo hospitalario San Millán-San Pedro.

De forma gráfica y porcentual, la demora en pruebas diagnósticas es la siguiente:

### LISTA DE ESPERA EN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS





CAPÍTULO 6  
EXTENSIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA.  
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS  
PROGRAMADAS



## I. CONSIDERACIÓN GENERAL

Tal y como se ha reflejado en el Capítulo 4 de este estudio, la variabilidad en cuanto a los criterios de cómputo y medida de las listas de espera, según se trate de uno u otro Servicio de Salud, dificulta notablemente una interpretación rigurosa de los tiempos de espera de los pacientes y, por tanto, la determinación y comparación de datos entre regiones.

Teniendo presente esta limitación, en los apartados siguientes se detallan los indicadores de lista de espera quirúrgica programada, facilitados por las administraciones sanitarias, que serán complementados con los obtenidos en las visitas puntuales a centros hospitalarios.

En relación con la información que se refleja en este capítulo debe advertirse nuevamente que los sistemas de información de un representativo número de centros hospitalarios no permitían diferenciar la espera consecuencia de la organización y medios disponibles de la derivada de criterios clínicos o de razones de índole personal. Por ello, la evaluación de la información que se detalla en este capítulo debe efectuarse teniendo en cuenta esta importante precisión.

## II. INFORMACIÓN FACILITADA POR EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD

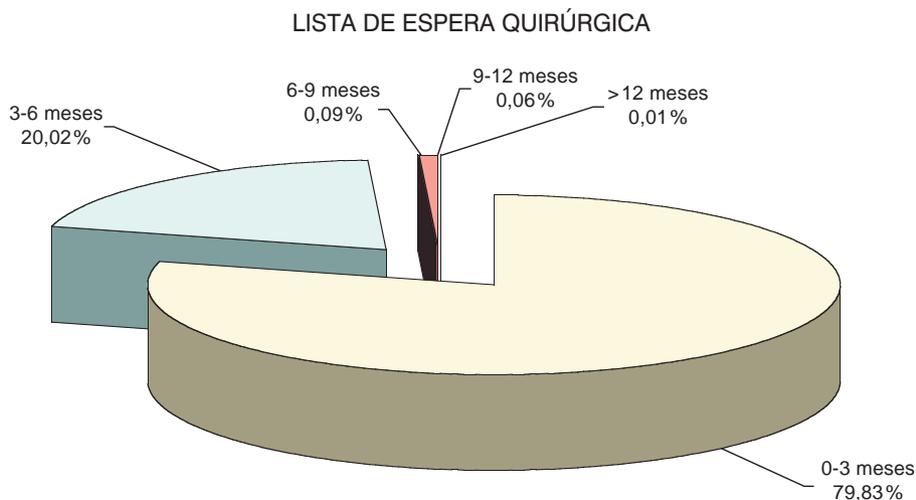
El titular de este organismo expresó que los ficheros de activos reflejaban el total de pacientes pendientes de una intervención quirúrgica, con independencia de que requirieran ingreso y el tipo de anestesia previsto, para la que era necesario el uso de quirófano. Añadía también que los datos disponibles y relativos a la situación existente a 31 de diciembre de 2001 reflejaban un total de 158.883 pacientes en espera en los 78 hospitales con actividad quirúrgica de la red; 241 de ellos llevaban esperando más de seis meses, la mayoría en el hospital central de Asturias (Tabla 1).

TABLA 1. INSALUD. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.  
INFORME DE SITUACIÓN A 31/12/2001

DATOS GLOBALES	PACIENTES	%	INDICADORES DE GESTIÓN	
TOTAL LEQ	158.883	100,00	% pacientes prioridad 1 (preferente)	14,3
De 0 a 3 meses	126.833	79,83	SITUACIÓN FECHA CORTE:	
De 3 a 6 meses	31.809	20,02	— % pacientes en espera por motivos médicos	6,2
De 6 a 9 meses	142	0,09	— % pacientes en parte quirúrgico	2,0
De 9 a 12 meses	89	0,06	— % pacientes derivados a centros concertados	2,1
Más de 12 meses	10	0,01	DEMORA MEDIA (activos)	60
			ESPERA MEDIA (acu. salidas)	92
			PACIENTES EN LE/1.000 HAB.	11,3

Fuente: Insalud.

De forma gráfica, la distribución porcentual de los pacientes en espera era la que seguidamente se representa:



De este informe de situación, de sumo valor por afectar a la población residente en diez comunidades autónomas y en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, pueden destacarse los cinco siguientes indicadores: el porcentaje de pacientes en espera superior a seis meses (0,16 por 100), el porcentaje de los incluidos con prioridad uno (14,3 por 100), el porcentaje de los que estaban en espera por motivos clínicos (6,2 por 100), la demora media (60 días) y la espera media (92 días). En relación con ello, hay que señalar que aproximadamente el 80 por 100 del total de los pacientes en espera lo estaban en el tramo de cero a tres meses.

Estos mismos datos, por especialidades, indicaban que las que más pacientes aglutinaban, con diferencia sobre las demás, eran las de traumatología con 36.126

pacientes (22,7 por 100), oftalmología con 33.101 pacientes (20,8 por 100) y cirugía general y digestivo con 32.597 pacientes (20,5 por 100) (Tabla 2).

**TABLA 2. INSALUD. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA POR ESPECIALIDADES (31/12/2001)**

ESPECIALIDAD	NÚMERO	%
Traumatología	36.126	22,7 %
Oftalmología	33.101	20,8 %
Cirugía General y de Digestivo	32.597	20,5 %
Urología	12.490	7,9 %
Otorrinolaringología	11.319	7,1 %
Ginecología	9.569	6,0 %
Cirugía Plástica	4.754	3,0 %
Angiología/Cirugía Vascular	4.650	2,9 %
Cirugía Pediátrica	4.305	2,7 %
Dermatología	2.929	1,8 %
Cirugía Maxilofacial	2.558	1,6 %
Otros servicios	2.126	1,3 %
Neurocirugía	1.607	1,0 %
Cirugía Cardíaca	473	0,3 %
Cirugía Torácica	279	0,2 %

*Fuente:* Insalud.

En esta línea, y en cuanto a la distribución por diagnósticos, el 50 por 100 del total de la lista de espera correspondía a los quince grupos que seguidamente se enumeran, destacando el procedimiento de catarata (16,6 por 100) como el diagnóstico más frecuente entre los pacientes pendientes de intervención, seguido de los diagnósticos de osteoartrosis (5,4 por 100), hernia inguinal (4,9 por 100) y varices de los miembros inferiores (3,4 por 100) (Tabla 3).

**TABLA 3. INSALUD. RELACIÓN DE GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES EN LEQ (31/12/2001)**

GRUPO	DESCRIPCIÓN	PACIENTES	%
366	Catarata	26.437	16,6 %
715	Osteoartrosis/Enfermedades afines	8.599	5,4 %
550	Hernia inguinal	7.834	4,9 %
454	Venas varicosas de las extremidades inferiores	5.419	3,4 %
717	Trastorno interno rodilla	4.463	2,8 %

TABLA 3. (Cont.)

GRUPO	DESCRIPCIÓN	PACIENTES	%
735	Deformación adquirida de dedo gordo D	4.414	2,8 %
553	Otra hernia abdominal sin mención de obs	3.901	2,5 %
706	Enfermedades de glándulas sebáceas	3.532	2,2 %
574	Colelitiasis	3.489	2,2 %
V25	Atención contraceptiva	2.983	1,9 %
216	Neoplasia benigna de la piel	2.900	1,8 %
727	Otros trastornos de sinovia tendón y bur	2.770	1,7 %
354	Mononeuritis miembro superior y mononeur	2.733	1,7 %
605	Prepucio redundante y fimosis	2.727	1,7 %
600	Hiperplasia prostática	2.166	1,4 %

Fuente: Insalud.

Por comunidades autónomas, tres eran las que contaban con pacientes en espera superior a seis meses, siempre según la información remitida por el Instituto Nacional de la Salud. En concreto, Asturias con 216 (1,79 por 100 del total), Castilla-La Mancha con 18 (0,08 por 100 del total) y Extremadura con 7 (0,05 por 100 del total). Además, hay que significar que las demoras y las esperas medias presentaban acusados desequilibrios, según se tratara de una u otra comunidad autónoma (Tabla 4).

TABLA 4. INSALUD. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (\*) (31/12/2001)

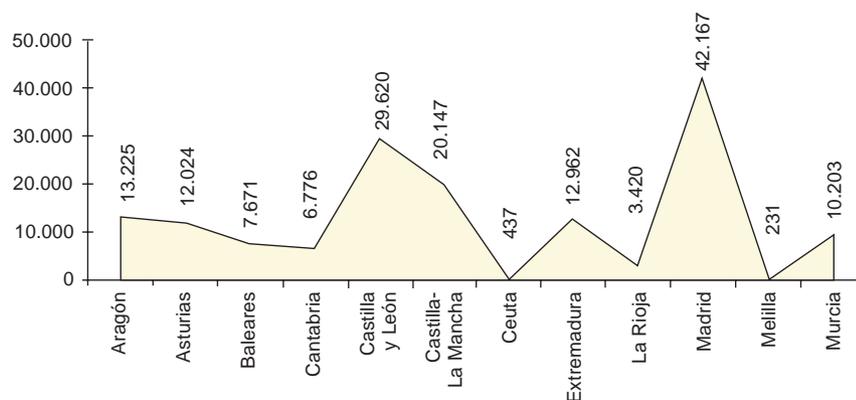
COMUNIDADES	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA					DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)	PACIENTES 1.000 HAB.
		0-3 MESES	3-6 MESES	6-9 MESES	9-12 MESES	MÁS 12 MESES			
Aragón	13.225	9.742	3.483	—	—	—	67	102	11,14
Asturias	12.024	9.686	2.122	118	88	10	62	91	12,49
Baleares	7.671	5.646	2.025	—	—	—	65	75	10,09
Cantabria	6.776	5.101	1.675	—	—	—	64	109	12,85
Castilla y León	29.620	22.772	6.848	—	—	—	63	95	11,81
Castilla-La Mancha	20.147	16.065	4.064	17	1	0	61	95	11,76
Ceuta	437	367	70	—	—	—	48	118	6,35
Extremadura	12.962	10.006	2.949	7	—	—	63	95	12,11
La Rioja	3.420	2.873	547	—	—	—	54	79	12,91
Madrid	42.167	35.776	6.391	—	—	—	54	87	10,50
Melilla	231	223	8	—	—	—	42	62	3,88
Murcia	10.203	8.576	1.627	—	—	—	57	88	11,13
TOTAL	158.883	126.833	31.809	142	89	10	60	92	11,30

(\*) Red propia. Sin incluir hospitales con concierto sustitutorio.

Fuente: Insalud.

La distribución de pacientes en espera quirúrgica por comunidades autónomas ofrece el resultado gráfico que se refleja a continuación:

#### PACIENTES EN ESPERA QUIRÚRGICA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS



Circunscribiéndonos al promedio de días de espera de los pacientes pendientes de intervención, 60 días en el conjunto de la entidad, los mayores índices eran los de Aragón (67 días), Baleares (65 días) y Cantabria (64 días). Respecto a la espera media de los pacientes intervenidos en 2001, 92 días la global, los niveles más altos se centraban en Ceuta (118 días), Cantabria (109 días) y Aragón (102 días), y los menores en Melilla (62 días), Baleares (75 días) y La Rioja (79 días).

Expuesto, si bien de forma resumida, el informe de situación de la lista de espera quirúrgica en el ámbito del Instituto Nacional de la Salud, es necesario recordar que, entre los criterios de gestión de esta entidad, se encontraba el relativo a penalizar con la pérdida de antigüedad en la lista de espera a aquellos pacientes que rechazaran la propuesta de intervención en un centro alternativo. Este mismo criterio se mantiene en un significativo número de servicios de salud, tras la culminación del proceso transferencial de la gestión de la asistencia sanitaria.

### III. INFORMACIÓN FACILITADA POR LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

#### CONSIDERACIÓN GENERAL

En respuesta a la información solicitada por esta Institución a las comunidades autónomas sobre listas de espera estructural en intervenciones quirúrgicas programadas, los organismos responsables de la gestión de la asistencia sanitaria facilitaron indicadores de diversa naturaleza y, por ello, difícilmente sistematizables en un ámbito común.

Entre otras diferencias, puede hacerse mención a que algunos organismos distinguían la espera imputable a la organización de los servicios y medios dis-

ponibles de la derivada de razones clínicas o personales, distinción que no era posible en todos los servicios de salud; que la información de algunas comunidades se refería al conjunto de los centros, en tanto que otras no incluían alguno de ellos, especialmente aquellos sujetos a concierto sustitutorio; que algunos servicios de salud habían implantado programas de garantía quirúrgica, en virtud de los que se ofertaba a los pacientes la atención en un plazo determinado y en centros alternativos, y que en algún caso, en concreto en Cataluña, se aplicaba el criterio de demora técnica (tres meses).

Sobre lo anterior, cabe añadir que no todos los datos se referían a la misma fecha de corte, dado que unos señalaban la situación existente a 31 de diciembre de 2001 y otros a situación en diferentes períodos del año 2002.

Tales circunstancias obstaculizan, si no impiden, establecer una línea transversal, a modo de denominador común, que permita efectuar un análisis comparativo de la realidad de las listas de espera en los diferentes ámbitos territoriales. Y ello con la única finalidad de intentar determinar, a través de una valoración cuantitativa, los aspectos causales que las motivan.

Sin perjuicio de lo anterior, puede adelantarse, a modo de conclusión, la existencia de demoras clínica y socialmente inaceptables, de varios años en algunos casos. Esta conclusión deriva del análisis sistemático de la información proporcionada por las comunidades autónomas y de la obtenida en las visitas realizadas a diferentes centros hospitalarios.

Para ilustrar estas consideraciones, se detalla a continuación la información facilitada por los organismos responsables de la gestión de la asistencia sanitaria en relación con el alcance y extensión de las listas de espera quirúrgica (Tabla 5). Nuevamente debe advertirse sobre la heterogeneidad de los indicadores utilizados por los servicios de salud, al referirse unos a todos los pacientes en espera, y otros solamente a los que esperaban por razones derivadas de la organización de los servicios y de los medios disponibles, así como sobre las sensibles diferencias en los criterios de cómputo y medida de las esperas, extremos de los que se ha dejado constancia en el Capítulo 4 de este estudio.

TABLA 5. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

COMUNIDAD	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)				DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
		0-90	91-180	181-365	> 365		
Aragón	14.973	14.668		305	0	70	93
Asturias (1)	11.470	9.179	2.028	253	10	62	87 (2)
Baleares	7.671	5.646	2.025	0	0	65	75
Canarias (3)	21.689	5.235	2.815	13.639		217	—
Cantabria	6.776	5.101	1.675	0	0	64	102
Castilla-La Mancha	18.990	—	—	—	—	—	—

TABLA 5. (Cont.)

COMUNIDAD	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)				DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
		0-90	91-180	181-365	> 365		
Castilla y León	29.620	22.772	6.848	0	0	63	95
Ceuta	437	367	70	0	0	48	118
Cataluña (4)	34.691	—	—	—	—	90	—
C. Valenciana (5)	2.599	1.451	686	258	204	—	—
Extremadura	12.962	9.865	3.030	67	—	63	89
Galicia	28.982	17.853	9.522	1.607	—	85	—
Madrid (6)	53.552	40.743	11.794	1.015	—	61	78
Melilla	231	223	8	0	0	42	62
Murcia (7)	10.426	8.665	1.761	—	—	57	88
Navarra	5.221	4.353	775	93	0	57	52
País Vasco (1)	13.538	11.451	2.087	0	0	54	79 (2)
Rioja (La) (1)	3.421	2.948	473	0	0	54	92
<b>NÚMERO DE PACIENTES POR TRAMOS (DÍAS)</b>							
		<b>0-60</b>	<b>61-120</b>	<b>121-180</b>	<b>&gt; 180</b>		
Andalucía (8)	51.767	19.145	21.659	10.781	182	78	—

(1) Espera estructural.

(2) Incluidos procesos no atribuibles a la organización de los servicios.

(3) Sin incluir Hospital Universitario de Canarias.

(4) Catorce procedimientos. Tiempo medio de resolución, sin computar la demora técnica (tres meses).

(5) Sólo hospital La Fe, de Valencia.

(6) Sin incluir hospitales El Escorial y Carlos III.

(7) Sin incluir hospitales General Universitario y Los Arcos.

(8) Sin incluir 1.369 pacientes, en suspensión temporal por razones clínicas.

Fuente: CCAA e Insalud en Ceuta y Melilla. Datos a 31/12/2001, excepto en las CCAA de Andalucía (octubre 2002), Aragón (abril 2002), Castilla-La Mancha (mayo 2002), Cataluña, Galicia y Madrid (junio 2002) y C. Valenciana (septiembre 2002).

Del contenido de los indicadores enviados por las comunidades autónomas, y reflejados en la tabla precedente, pueden extraerse dos consideraciones generales:

- En primer lugar, la existencia de pacientes en espera superior a un año en las Comunidades de Asturias, Canarias y Comunidad Valenciana, y a seis meses en Andalucía, Aragón, Extremadura, Galicia, Madrid y Navarra, si bien Extremadura y Navarra no presentaban un número significativo de pacientes. A este respecto, es necesario puntualizar que en las visitas efectuadas a las Comunidades de Baleares, Cantabria, Cataluña, Madrid y Murcia se constataron demoras superiores a un año en algún procedimiento y a seis meses en Castilla-La Mancha y Castilla y León.

En Cataluña el tiempo medio de resolución (demora prospectiva) era de 90 días, sin incluir el tiempo de espera técnica, que se cifraba en tres meses. Computando este último criterio, el tiempo medio de resolución

en Cataluña se situaba en 180 días. De ser ello así, las dos únicas comunidades sin pacientes en espera superior a seis meses serían las del País Vasco y La Rioja, además de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

- En segundo lugar, que las mayores demoras medias correspondían a Canarias (217 días), Galicia (85 días), Andalucía (78 días), Aragón (70 días) y Cataluña (90 ó 180 días, en función del cómputo de la demora técnica). Aun cuando no se ha facilitado la demora media del conjunto de los centros de la Comunidad Valenciana, debe señalarse que esta comunidad presentaba un alto índice, tal y como se desprende de la información obtenida en el hospital La Fe, de Valencia, el mayor de la región, en el que, por ejemplo, la demora media era de 224 días en cirugía plástica, 336 en la unidad de mano y 312 en la unidad de raquis.

Estos datos, ofrecidos en términos absolutos, alcanzan acaso mayor significación si se presentan en términos porcentuales los relativos a los pacientes en espera superior a tres meses (Tabla 6).

TABLA 6. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.  
PACIENTES EN ESPERA SUPERIOR A TRES MESES

COMUNIDAD	TOTAL PACIENTES	PACIENTES > 3 MESES		% PACIENTES > 3 MESES/TOTAL
Aragón	14.973	—		—
Asturias	11.470	2.291		20
Baleares	7.671	2.025		26
Canarias	21.689	16.454		76
Cantabria	6.776	1.675		25
Castilla-La Mancha	18.990	—		—
Castilla y León	29.620	6.848		23
Ceuta	437	70		16
Cataluña	34.691	—		—
C. Valenciana	2.599	1.148		44
Extremadura	12.962	3.097		24
Galicia	28.982	11.129		38
Madrid	53.552	12.809		24
Melilla	231	8		3
Murcia	10.426	1.761		17
Navarra	5.221	868		17
País Vasco	13.538	2.087		15
Rioja (La)	3.421	473		14
		PACIENTES > 2 MESES	PACIENTES > 4 MESES	
Andalucía	51.767	32.622	10.963	63/21

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos facilitados por las comunidades autónomas.

De lo anterior se desprende que el mayor porcentaje de pacientes en espera superior a tres meses correspondía a la Comunidad de Canarias (76), Comunidad Valenciana (44), Galicia (38) y Andalucía (63 ó 21, según se computen los pacientes en espera superior a dos o cuatro meses). Por el contrario, las comunidades o ciudades autónomas que presentaban un menor porcentaje eran las de Melilla (3), La Rioja (14), País Vasco (15), Ceuta (16) y Navarra y Murcia (17).

Aun cuando no se dispone de datos globales al respecto, las Comunidades Autónomas de Aragón y, especialmente, Cataluña presentaban unos altos porcentajes de pacientes en espera superior a tres meses. Basta recordar, en este sentido, que la demora media en Cataluña era precisamente de tres meses, sin computar el tiempo de espera técnica, y de 70 días en Aragón.

En el marco de esta semblanza general, y por su indudable interés, en la medida en que permite apreciar la presencia de posibles ineficiencias, que pueden pasar desapercibidas en una valoración general del conjunto de procesos, se analizan también los tiempos medios de espera en los procesos más frecuentes, en función de los datos disponibles. A tal fin se utilizan los indicadores elaborados por las comunidades autónomas, remitiéndonos al mayor de los hospitales de la región, cuando no se disponga de datos referentes a la totalidad de los centros del Servicio de Salud del que se trate (Tabla 7).

Tomando como referencia los tiempos medios de espera, indicador que se ha obtenido en mayor medida que el relativo al de espera media, y el tiempo medio de resolución en Cataluña, puede afirmarse también que existían demoras inaceptables, superiores a doscientos y a quinientos días en algunos casos. Estos índices adquieren todavía una mayor dimensión si se considera que el tiempo medio de espera es el tiempo promedio, expresado en días, que llevan esperando los pacientes pendientes de intervención, desde la fecha de entrada en el registro hasta la fecha final del período de estudio. Por ello, demoras superiores a doscientos y quinientos días pueden representar que un significativo número de pacientes deban esperar varios años hasta que se les presta la atención que precisan.

TABLA 7. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. PROCEDIMIENTOS MÁS FRECUENTES

COMUNIDAD	CATARATAS		HERNIA INGUINAL/ CRURAL		PRÓTESIS DE CADERA		PRÓTESIS DE RODILLA		ARTROSCOPIA	
	PACIENTES	TME	PACIENTES	TME	PACIENTES	TME	PACIENTES	TME	PACIENTES	TME
Andalucía	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Aragón (1)	2.670	82	340	60	189	83	455	78	299	74
Asturias	1.617	59	725	66	297	60	306	62	335	58
Baleares	1.149	54	285	74	—	—	—	—	—	—
Canarias	4.711	175	717	150	940 (2)	184	—	—	1.007	246
Cantabria (3)	692	84	171	63	141	82	200	104	101	106
Cast.-La Mancha (4)	482	40	199	56	43	36	123	44	68	41
Castilla y León (5)	1.110	71	354	79	257	83	124	83	—	—
Cataluña (6)	10.306	76	1.968	47	2.384	133	8.899	503	2.045	89
Ceuta	55	47	19	35	23	68	142	—	—	—
C. Valenciana	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Extremadura	1.593	67	365	50	348 (2)	72	48	—	—	—
Galicia	3.548	69	1.039	77	646	71	624	76	937	81
Madrid	9.356	62	2.618	52	2.374 (2)	75	112	—	1.605	63
Melilla	33	37	—	—	5	50	161	—	—	—
Murcia (7)	289	49	201	80	92	85	109	85	81	97
Navarra (8)	638	66	241	40	117	36	36	76	255	59
País Vasco	2.581	49	1.090	54	479	65	77	70	892	59
Rioja (La) (9)	240	42	201	41	113	81	143	80	164	85

TABLA 7. (Cont.)

COMUNIDAD	VARICES MM. II.			COLELITIASIS			HALLUX VALGUS			ADENO-AMIGDALECTOMÍA			H. BENIGNA DE PRÓSTATA		
	PACIENTES	TME	EM	PACIENTES	TME	EM	PACIENTES	TME	EM	PACIENTES	TME	EM	PACIENTES	TME	EM
Andalucía	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Aragón (1)	537	96	—	72	75	—	226	63	—	159	70	—	—	—	—
Asturias	675	92	91	241	64	111	203	58	98	172	49	116	167	76	88
Baleares	215	67	117	230	85	130	164	67	100	—	—	—	—	—	—
Canarias	681	190	—	462	240	—	292	250	—	649	223	—	156	226	—
Cantabria (3)	485	150	100	61	67	143	73	74	166	12	41	205	12	41	99
Cast.-La Mancha (4)	163	72	158	94	50	109	146	46	101	39	52	110	25	35	97
Castilla y León (5)	296	83	148	119	88	113	190	88	138	—	—	—	88	57	123
Cataluña (6)	3.666	126	—	1.019	46	—	—	—	—	599	39	—	400	36	—
Ceuta	13	42	120	19	57	106	10	57	36	26	21	132	13	45	138
C. Valenciana	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Extremadura	179	75	98	167	54	111	186	59	87	177	65	72	216	60	101
Galicia	1.562	74	—	170	70	—	489	75	—	761	85	—	274	68	—
Madrid	1.759	76	111	1.132	56	78	1.590	62	91	1.260	62	91	—	—	—
Melilla	—	—	—	—	—	—	7	68	134	12	41	72	—	—	—
Murcia (7)	83	76	44	—	—	—	69	79	68	—85	88	51	—	—	—
Navarra (8)	175	52	45	92	44	75	173	67	84	116	—	—	16	41	58
País Vasco	704	57	86	104	48	40	447	61	89	264	41	62	214	44	65
Rioja (La) (9)	90	55	112	41	39	87	67	74	132	29	42	100	79	82	122

TME: Tiempo Medio de Espera. EM: Espera Media. Período datos: igual Tabla 5. (1) Provincia de Zaragoza. (2) En conjunto, cadera y rodilla. (3) H. Marqués de Valdecilla (septiembre 2002). (4) C. H. de Albacete. (5) C. H. de Salamanca. (6) Tiempo medio de resolución, sin incluir tiempo de demora técnica. (7) H. Virgen Arrixaca, de Murcia. (8) TM referido al H. de Navarra. (9) No incluida Fundación Calahorra.

Fuente: CCAA e Insalud (Ceuta y Melilla).

La relevancia de estos indicadores exige subrayar de forma particularizada cada uno de ellos en las diferentes comunidades autónomas. Así, los mayores y menores tiempos medios de espera se producían en los siguientes ámbitos territoriales:

- Procedimiento de catarata. Mayor demora: Canarias (175 días) y Cantabria (84 días). Menor demora: Melilla (37 días), La Rioja (42 días), Ceuta (47 días) y País Vasco (49 días).
- Procedimiento de hernia inguinal/crural. Mayor demora: Canarias (150 días) y Murcia (80 días). Menor demora: Ceuta (35 días) y Navarra (40 días).
- Procedimiento de prótesis de cadera. Mayor demora: Canarias (184 días). Menor demora: Navarra y Castilla-La Mancha (36 días).
- Procedimiento de prótesis de rodilla. Mayor demora: Canarias (184 días) y Cantabria (104 días). Menor demora: Asturias (62 días) y País Vasco (70 días).
- Procedimiento de artroscopia. Mayor demora: Canarias (246 días) y Cantabria (106 días). Menor demora: Castilla-La Mancha (41 días), Asturias (58 días) y Navarra y País Vasco (59 días).
- Procedimiento de varices. Mayor demora: Canarias (190 días) y Cantabria (150 días). Menor demora: Ceuta (42 días), Navarra (52 días), La Rioja (55 días) y País Vasco (57 días).
- Procedimiento de coleditiasis. Mayor demora: Canarias (240 días) y Castilla y León (88 días). Menor demora: La Rioja (39 días), Navarra (44 días) y País Vasco (48 días).
- Procedimiento de *hallux valgus*. Mayor demora: Canarias (250 días) y Castilla y León (88 días). Menor demora: Ceuta (57 días) y País Vasco (61 días).
- Procedimiento de adeno-amigdalectomía. Mayor demora: Canarias (223 días) y Murcia (88 días). Menor demora: Ceuta (21 días), País Vasco, Cantabria y Melilla (41 días) y La Rioja (42 días).
- Procedimiento de hiperplasia benigna de próstata. Mayor demora: Canarias (226 días) y La Rioja (82 días). Menor demora: Castilla-La Mancha (35 días) y Cantabria y Navarra (41 días).

Una mención especial debe concederse a la situación en Cataluña, donde, como se ha indicado, la demora expresada lo ha sido bajo el concepto de tiempo medio de resolución que, según la información facilitada en las visitas efectuadas a centros hospitalarios de la Comunidad, representa el número de días o meses en que se tardaría en absorber el total de pacientes pendientes, con una actividad media similar a la del último período que se analice.

A este respecto, es necesario reiterar que, en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud, se ha establecido un período de demora técnica, tres meses desde la indicación clínica, para el cómputo de la espera quirúrgica.

Siendo ello así, y tomando como referencia el tiempo transcurrido desde la indicación clínica de la intervención hasta el tiempo previsto de resolución, es decir, sin computar la demora técnica de tres meses, el tiempo medio de resolución se cifraría en 166 días en el procedimiento de catarata; de 137 en hernias; de 223 en prótesis de cadera; de 598 en prótesis de rodilla; de 179 en artroscopia; de 216 en varices de miembros inferiores; de 136 en colelitiasis; de 129 en adeno-amigdalectomía, y de 126 en hiperplasia benigna de próstata. De ser ello así, y en función de los datos facilitados por las comunidades autónomas, la espera en Cataluña se situaría en el vértice superior de la demora en el conjunto del Sistema Nacional de Salud en los procedimientos de prótesis de cadera, prótesis de rodilla y de varices.

Estos indicadores representan que los tiempos medios de resolución en los procedimientos de catarata, hernias, colelitiasis, adeno-amigdalectomía e hiperplasia benigna de próstata se aproximan a la espera media del conjunto de los servicios de salud, en tanto que el resto de los procedimientos, especialmente el de prótesis de rodilla, se sitúan muy por encima de dicha media.

Por último, y en relación con las citadas demoras máximas y mínimas, debe advertirse que en las mismas no se han computado las Comunidades de Andalucía y de Valencia al no haber facilitado referencia alguna al respecto. No obstante, puede adelantarse que en ambas comunidades, sobre todo en la valenciana, existían pacientes en espera superior a un año en algunos de los procesos más frecuentes antes mencionados.

Expuesta la situación de la lista de espera quirúrgica desde una óptica global o de conjunto, se procede a continuación a detallar la situación en cada una de las comunidades autónomas, en función de la información disponible.

## 1. *COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA*

En relación con esta comunidad, es obligado comenzar haciendo mención al Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, de la Junta de Andalucía, mediante el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el sistema sanitario público. Este decreto determina que las intervenciones quirúrgicas para la atención de los procedimientos en él relacionados deberán realizarse en un plazo no superior a 180 días naturales, contados desde la fecha de presentación por el paciente, o persona autorizada para ello, del documento de inscripción en el registro de demanda quirúrgica del sistema sanitario público. El reglamento dispone también que la Administración sanitaria podrá ofertar cualquiera de los centros del sistema público o centros concertados, a fin de garantizar el tiempo máximo de respuesta.

Una especial referencia merece también la Circular 2/2002, de 7 de marzo, del Servicio Andaluz de Salud, mediante la que se establecen indicaciones qui-

rúrgicas explícitas en relación con procedimientos contemplados en el mencionado decreto. Esta definición de criterios clínicos se efectuó tras un proceso de consultas y acuerdos con las sociedades científicas. En todo caso, en aquellos supuestos en los que los pacientes rechazan la alternativa propuesta en el marco de la referida garantía de plazos, éstos permanecen en la lista de espera de su centro de referencia con la antigüedad inicial.

En cuanto a los criterios de gestión, la entrada en vigor del repetido decreto promovió que el nuevo sistema de información incorpore a todos los pacientes desde el primer día de su inscripción en el registro, aun cuando no se hayan efectuado los estudios preoperatorios o anestésicos, figurando los pacientes que no aparecían en el anterior sistema de información por considerarse que estaban en demora técnica (de 0 a 60 días), así como diferenciar y excluir de la lista de espera a aquellos pacientes que se encuentran en situación de suspensión temporal por no estar indicada clínicamente su intervención.

En relación con la extensión de la lista de espera quirúrgica en Andalucía, cabe comenzar señalando que, a 1 de octubre de 2002, el total de pacientes en espera era de 51.767, sin incluir 1.369 pacientes que se encontraban en el registro en situación de suspensión temporal. De estos pacientes, 10.781 (21 por 100 del total) se encontraban en espera superior a cuatro meses y 182 (0,35 por 100 del total) a seis meses (Tabla 8).

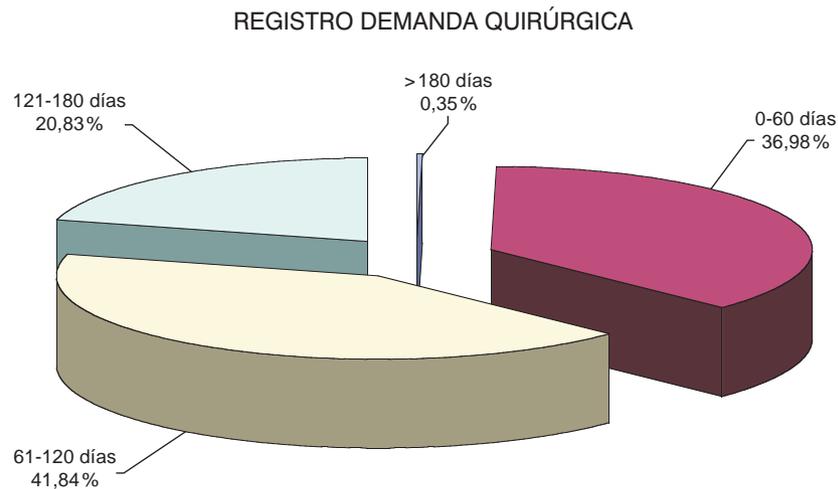
TABLA 8. ANDALUCÍA. PACIENTES TOTALES INSCRITOS  
EN EL REGISTRO DE DEMANDA QUIRÚRGICA  
(1/10/2002)

	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)				DEMORA MEDIA (DÍAS)	PACIENTES/ 1.000 HAB.
		0-60 (DEMORA TÉCNICA)	61-120	121-180	> 180		
Pacientes en el registro de demanda quirúrgica	51.767 (*)	19.145	21.659	10.781	182	78	6,99
	TOTAL PACIENTES	PACIENTES TRAMOS DE ESPERA				DEMORA MEDIA (DÍAS)	
		0-60 (DEMORA TÉCNICA)	61-120	121-180	> 180		
Procedimientos Decreto	39.554	14.482	16.936	8.092	44	78	
Procedimientos ex- cluidos del Decreto	12.213	4.663	4.723	2.689	138	79	

(\*) No están incluidos 1.369 pacientes como consecuencia de circunstancias derivadas de su proceso asistencial.

Fuente: Consejería de Salud.

De forma gráfica, la distribución porcentual de la demanda quirúrgica en Andalucía era la que seguidamente se reproduce:



Tal y como se refleja en la tabla precedente, del total de pacientes en lista de espera, 39.554 presentaban procesos incluidos en el decreto de garantía de plazos y 12.213 procesos excluidos de tal garantía. Innovación, respecto a otros servicios de salud, es la exclusión del registro quirúrgico de aquellos pacientes que se encuentran en situación de suspensión temporal, por no estar indicada clínicamente la intervención.

La comparación de estos datos con la situación existente a 1 de enero de 2002 (1.152 pacientes en espera superior a seis meses y 92 días de demora media) evidencia el notable esfuerzo realizado para la reducción de esta lista. No obstante ello, el bloque de pacientes en espera superior a cuatro meses (21 por 100) y la demora media (78 días) existentes en octubre de 2002 todavía situaban a Andalucía entre las comunidades con indicadores más significativos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Por especialidades, y en el marco del decreto de garantías, las que contaban con mayor número de pacientes eran cirugía general, oftalmología y traumatología. Las demoras medias más significativas se producían en cirugía maxilofacial (93 días), cirugía pediátrica (88 días) y traumatología (86 días) (Tabla 9).

TABLA 9. ANDALUCÍA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA POR ESPECIALIDADES

ESPECIALIDAD	TOTAL PACIENTES	DEMORA MEDIA (DÍAS)	% SOBRE TOTAL
Cirugía General	10.297	76	26,03
Oftalmología	9.281	74	23,46
Traumatología	8.715	86	22,03
Otorrinolaringología	3.972	81	10,04
Urología	2.246	71	5,68
Ginecología	2.130	70	5,39
C. Pediátrica	882	88	2,23
Dermatología	559	63	1,41
Neurocirugía	485	81	1,23
Angiología/C. Vascular	303	79	0,77
C. Plástica	289	69	0,73
C. Cardiovascular	253	86	0,64
C. Maxilofacial	125	93	0,32
C. Torácica	17	49	0,04
ANDALUCÍA	39.554	78	100,00

Fuente: Consejería de Salud.

Por provincias, y refiriéndonos exclusivamente a los pacientes en espera con procesos sujetos a garantía de plazos, la mayor demora media, a 1 de octubre de 2002, se situaba en los hospitales de Córdoba (88 días) y Almería (86 días) (Tabla 10).

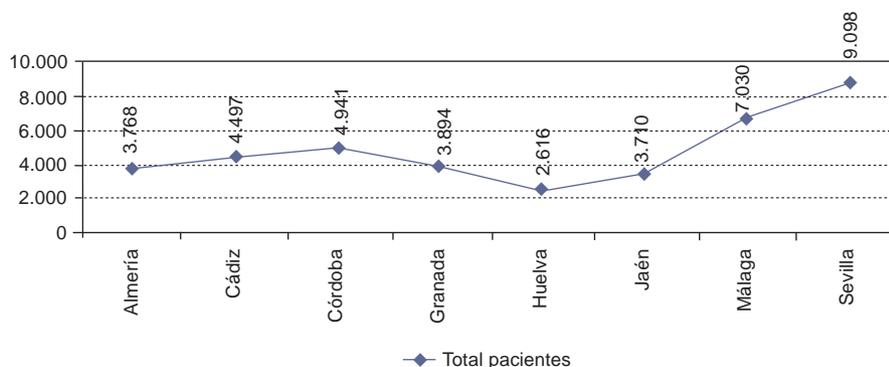
TABLA 10. ANDALUCÍA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN EL DECRETO DE GARANTÍA DE PLAZOS (1/10/2002)

PROVINCIA	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA				DEMORA MEDIA (DÍAS)
		0-60 DÍAS	61-120 DÍAS	121-180 DÍAS	> 180 DÍAS	
Almería	3.768	1.214	1.530	1.024	0	86
Cádiz	4.497	1.886	1.767	844	0	72
Córdoba	4.941	1.315	2.448	1.136	42	88
Granada	3.894	1.551	1.607	735	1	72
Huelva	2.616	903	1.205	508	0	80
Jaén	3.710	1.711	1.576	423	0	66
Málaga	7.030	2.714	2.921	1.395	0	76
Sevilla	9.098	3.188	3.882	2.027	1	80
ANDALUCÍA	39.554	14.482	16.936	8.092	44	78

Fuente: Consejería de Salud.

La distribución de los pacientes en espera en las distintas provincias de Andalucía ofrece la representación gráfica que se detalla a continuación:

#### ANDALUCÍA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA



Computando únicamente los procedimientos no incluidos en el decreto de garantía de plazos, las mayores demoras se presentaban también en los centros de Almería (86 días) y Córdoba (97 días) (Tabla 11).

TABLA 11. ANDALUCÍA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. PROCEDIMIENTOS EXCLUIDOS DEL DECRETO DE GARANTÍA DE PLAZOS (1/10/2002)

PROVINCIA	TOTAL PACIENTES	DEMORA MEDIA (DÍAS)
Almería	1.029	86
Cádiz	2.420	74
Córdoba	946	97
Granada	1.327	65
Huelva	679	76
Jaén	942	73
Málaga	2.407	77
Sevilla	2.463	85
ANDALUCÍA	12.213	79

Fuente: Consejería de Salud.

En esta línea de aproximación a la lista de espera quirúrgica en Andalucía se aportan seguidamente diversos datos relativos a los complejos hospitalarios Reina Sofía, de Córdoba, y Torrecárdenas, de Almería.

En el primero de estos centros, y a fecha 29 de octubre de 2002, figuraban en el registro de demanda quirúrgica 110 pacientes que habían sido incluidos en listas de espera con anterioridad a 27 de marzo de 2002. De estos pacientes,

21 estaban pendientes de intervención quirúrgica (el más antiguo en espera desde el 21 de agosto de 2001) y habían rechazado la garantía establecida en el reseñado reglamento. El resto se encontraban sometidos a reevaluación clínica o bien habían mostrado su negativa a la intervención programada.

En el segundo de los hospitales, el 30 de octubre de 2002 figuraban en el registro de demanda quirúrgica 875 pacientes sin garantía de plazos, bien por haber rechazado la alternativa propuesta, bien por tratarse de procedimientos no amparados por el decreto de garantías. De estos 875 pacientes pendientes de intervención, 118 llevaban en espera entre cuatro y cinco meses, 86 entre cinco y seis meses y 12 más de seis meses.

## 2. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

Según la información facilitada por la Consejería de Salud del Gobierno de Aragón, el número de pacientes en la Comunidad Autónoma incluidos en lista de espera quirúrgica, a 1 de abril de 2002, era de 14.973, de ellos 305 con demora superior a seis meses. La demora media en la indicada fecha era de 70 días y la espera media de 93 (Tabla 12).

TABLA 12. ARAGÓN. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (1/4/2002)

HOSPITAL	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA		TASA/ 1.000 HAB.	DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
		0-6 MESES	> 6 MESES			
Miguel Servet	6.956	6.720	236	13,30	76	103
Clínico Universitario	3.058	3.032	26	11,90	65	115
Ernest Lluch	450	450	0	7,66	43	65
TOTAL ZARAGOZA	10.464	10.202	262	12,47	72	97
Huesca	1.548	1.548	0	14,90	70	95
Barbastro	1.141	1.141	0	11,11	62	78
PROVINCIA DE HUESCA	2.689	2.689	0	13,02	67	86
Teruel	1.196	1.162	34	14,89	70	89
Alcañiz	624	615	9	9,90	36	68
PROVINCIA DE TERUEL	1.820	1.777	43	12,69	69	85
ARAGÓN	14.973	14.668	305	12,59	70	93

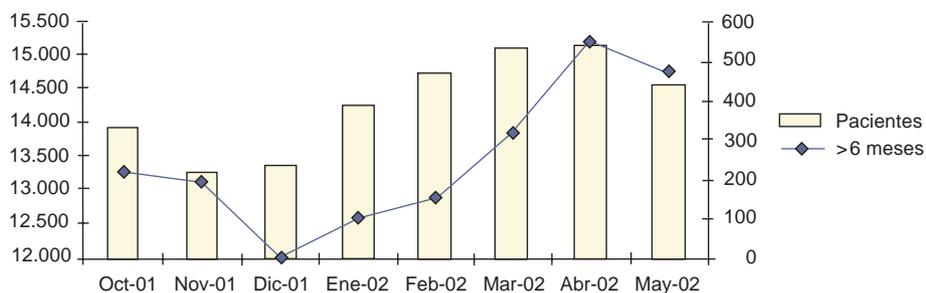
Fuente: Consejería de Salud, Consumo y Servicios Sociales.

En torno a la demora quirúrgica en Aragón, la mencionada Consejería puntualizó que en su análisis e interpretación incidían aspectos relacionados con la calidad de la información, poniendo de manifiesto, entre otros aspectos, la mala calidad en la codificación de los procesos y la ausencia de criterios e indicaciones de priorización clínica explícitos, de modo que no resultaba fácil evaluar qué pacientes en espera presentaban una mayor prioridad en la actuación. Se

añadía también que los principales procesos en lista de espera no revestían, en principio, gravedad, si bien presentaban una notable carga de dolor y de discapacidad.

La evolución de la lista de espera quirúrgica en los últimos meses del año 2001 y en los cinco primeros de 2002, último período del que se dispone de datos, muestra un progresivo incremento del número de pacientes pendientes de tratamiento, tal y como se refleja en el siguiente gráfico:

EVOLUCIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA



En relación con lo anterior, debe advertirse que una rigurosa interpretación de la evolución de la lista de espera requiere que el análisis comparativo entre varios ejercicios se efectúe tomando como referencia el mismo período en cada uno de ellos.

Similar tendencia se producía en los tiempos de espera superior a seis meses en intervenciones programadas, que igualmente habían experimentado un aumento en los cinco primeros meses de 2002. Así se desprendía también de las visitas efectuadas, a finales de mayo de 2002, a los hospitales Miguel Servet, de Zaragoza, y Obispo Polanco, de Teruel. Según los sistemas de información de estos centros, en ninguno de ellos existían pacientes con demoras superiores a seis meses a 31 de diciembre de 2001, situación que difería sensiblemente cinco meses después.

En este sentido, y a título meramente de ejemplo, cabe significar que el 22 de mayo de 2002 y en el hospital Miguel Servet figuraban 20 pacientes en espera superior a seis meses, el más antiguo de ellos desde el 5 de octubre de 2001, en la especialidad de otorrinolaringología; 32 pacientes, el más antiguo desde el 9 de octubre de 2001, en traumatología, y 256 pacientes, el más antiguo incluido en la lista el 4 de septiembre de 2001, en oftalmología.

Análoga situación, aunque en menor medida, se producía en el hospital Obispo Polanco, donde el 28 de mayo de 2002 había 37 pacientes en espera superior a seis meses en la especialidad de traumatología, el más antiguo desde el 11 de septiembre de 2001, es decir, una demora superior a ocho meses.

En esta línea de exposición puede indicarse también que a 31 de marzo de 2002 el total de pacientes en espera quirúrgica en el hospital Miguel Servet era de 6.956, con una demora media de 76,46 días, seis días superior al existente a finales de diciembre de 2001 (Tabla 13).

TABLA 13. H. MIGUEL SERVET, DE ZARAGOZA.  
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (31/03/2002)

SERVICIO	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA (EN MESES)				DEMORA MEDIA (DÍAS)
		0-6	%	6-9	%	
ACV	307	266	86,64	41	13,36	103,56
CCA	81	81	100,00	0	0,00	49,30
CGD	485	475	97,94	10	2,06	60,02
CMF	157	135	85,99	22	14,01	101,37
CPE	747	720	96,39	27	3,61	82,50
CPL	250	248	99,20	2	0,80	63,74
CTO	17	17	100,00	0	0,00	12,71
GIN	268	267	99,63	1	0,37	48,57
NRC	83	83	100,00	0	0,00	53,07
OFT	2.048	1.958	95,61	90	4,39	88,28
ORL	473	464	98,10	9	1,90	78,97
TRA	1.678	1.644	97,97	34	2,03	70,25
URO	362	362	100,00	0	0,00	54,80
TOTAL	6.956	6.720	96,61	236	3,39	76,46

Fuente: Consejería de Salud, Consumo y Servicios Sociales.

Entre las demoras medias destacaban significativamente la de las especialidades de angiología/cirugía vascular (104 días) y cirugía maxilofacial (101 días).

En el hospital Obispo Polanco, los pacientes en espera en abril de 2002 ascendían a 1.098, con una demora media de 71 días, siete días más que la relativa al 31 de diciembre de 2001.

### 3. PRINCIPADO DE ASTURIAS

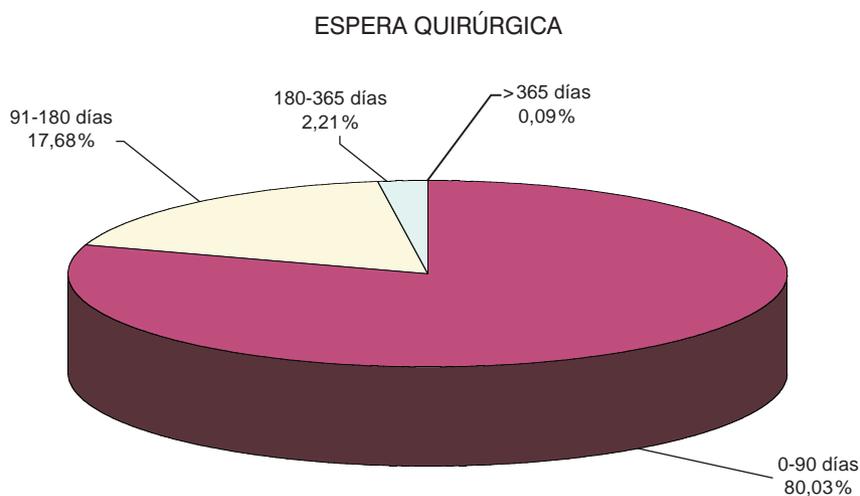
La información facilitada por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios hacía mención al total de pacientes pendientes de intervención a finales de 2001, excluyendo aquellos en espera por patologías intercurrentes o por demora voluntaria. El tiempo medio de espera en la indicada fecha era de 62,30 días y la espera media, en la que se computan todas las bajas definitivas por intervención y, por tanto, también la espera estructural, de 86,66 días (Tabla 14).

TABLA 14. ASTURIAS. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (31/12/2001)

TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)				DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
	0-90	91-180	181-365	> 365		
11.470	9.179	2.028	253	10	62	87

Fuente: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

En términos porcentuales, la distribución de los pacientes por tramos de espera es la que se refleja a continuación de forma gráfica:



Esta misma información, desglosada por procesos más frecuentes en lista de espera, ponía de relieve sensibles deferencias según se tratara de uno u otro procedimiento (Tabla 15).

TABLA 15. ASTURIAS. PROCESOS MÁS FRECUENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (31/12/2001)

PROCEDIMIENTO	TOTAL PACIENTES (*)	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)				DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA (**) MEDIA (DÍAS)
		0-90	91-180	181-365	> 365		
Catarata	1.617	1.352	253	12	0	59	103
Hernia inguinal	725	579	136	10	0	66	118
Prótesis cadera	297	238	58	1	0	60	107
Prótesis rodilla	306	241	64	1	0	62	109
Artroscopia	335	273	59	3	0	58	105
Varices	675	440	163	70	2	92	91
Colelitiasis	241	196	40	5	0	64	111

TABLA 15. (Cont.)

PROCEDIMIENTO	TOTAL PACIENTES (*)	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)				DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA (**) MEDIA (DÍAS)
		0-90	91-180	181-365	> 365		
Sinus pilonidal	127	98	27	2	0	66	118
<i>Hallux valgus</i>	203	167	36	0	0	58	98
S. túnel carpiano	165	140	24	1	0	55	95
Adeno-amigdalec.	172	160	11	1	0	49	116
H. próstata	167	113	53	1	0	76	88

(\*) Espera estructural.

(\*\*) Todas las bajas por intervención.

Fuente: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

Estos indicadores, referidos al conjunto de centros del Principado de Asturias, adquieren una mayor significación si se analizan exclusivamente los referidos al Hospital Central de Asturias, el mayor centro y con más demora en la comunidad (Tabla 16).

TABLA 16. H. CENTRAL DE ASTURIAS. PROCESOS MÁS FRECUENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (31/12/2001)

PROCEDIMIENTO	TOTAL PACIENTES (*)	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)				DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA (**) MEDIA (DÍAS)
		0-90	91-180	181-365	> 365		
Catarata	526	418	96	12	0	71	110
Hernia inguinal	306	239	59	8	0	77	117
Prótesis cadera	78	63	14	1	0	63	98
Prótesis rodilla	113	94	19	0	0	61	94
Artroscopia	109	93	13	3	0	61	89
Varices	465	248	145	70	2	111	152
Colelitiasis	105	79	21	5	0	78	115
Sinus pilonidal	55	40	13	2	0	79	133
<i>Hallux valgus</i>	35	27	8	0	0	67	78
S. túnel carpiano	35	29	5	1	0	65	75
Adeno-amigdalec.	51	46	4	1	0	56	135
H. próstata	49	36	12	1	0	81	98

(\*) Espera estructural.

(\*\*) Todas las bajas por intervención.

Fuente: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

De lo anterior se deduce que los procedimientos en los que la demora y espera medias eran más altas y que afectaban a pacientes en espera superior a seis meses eran los de varices de miembros inferiores (111 y 152 días, respectivamente), hiperplasia benigna de próstata (81 y 98 días, respectivamente), sinus pilonidal (79 y 133 días, respectivamente) y catarata (71 y 110 días, respectivamente).

#### 4. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ILLES BALEARS

El análisis de situación en las Illes Balears requiere, en primer término, dejar constancia de cinco aspectos de importancia. Primero, que en lista de espera quirúrgica se incluían todos los procedimientos, entre ellos los que no precisaban utilización de quirófano. Segundo, que existía un registro de demanda quirúrgica paralelo, donde se reflejaban aquellos pacientes que habían sido derivados a centros concertados y que no habían sido intervenidos. Tercero, que el sistema de información no distinguía entre espera estructural y no estructural. Cuarto, que no se entregaba a los interesados un documento acreditativo de su inclusión en lista de espera. Y quinto, que aquellos pacientes que no aceptaban la oferta de intervención en un centro concertado perdían su antigüedad en lista de espera.

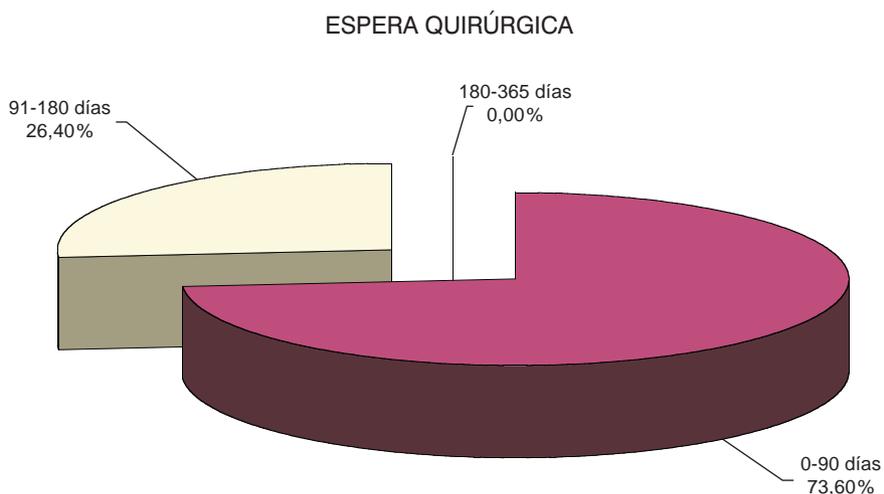
En este contexto, y según la información facilitada por la Consejería de Salud y Consumo, la lista de espera de demanda quirúrgica de la comunidad a 31 de diciembre de 2001 estaba integrada por 7.671 pacientes, siendo la demora media de 65 días y la espera media de 75. Según esta información no existían pacientes en espera superior a seis meses (Tabla 17).

TABLA 17. ILLES BALEARS. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (31/12/2001)

TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)			DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
	0-90	91-180	180-365		
7.671	5.646	2.025	0	65	75

Fuente: Consejería de Sanidad y Consumo.

Estos datos, de forma gráfica y porcentual por tramos de espera, son los que se detallan a continuación:



En cuanto al hospital Son Dureta, de Palma de Mallorca, el mayor centro hospitalario de la comunidad, la mencionada Consejería comunicó que la lista de espera ascendía a 4.673 pacientes, con una demora media de 68 días (Tabla 18).

TABLA 18. H. SON DURETA, DE PALMA DE MALLORCA.  
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (31/12/2001)

TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA (DÍAS)			DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
	0-90	91-180	180-365		
4.673	3.349	1.324	0	68	77

Fuente: Consejería de Sanidad y Consumo.

Estos indicadores, si bien referidos a la situación existente a 31 de diciembre de 2001, difieren significativamente de la situación en el momento de efectuarse una visita al hospital Son Dureta en julio de 2002. En efecto, según la información obtenida en el curso de esta visita, en junio de 2002, la lista de espera de este hospital estaba integrada por 5.085 pacientes, 175 de ellos en espera superior a seis meses (Tabla 19).

TABLA 19. H. SON DURETA, DE PALMA DE MALLORCA.  
PACIENTES EN ESPERA QUIRÚRGICA SUPERIOR  
A SEIS MESES (JUNIO 2002)

ESPECIALIDAD	TOTAL PACIENTES	PACIENTES > 6 MESES	DEMORA MEDIA (DÍAS)
Cirugía General	925	27	72
Cirugía Maxilofacial	107	3	83
Cirugía Pediátrica	359	10	85
Cirugía Plástica	88	1	47
Oftalmología cupo	536	2	49
Traumatología C.	336	29	78
Neurocirugía	88	2	84
Oftalmología H.	267	9	69
Oftalmología I.	89	11	100
ORLC	261	22	98
ORLH	168	2	66
Traumatología H.	824	41	82
Traumatología I.	60	3	87
Urología	178	13	57

Fuente: Sistema de información del Hospital Son Dureta.

En función de las demoras medias, las mayores esperas se producían en las especialidades de oftalmología (100 días), otorrinolaringología (98 días) y traumatología (87 días).

En relación con lo anterior, es necesario advertir que a los 5.085 pacientes en espera, de ellos 175 superior a seis meses, deben agregarse aquellos que aceptaron ser derivados a un centro concertado y que todavía no habían sido intervenidos, que figuraban en una lista paralela.

Para una cabal comprensión de la extensión real de la lista de espera en este hospital, cabe señalar que a 22 de julio de 2002 figuraban en el registro de lista de espera quirúrgica 194 pacientes con demora superior a seis meses, el más antiguo desde octubre de 2001, es decir, más de nueve meses de espera, y en el registro de los derivados a centros concertados y que no habían sido intervenidos, 94 pacientes con demora también superior a seis meses, los más antiguos desde enero de 2001 (atención contraceptiva-esterilización y prepucio redundante y fimosis).

## 5. *COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS*

En función de la información facilitada por las comunidades autónomas, la de Canarias es, en términos generales, la que presentaba, con notable diferencia sobre el resto, las mayores demoras en intervenciones quirúrgicas programadas. Sin perjuicio de ello, es obligado hacer mención a la adopción de medidas por parte del Servicio Canario de Salud para paliar esta realidad.

Entre estas acciones destacan la puesta en marcha de un plan especial para reducir la lista de espera; la existencia de un registro centralizado de demanda quirúrgica; la asunción de los criterios establecidos por el grupo de expertos del Consejo Interterritorial, entre ellos la configuración de un sistema de información que permite diferenciar la espera consecuencia de la organización de los servicios y medios disponibles de la derivada de razones clínicas o personales; comunicaciones telefónicas en los meses de junio y diciembre con todos los pacientes incluidos en el registro de demanda quirúrgica, en orden a su actualización y depuración, y la entrega a los interesados de un documento acreditativo de su inclusión en lista de espera.

Otros tres aspectos también importantes son la inclusión en el registro de demanda quirúrgica de procedimientos que no requerían la utilización de quirófano; que los pacientes que no aceptaban ser intervenidos en centros alternativos permanecían en lista de espera sin pérdida de la antigüedad en la misma, y, especialmente, que en el período comprendido entre abril y diciembre de 2001 se llevó a cabo una huelga de médicos especialistas del Servicio Canario de Salud, que, sin duda, incidió significativamente en el incremento de la demora quirúrgica.

En este marco, y en cumplimiento de la información solicitada por el Defensor del Pueblo sobre espera quirúrgica de carácter estructural, la Consejería de Sanidad y Consumo facilitó indicadores relativos al conjunto de centros dependientes

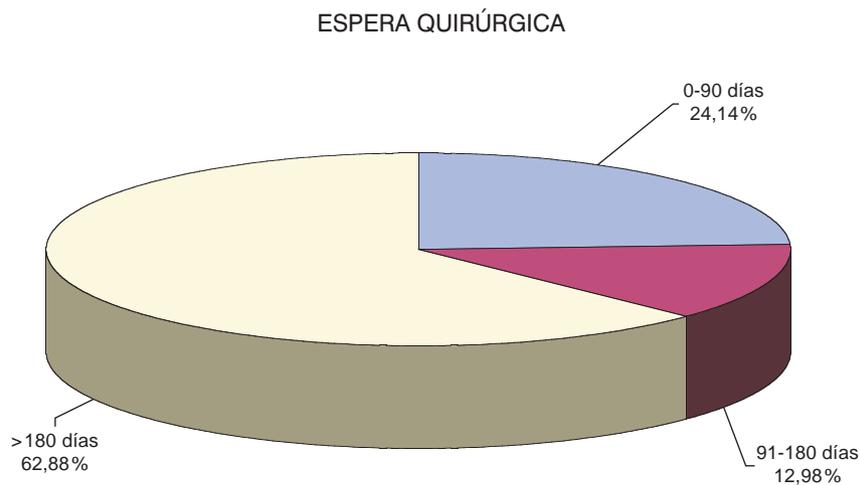
del Servicio Canario de Salud, así como, de forma singularizada, sobre los hospitales Doctor Negrín, de Las Palmas de Gran Canaria, y Nuestra Señora de la Candelaria, de Santa Cruz de Tenerife (Tabla 20).

TABLA 20. CANARIAS. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (31/12/2001)

ÁMBITO	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA EN DÍAS			DEMORA MEDIA (DÍAS)
		0-90	91-180	> 180	
H. Negrín	2.282	894	631	757	165
H. Candelaria	6.895	2.287	1.277	3.331	217
C. AUTÓNOMA	21.689	5.235	2.815	13.639	212

Fuente: Consejería de Sanidad y Consumo.

La representación gráfica, con expresión del tanto por ciento correspondiente a cada uno de los tramos de espera, es la siguiente:



Del contenido del cuadro precedente pueden extraerse dos conclusiones principales. En primer lugar, la extraordinaria demora media (212 días en la comunidad autónoma) y, como consecuencia de ello, el elevado porcentaje de pacientes en espera superior a seis meses (63 por 100). Estos indicadores, por sí solos, permitían adelantar la percepción de que existía un significativo número de pacientes en espera de atención durante varios años.

En esta línea de definición se reflejan igualmente los procesos más frecuentes en el registro de demanda quirúrgica y los correspondientes tiempos de espera en el conjunto de la comunidad (Tabla 21).

TABLA 21. CANARIAS. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.  
PROCESOS MÁS FRECUENTES (31/12/2001)

PROCESO	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)
		0-90 DÍAS	91-180 DÍAS	> 180 DÍAS	
Catarata	4.711	1.428	988	2.295	175
H. inguinal/crural	717	257	172	288	150
Prótesis rodilla	940	319	230	391	184
Artroscopia	1.007	288	229	490	246
Varices MM. II.	681	224	124	333	190
Colelitiasis	462	155	112	195	240
Sinus pilonidal	64	33	19	12	159
<i>Hallux valgus</i>	292	135	55	102	250
Síndrome túnel carpiano	327	130	61	136	237
Adeno-amigdalectomía	649	190	146	313	223
Hiperplasia benigna próstata	156	47	56	53	226
TOTAL	10.006	3.206	2.192	4.608	212

Fuente: Consejería de Sanidad y Consumo.

En este marco, una mención especial merecen los indicadores de demora media de los procedimientos más frecuentes en el registro de demanda quirúrgica, sumamente descriptivos en cuanto al alcance y extensión de la lista de espera, que oscilaban entre los 150 días en el procedimiento de hernia inguinal/crural y los 250 días en *hallux valgus*.

La singular situación descrita, que se traducía en la existencia de demoras clínica y socialmente inaceptables, aconsejó efectuar una visita puntual al hospital Nuestra Señora de la Candelaria, de Santa Cruz de Tenerife, con el fin de obtener una mayor concreción de la realidad de las esperas quirúrgicas en dicho hospital y en la comunidad autónoma.

Respecto al mencionado hospital, se constató la persistencia, en agosto de 2002, de extraordinarias demoras quirúrgicas, como lo demuestra el hecho de que en ese momento figuraban 5.235 pacientes (el 51,88 por 100 del total) en espera superior a seis meses, de ellos 2.620 (26 por 100 del total) por encima de un año (Tabla 22).

TABLA 22. H. NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA, DE STA. CRUZ DE TENERIFE. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (AGOSTO 2002)

ESPECIALIDADES	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			
		0-3 MESES	3-6 MESES	6-12 MESES	> 12 MESES
Cirugía general	633	142	100	143	248
Cirugía general (Ofra)	342	119	107	84	32
Traumatología	2.636	573	648	722	693
ORL	848	163	224	251	210
Oftalmología	1.182	442	277	315	148
Oftalmología Ofra	652	235	220	154	43
Ginecología	557	176	159	149	73
Cirugía infantil	582	202	147	204	29
Cirugía maxilofacial	670	76	97	154	343
Neurocirugía	286	57	29	31	169
Cirugía vascular	127	38	29	33	27
Urología	196	92	10	30	64
Urología (ambulatoria)	415	134	68	153	60
Cirugía maxilofacial (dientes)	963	150	140	192	481
TOTAL	10.089	2.599	2.255	2.615	2.620
TOTAL (sin dientes y Uro)	8.711	2.315	2.047	2.270	2.079

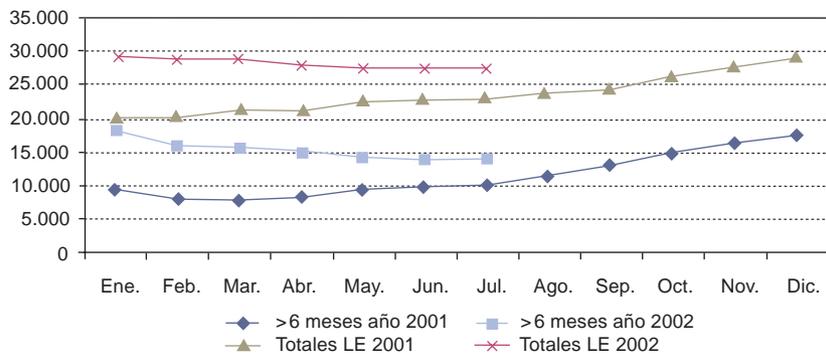
Fuente: Consejería de Sanidad y Consumo.

En el curso de la mencionada visita, y en virtud de las atribuciones legalmente conferidas a esta Institución, se recabó también información sobre la evolución de las listas de espera en el conjunto de la Comunidad Autónoma en el período enero-julio de 2002. De esta información, referida tanto a la espera estructural como a la derivada de razones clínicas y personales y a todos los hospitales del Servicio Canario de Salud, sin incluir, por tanto, al hospital Universitario de Canarias, cuya titularidad corresponde al Cabildo Insular, pueden reproducirse las siguientes consideraciones:

*Primera.* Que a 31 de julio de 2002 la lista de espera quirúrgica afectaba a 27.764 pacientes, lo que representaba una disminución del 3,12 por 100 respecto a la situación existente el 31 de diciembre de 2001.

*Segunda.* Que la lista de espera de más de seis meses ascendía a 13.581 pacientes, un 23,03 por 100 de disminución con relación a 31 de diciembre de 2002.

Para una mejor comprensión de estas dos primeras consideraciones se proyectan seguidamente y de forma gráfica los indicadores a los que se ha hecho mención.



*Tercera.* Que la demora media había descendido de 301,37 días, en enero de 2002, a 277,11 días a 31 de julio del mismo año, una reducción de 24,26 días, es decir, un 8,05 por 100.

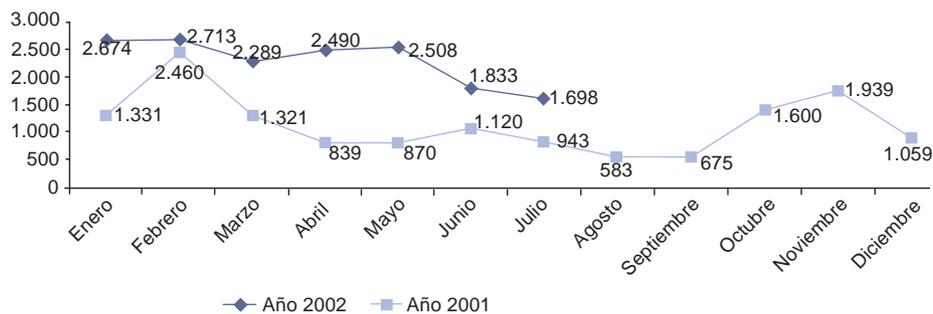
*Cuarta.* Que en los primeros siete meses de 2001 las entradas en el registro de demanda quirúrgica fueron de 23.818, y durante el mismo período de 2002, de 26.789, lo que representa 2.971 entradas más, es decir, un incremento del 12,47 por 100.

*Quinta.* Que durante los siete primeros meses de 2001 las salidas del mencionado registro ascendieron a 19.730, y durante el mismo período de 2002, a 29.247, lo que representa un aumento de 9.517 salidas, un 48,24 por 100.

*Sexta.* Que las salidas de más de seis meses de espera pasaron de 8.884 en los siete primeros meses de 2001 a 16.205 durante el mismo período de 2002, lo que supone un sensible aumento en este tipo de salidas, en concreto de 7.321 pacientes, equivalente a un incremento del 82,41 por 100.

Esta sexta e importante consideración se refleja a continuación de forma gráfica:

SALIDAS DE PACIENTES CON MÁS DE SEIS MESES DE ANTIGÜEDAD EN LISTA DE ESPERA



*Séptima.* Que las intervenciones programadas sobre pacientes en lista de espera y con demora superior a seis meses fueron de 2.783 en los siete primeros meses de 2001, y de 8.174 en el mismo período de 2002, lo que se traduce en un incremento absoluto de 5.391 pacientes intervenidos, o lo que es lo mismo un 193,71 por 100 más.

Aun cuando, como se ha indicado, los apartados precedentes se refieren a los hospitales del Servicio Canario de Salud y tanto a la espera debida a la organización de los servicios y medios disponibles como a la derivada de razones clínicas y personales, es menester resaltar que las demoras lo eran en gran medida por causas imputables a la organización de los servicios y medios disponibles.

A este respecto, y a título meramente de ejemplo, se refleja a continuación la lista de espera consecuencia únicamente de la organización y de los medios disponibles existente a 31 de agosto de 2002 en el hospital Universitario de Canarias (Tabla 23).

TABLA 23. H. UNIVERSITARIO DE CANARIAS.  
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (31/8/2002)

TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA				DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MÁXIMA (DÍAS)
	< 3 MESES	3-6 MESES	6-12 MESES	> 12 MESES		
12.144	2.525	2.181	3.467	3.971	315	3.564

*Fuente:* Servicio Canario de Salud.

Estos indicadores, consecuencia exclusiva de la organización de los servicios, ponen de relieve que el mayor número de los pacientes en espera se hallaban en dicha situación desde hacía más de un año, así como que la demora media era de 315 días.

En el marco de estas extraordinarias demoras, cabe concluir resaltando que a 31 de agosto de 2002 figuraban en lista de espera 1.171 pacientes pendientes de intervención quirúrgica, que habían sido incluidos en el registro de demanda quirúrgica con anterioridad a enero de 2000. Ello representaba que el paciente que menos tiempo llevaba esperando había superado los veinte meses de demora.

Por centros hospitalarios y años en que fueron incluidos en el registro de demanda quirúrgica, se detalla seguidamente la situación existente en agosto de 2002 respecto a estos 1.171 pacientes (Tabla 24).

TABLA 24. CANARIAS. PACIENTES INCLUIDOS EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA CON ANTERIORIDAD AL AÑO 2000. SITUACIÓN EXISTENTE EN AGOSTO 2002

HOSPITAL	AÑO INCLUSIÓN EN EL REGISTRO DE DEMANDA QUIRÚRGICA								TOTAL
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	
Candelaria	0	0	0	0	0	6	26	205	237
Insular. Las Palmas	1	8	15	16	17	32	64	205	358
Virgen de las Nieves	0	0	0	0	0	8	50	76	134
Fuerteventura	0	0	0	0	0	0	0	5	5
H. U. Canarias	1	1	2	7	14	19	37	163	244
H. Materno-Infantil	0	0	1	7	5	3	12	31	59
Dr. Negrín	1	4	1	1	9	25	40	53	134
TOTAL	3	13	19	31	45	93	229	738	1.171

Fuente: Sistemas de información de los hospitales de la comunidad.

Analizada la especial situación de estos pacientes, a través del registro de demanda quirúrgica, se observó que la mayor parte de ellos se encontraba en espera por causas imputables exclusivamente a la organización de los servicios y medios disponibles, siendo minoría, en concreto 57, los que permanecían en espera por razones clínicas o personales, así como que afectaba a todos los centros de la comunidad y a la práctica totalidad de especialidades quirúrgicas.

En efecto, siempre según el registro de demanda quirúrgica, donde figuraban estos 1.171 pacientes, sólo en 57 de ellos se hacía constar que la intervención quirúrgica se había pospuesto por motivos clínicos o personales. Más en concreto, estos 57 pacientes en espera por razones clínicas o personales se distribuían en los siguientes centros: 22 en el hospital Nuestra Señora de la Candelaria (1 incluido en el registro en el año 1997, 10 en 1998 y 11 en 1999); 12 en el Hospital Insular de Las Palmas (1 incluido en el registro en 1997, 1 en 1998 y 9 en 1999), y 23 en el Hospital Universitario de Canarias (2 incluidos en 1995, 3 en 1996, 2 en 1997, 4 en 1998 y 12 en 1999).

En conexión con lo anterior, cabe añadir que algunos de los pacientes habían rechazado en su momento la alternativa propuesta para ser intervenidos en centros concertados, así como la diversidad de los procesos que les afectaban. Entre éstos, y a título meramente de ejemplo, puede hacerse mención a los siguientes: varices, tiroidectomía, apendicectomía, mamoplastia, dientes, quiste sebáceo, fisura paladar, espondilolistesis, estenosis espinal, osteoplastia craneal, osteotomía, artroscopia, sustitución hombro, hernia umbilical, alteraciones mamarias, estrañismo, catarata, osteoartrosis, etc.

## 6. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

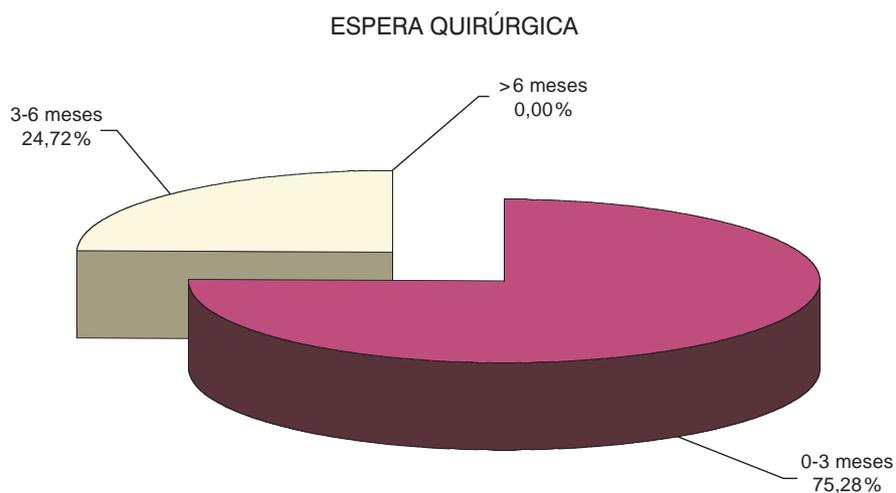
En función de la información facilitada por la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria, el total de pacientes pendientes de intervención quirúrgica a 31 de diciembre de 2001 era de 6.776, con un tiempo medio de espera de 64 días y una espera media de 102 días (Tabla 25).

TABLA 25. CANTABRIA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (31/12/2001)

TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
	0-3 MESES	3-6 MESES	> 6 MESES		
6.776	5.101	1.675	0	64	102

Fuente: Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.

La representación gráfica, con indicación del tanto por ciento de los pacientes en espera en cada uno de los tramos, se detalla a continuación:



El 30 de septiembre de 2002, y según los sistemas de información del hospital Marqués de Valdecilla, en Santander, el mayor centro hospitalario de la región, el número total de pacientes incluidos en el registro de demanda quirúrgica ascendía a 3.983, con un tiempo medio de espera de 81 días y una espera media de 106 días (Tabla 26).

TABLA 26. H. MARQUÉS DE VALDECILLA, DE SANTANDER.  
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (30/09/2002)

TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
	0-3 MESES	3-6 MESES	6-12 MESES		
3.983	2.305	1.434	244	81	106

Fuente: Sistema de información del H. Marqués de Valdecilla.

En los indicadores que se acaban de enumerar no figuraban, al no estar incluidos en el registro de demanda quirúrgica, procedimientos de varices de miembros inferiores correspondientes a población asignada al hospital Marqués de Valdecilla y que eran tratados en el hospital público de Lienres.

Teniendo presente esta singularidad, se detallan a continuación los indicadores generales antes reflejados, distribuidos entre los procesos más frecuentes (Tabla 27).

TABLA 27. H. MARQUÉS DE VALDECILLA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.  
PROCESOS MÁS FRECUENTES (30/09/2002)

PROCEDIMIENTOS	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA				DEMORA MEDIA (DÍAS)
		0-3 MESES	3-6 MESES	6-12 MESES	> 12 MESES	
Catarata	692	364	311	17	0	84
H. inguinal	171	118	45	8	0	63
Prótesis cadera	141	83	53	5	0	82
Prótesis rodilla	200	76	103	21	0	104
Artroscopia	101	39	47	15	0	106
Varices MM. II.	485	181	119	150	35	150
Colelitiasis	61	42	17	2	0	67
Sinus pilonidal	42	31	11	0	0	55
<i>Hallux valgus</i>	73	44	27	2	0	74
S. túnel carpiano	48	26	20	2	0	78
Adeno-amigdalect.	12	10	2	0	0	41
H. benigna próstata	12	11	1	0	0	41

Fuente: Sistema de información del H. Marqués de Valdecilla.

De los reseñados datos destacan especialmente las demoras medias de prótesis de rodilla, artroscopia y varices de miembros inferiores, todas ellas superiores a 100 días. A este respecto, es necesario advertir que analizados los listados en los que figuraban los pacientes más antiguos en lista de espera se observó que un significativo número de ellos presentaban demoras debidas exclusivamente a criterios clínicos o a razones de índole personal.

Asimismo, hay que señalar que el hospital Marqués de Valdecilla asume la atención de pacientes procedentes de otras comunidades autónomas, así como que prácticamente no se derivan pacientes a centros concertados para su tratamiento.

## 7. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA

La Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha no ha aportado dato alguno a nivel de comunidad autónoma en relación con tiempos de espera. La información remitida se limitó a poner de relieve el establecimiento de un plan de reducción de las demoras, a consecuencia del que el número de pacientes en lista de espera se redujo un 14,3 por 100 en el período comprendido entre el 31 de diciembre de 2001 y el 31 de mayo de 2002. En concreto se señalaba que a finales de 2001 estaban incluidos en el registro de demanda quirúrgica 22.162 pacientes, cifra que se redujo a 18.990 en mayo de 2002.

En relación con ello, es menester reiterar que la valoración de las listas de espera debe centrarse en los tiempos de demora y en la situación clínica de quienes esperan, y no tanto en el número de pacientes incluidos en las mismas.

La falta de información a nivel de la Comunidad Autónoma, obligó a analizar la evolución de la lista de espera en centros hospitalarios singularmente considerados, a fin de, a través de esta valoración, formular una proyección lo más amplia posible.

Con carácter previo a esta evaluación es preciso remarcar que en centros hospitalarios de Castilla-La Mancha se seguía el criterio de la pérdida de antigüedad en lista de espera de aquellos pacientes que no aceptaban la oferta para ser intervenidos en centros concertados; que en alguno de ellos, como eran los casos del complejo hospitalario de Albacete y el hospital Universitario de Guadalajara, no se entregaba a los interesados documento acreditativo de su inclusión en lista de espera, y que los sistemas de información no diferenciaban nítidamente y en todos los casos la espera estructural de la clínica o voluntaria.

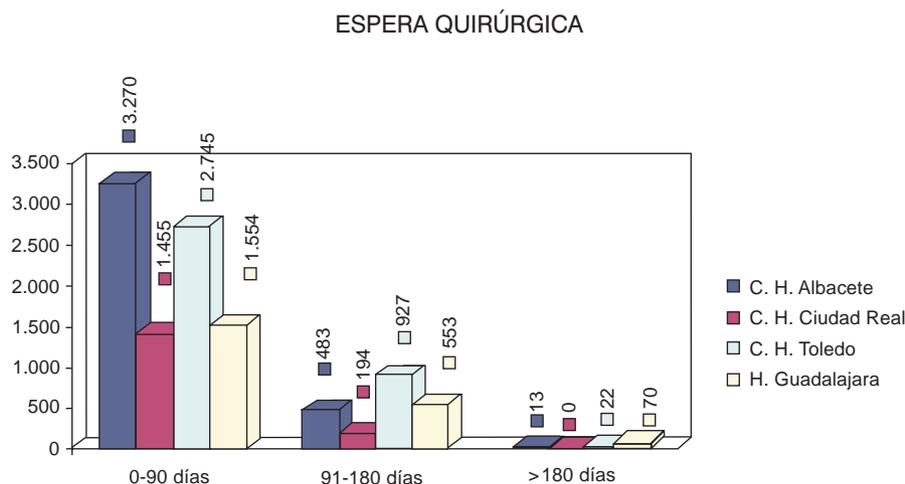
Teniendo presente estas consideraciones se refleja seguidamente la extensión de la lista de espera quirúrgica a 31 de mayo de 2002 en los complejos hospitalarios de Ciudad Real, Albacete y Toledo y en el hospital universitario de Guadalajara (Tabla 28).

TABLA 28. CASTILLA-LA MANCHA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. CUATRO HOSPITALES (31/5/2002)

HOSPITAL	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			TIEMPO MEDIO ESPERA (DÍAS)
		0-90 DÍAS	91-180 DÍAS	> 180 DÍAS	
C. H. Albacete	3.766	3.270	483	13	53,4
C. H. C. Real	1.649	1.455	194	0	44,0
C. H. Toledo	3.694	2.745	927	22	60,0
H. Guadalajara	2.177	1.554	553	70	66,0

Fuente: Sistemas de información de los hospitales.

La representación gráfica de los tramos de espera en los cuatro hospitales es la que seguidamente se refleja:



En relación con el complejo hospitalario de Ciudad Real, únicamente cabe reseñar que según el sistema de información de este centro, a 31 de enero de 2002 estaban incluidos en lista de espera 1.393 pacientes, con una excelente demora media de 39 días, en tanto que a 31 de mayo de 2002 el número de enfermos pendientes de intervención era de 1.649, con una aceptable demora media de 44 días.

En el complejo hospitalario de Albacete, la lista de espera quirúrgica, en mayo de 2002 afectaba a 3.766 pacientes, de ellos 13 con demora superior a seis meses. La evolución de la demora quirúrgica en este complejo en los cinco primeros meses de 2002 había experimentado un descenso en el número de pacientes (4.038 en diciembre de 2001) y de la demora media (56 días en diciembre de 2001) y un ligero incremento en la espera superior a seis meses (0 en diciembre de 2001).

Por lo que atañe al complejo hospitalario de Toledo, en el registro de demanda quirúrgica figuraban 3.449 pacientes en diciembre de 2001 y 3.694 en mayo de 2002 (Tabla 29).

TABLA 29. C. H. DE TOLEDO. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

FECHA	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			% PACIENTES > TRES MESES	DEMORA MEDIA (DÍAS)
		0-3 MESES	3-6 MESES	> 6 MESES		
31/12/2001	3.449	2.734	715	0	21	60
31/5/2002	3.694	2.745	927	22	26	60

Fuente: Sistema de información del C. H. de Toledo.

Estos datos evidenciaban un ligero incremento de la demora quirúrgica de los cinco primeros meses del 2002, tanto en número de pacientes como en el mayor porcentaje de la espera superior a tres y seis meses.

Por lo que se refiere a los procesos más frecuentes en lista de espera quirúrgica, se detallan a continuación diversos indicadores de los complejos hospitalarios de Albacete y Toledo, que denotaban que las mayores esperas se producían en los procedimientos de varices, prótesis de cadera, prótesis de rodilla y catarata, con demoras que oscilaban entre los 119 y 160 días (Tabla 30).

TABLA 30. CASTILLA-LA MANCHA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. PROCESOS MÁS FRECUENTES. ESPERA MEDIA 2001 EN DÍAS

PROCESO	C. H. ALBACETE	C. H. TOLEDO
Catarata	112	119
H. Inguinal	108	84
P. Cadera	123	119
P. Rodilla	121	—
Artroscopia	115	—
Varices MM. II.	158	160
Colelitiasis	109	125
S. Pilonidal	101	96
<i>H. Valgus</i>	101	102
S. T. Carpiano	81	101
Adeno-Amigdalectomía	110	—
H. B. Próstata	97	—

Fuente: Sistemas de información de los C. H. de Albacete y Toledo.

Similar situación, en cuanto a la evolución de la demanda quirúrgica, se producía en el hospital Universitario de Guadalajara, como lo demuestra el sensible incremento de la espera media, diez días, en el período comprendido entre diciembre de 2001 a mayo de 2002, si bien en esta última fecha todavía presentaba unos indicadores de demora media comparativamente aceptables (Tabla 31).

TABLA 31. H. DE GUADALAJARA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

FECHA	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			% PACIENTES > TRES MESES	DEMORA MEDIA (DÍAS)
		0-3 MESES	3-6 MESES	> 6 MESES		
31/12/2001	1.737	1.437	300	0	17	56
31/5/2002	2.177	1.554	553	70	29	66

Fuente: Sistema de información del Hospital Universitario de Guadalajara.

## 8. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN

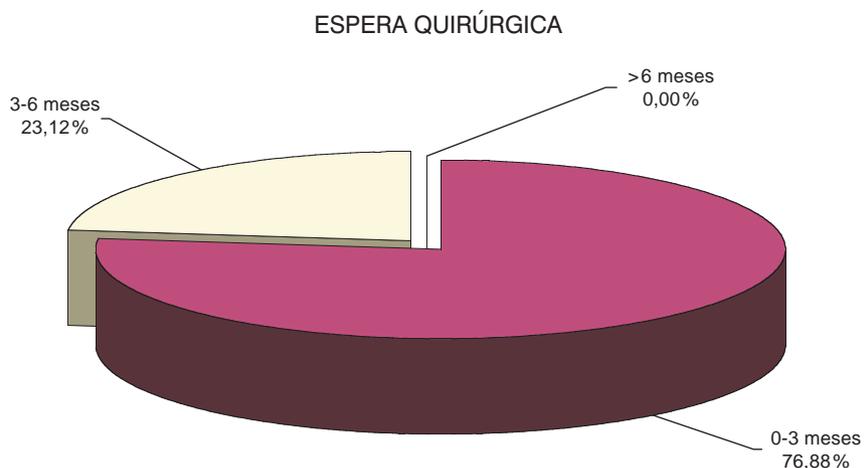
La Consejería de Sanidad y Bienestar Social manifestó que a 31 de diciembre de 2001 figuraban 26.620 pacientes en lista de espera, con una demora media de 63 días y una espera media de 95 días (Tabla 32).

TABLA 32. CASTILLA Y LEÓN. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (31/12/2001)

TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
	0-3 MESES	3-6 MESES	> 6 MESES		
29.620	22.772	6.848	0	63	95

Fuente: Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

De forma gráfica, la distribución porcentual de pacientes por tramos de espera es la que seguidamente se representa:



De esta información pueden destacarse, como observaciones de alcance, la inexistencia de pacientes en espera superior a seis meses a finales de 2001 y que el 23 por 100 de los incluidos en el registro de demanda quirúrgica en esta fecha superaban los tres meses de demora. Por centros hospitalarios, los mayores tiempos medios de espera y esperas medias correspondían al hospital de Segovia (78 y 122 días, respectivamente), al complejo hospitalario de Salamanca (68 y 116 días, respectivamente) y Río Carrión, de Palencia (64 y 131 días, respectivamente).

Por lo que se refiere a los procesos más frecuentes en lista de espera, la mencionada Consejería no remitió datos, al no permitirlo los sistemas de información, sobre procedimientos de prótesis de cadera y rodilla, sinus pilonidal y amigdalectomía. Aun con esta información parcial, se detallan a continuación los datos disponibles sobre los procesos más frecuentes en el conjunto de la Comunidad a 31 de diciembre de 2001 (Tabla 33).

TABLA 33. CASTILLA Y LEÓN. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. PROCESOS MÁS FRECUENTES (31/12/2001)

PROCESO	TOTAL PACIENTES	DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
Catarata	4.880	61	114
H. Inguinal	1.802	64	102
Artroscopia	935	68	116
Varices	1.574	62	119
Colelitiasis	660	69	112
<i>H. Valgus</i>	1.060	70	119
T. Carpiano	523	64	99
H. Próstata	474	63	99

Fuente: Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

Los centros hospitalarios que ofrecían una mayor demora y espera media en estos procesos eran los de Segovia, en catarata (94 y 170 días, respectivamente), hernia inguinal (84 y 138 días, respectivamente), artroscopia (96 y 169 días, respectivamente) y *hallux valgus* (88 y 152 días, respectivamente); de Salamanca, en varices (74 y 153 días, respectivamente) e hiperplasia benigna de próstata (78 y 137 días, respectivamente), y de Palencia, en colelitiasis (74 y 141 días, respectivamente).

Ya en el año 2002, y en el marco de visitas puntuales a centros hospitalarios de esta Comunidad, se constató una ligera tendencia al incremento de la demora quirúrgica, al menos en la superior a seis meses.

Así, en el hospital General Yagüe, de Burgos, se verificó la situación en dos especialidades, traumatología y oftalmología, observándose que a 17 de abril de 2002 había algún paciente incluido en el registro de demanda quirúrgica desde el 2 de octubre de 2001, es decir, una demora ligeramente superior a seis meses.

Análoga situación se daba a finales de abril de 2002 en el complejo hospitalario de Salamanca y en el hospital Río Carrión, de Palencia, donde también existían pacientes con espera superior a seis meses (Tabla 34).

TABLA 34. CASTILLA Y LEÓN. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. DOS HOSPITALES (ABRIL 2002)

HOSPITAL	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			TIEMPO MEDIO ESPERA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
		0-3 MESES	3-6 MESES	> 6 MESES		
C. H. Salamanca	5.461	3.477	1.894	90	76	100
H. Palencia	2.550	1.804	740	6	68	110

Fuente: Sistemas de información del C. H. de Salamanca y del H. de Palencia.

Con independencia de la demora superior a seis meses, es necesario significar que también experimentó un incremento la relativa a más de tres meses. Así, y siempre según la información facilitada por la referida Consejería y por los centros hospitalarios, en diciembre de 2001 el segmento de pacientes en espera superior a tres meses era del 28 por 100 en el complejo de Salamanca y del 22 por 100 en el hospital de Palencia, en tanto que en abril de 2002 eran del 35 y 29 por 100, respectivamente.

Habida cuenta que, de los centros visitados, el que presentaba mayor índice de espera superior a seis meses era el complejo hospitalario de Salamanca, parece oportuno singularizar las demoras y espera medias por especialidades en este centro a 31 de marzo de 2002 (Tabla 35).

TABLA 35. C. H. SALAMANCA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA POR ESPECIALIDADES (31/3/2002)

ESPECIALIDAD	TOTAL PACIENTES	PACIENTES > SEIS MESES	DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
Traumatología H. C.	602	5	86	138
Ginecología	530	13	75	88
Oftalmología H. C.	507	3	70	120
Cirugía General	320	2	75	103
Angiología/vascular	314	3	82	137
Urología	305	9	69	108
C. General III	290	23	87	97
ORL	247	16	94	119
C. Plástica	171	10	91	94
Dermatología	153	5	62	67
Neurocirugía	54	1	71	101

*Fuente:* Sistema de información del C. H. de Salamanca.

## 9. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA

Con fecha 29 de julio de 2002, la Consejería de Sanidad y Seguridad Social manifestó que el Servicio Catalán de la Salud había diseñado un plan de sistemas de información que permitía disponer de información sobre lista de espera y realizar la gestión de la misma. Se añadía también que los datos de los que se disponía sobre espera quirúrgica y tiempos medios de resolución en meses, a 31 de diciembre de 2001, se referían a 14 procedimientos, y que en el período 2000-2001 se habían establecido tiempos de garantía para ocho de los procedimientos más prevalentes, que se incrementarían en tres en el año 2002 y que a finales de 2003 se garantizaría un tiempo máximo de espera de seis meses para el conjunto de procedimientos quirúrgicos monitorizados.

En noviembre de 2002, el compromiso de tiempos de garantía comprendía los ocho siguientes procedimientos: colecistectomía, canal carpiano, prostatectomía, histerectomía, catarata, artroscopia, hernia y cicuncisión. Este plazo de garantía, si bien está referido a seis meses, de hecho se eleva a nueve desde la indicación clínica, como consecuencia de la aplicación de un período de demora técnica de tres meses.

Respecto a la gestión, debe tenerse presente también que se excluyen del registro de demanda quirúrgica a aquellos pacientes que aceptan ser intervenidos en un centro alternativo, tan pronto se formaliza tal oferta, así como que en algunos centros hospitalarios, al menos en los visitados, los sistemas de información no permitían distinguir la espera consecuencia de la organización de los servicios y medios disponibles de la derivada de razones clínicas o de índole personal.

Como quiera que, con posterioridad a la recepción del informe de la mencionada Consejería, el Servicio Catalán de la Salud ha publicado en su página *web* los datos de demora quirúrgica en su ámbito territorial y referidos a junio de 2002, la exposición de la situación de la espera quirúrgica en Cataluña se efectuará, básicamente, con fundamento en estos datos.

A tal fin, es obligado reiterar, una vez más, que el Servicio Catalán de la Salud aplica el concepto de demora técnica, de modo que el cómputo de la lista de espera quirúrgica se inicia a los tres meses de la indicación clínica sobre la necesidad de la intervención. Por ello, la evaluación e interpretación de los indicadores que se reflejan en este apartado deben efectuarse teniendo presente que los mismos se refieren a la demora a partir de los tres meses de haberse determinado la necesidad de la atención especializada.

De otra parte, debe hacerse mención a la paradigmática situación de la espera quirúrgica en Cataluña, en la medida en que en algún procedimiento se situaba en el vértice superior de la demora en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, siempre según información facilitada por las comunidades autónomas, en tanto que en otros la espera no difería sensiblemente de la media de dicho sistema.

En cualquier caso, puede afirmarse que en algunos procedimientos, entre los más prevalentes, se producían demoras excesivas. Así debe entenderse la espera superior a quinientos días, como media, y sin computar la demora técnica de tres meses, en un proceso altamente invalidante y que afectaba a un elevado número de ciudadanos, como era el de prótesis de rodilla.

En el marco de esta descripción, y circunscribiéndonos a los catorce procedimientos quirúrgicos sobre los que se ha facilitado información, cabe comenzar poniendo de manifiesto que a 31 de diciembre de 2001 se encontraban en lista de espera 35.379 pacientes, con un tiempo medio de resolución de 3,23 meses (Tabla 36).

TABLA 36. CATALUÑA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA  
(DICIEMBRE 2001)

PROCEDIMIENTO	TOTAL PACIENTES	TIEMPO MEDIO DE RESOLUCIÓN (MESES)
Catarata	11.509	3,14
Varices	4.406	5,30
Hernia	1.941	1,62
Colecistectomía	975	1,45
Septoplastia	932	2,62
Artroscopia	2.108	3,03
Vasectomía	100	0,29
Prostatectomía	275	0,75
C. Carpia	832	1,63
Amigdalectomía	428	0,99
Circuncisión	440	0,90
Histerectomía	385	0,85
Prótesis cadera	2.676	5,62
Prótesis rodilla	8.372	18,01
TOTAL	35.379	3,23

Fuente: Consejería de Sanidad y Seguridad Social.

En estos procedimientos destacaban notablemente los tiempos medios de resolución en varices (160 días), prótesis de cadera (169 días) y prótesis de rodilla (540 días). Ello inducía a reflexionar que una parte representativa de estos pacientes podían estar esperando un excesivo período de tiempo, en algún caso varios años, para recibir la atención que precisaban.

Aun cuando en junio de 2002 se había reducido la extraordinaria demora existente en algunos procedimientos a finales de 2001, lo cierto es que en este período persistían también inaceptables esperas en algunos procesos (Tabla 37).

TABLA 37. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA  
(JUNIO 2002)

PROCEDIMIENTO	TOTAL PACIENTES	TIEMPO MEDIO DE RESOLUCIÓN (MESES)
Catarata	10.306	2,54
Varices	3.666	4,18
Hernia	1.968	1,53
Colecistectomía	1.019	1,48
Septoplastia	1.001	2,66

TABLA 37. (Cont.)

PROCEDIMIENTO	TOTAL PACIENTES	TIEMPO MEDIO DE RESOLUCIÓN (MESES)
Artroscopia	2.045	2,93
Vasectomía	294	0,87
Prostatectomía	400	1,02
C. Carpia	1.043	1,87
Amigdalectomía	599	1,28
Circuncisión	599	1,26
Histerectomía	468	1,06
Prótesis cadera	2.384	4,37
Prótesis rodilla	8.899	16,65
TOTAL	34.691	2,96

*Fuente:* Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

En efecto, en junio de 2002 se mantenían excesivas demoras en los procedimientos de varices (126 días), prótesis de cadera (132 días) y prótesis de rodilla (503 días). Por consiguiente, en este período seguían figurando pacientes en el registro de demanda quirúrgica desde hacía varios años en algún caso, especialmente en prótesis de rodilla, precisamente el segundo de los procedimientos en cuanto a número de pacientes en lista de espera.

La situación descrita y referente a junio de 2002 adquiere todavía una mayor evidencia si se analiza la demora quirúrgica por regiones sanitarias (Tabla 38).

TABLA 38. CATALUÑA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA POR REGIONES SANITARIAS (JUNIO 2002)

PROCEDIMIENTO	LLEIDA		TARRAGONA		TORTOSA		GIRONA		C. PONENT BAR NORD		MARESME		CENTRE		BARCELONA CIUDAD		TOTAL	
	LE	TR	LE	TR	LE	TR	LE	TR	LE	TR	LE	TR	LE	TR	LE	TR	LE	TR
Catarata	220	0,93	368	1,42	67	1,71	260	0,87	2.449	3,86	743	1,94	1.536	2,07	4.663	3,18	10.306	2,54
Varices	32	0,69	27	0,34	0	0	158	1,74	1.209	7,62	166	2,37	613	3,64	1.461	5,56	3.666	4,18
Hernia	73	0,82	99	0,90	21	1,62	61	0,46	443	2,00	202	1,64	342	1,22	727	2,28	1.968	1,53
Colecistectomía	30	1,08	74	1,61	25	2,11	8	0,12	196	1,53	53	0,67	255	1,61	378	2,24	1.019	1,48
Septoplastia	38	1,27	48	1,38	2	0,21	30	1,07	218	2,81	58	2,4	239	3,91	368	3,29	1.001	2,66
Artroscopia	88	2,72	29	0,66	57	3,45	91	1,20	280	2,77	264	3,57	540	2,72	696	4,47	2.045	2,93
Vasectomía	4	0,63	0	0	0	0	26	0,79	48	0,67	50	1,22	1	0,02	165	1,39	294	0,87
Prostatactomía	26	0,87	11	0,39	13	1,34	23	0,62	83	1,56	41	0,98	113	1,46	90	0,77	400	1,02
C. Carpiano	41	1,07	20	0,46	20	4,8	30	0,52	177	2,09	134	2,38	183	1,2	438	3,61	1.043	1,87
Amigdalectomía	3	0,11	27	0,54	3	0,47	7	0,18	202	1,39	43	2,02	219	2,37	95	1,07	599	1,28
Circuncisión	20	1,74	153	3,02	0	0	42	0,81	50	0,42	41	0,8	236	2,81	57	0,57	599	1,26
Histerectomía	72	2,57	9	0,25	1	0,09	31	0,76	111	1,27	76	1,65	120	1,49	48	0,43	468	1,06
Prótesis cadera	66	2,51	133	3,71	98	6,61	51	0,90	497	6,19	186	3,85	367	2,98	986	6,18	2.384	4,37
Prótesis rodilla	193	7,52	748	21,37	313	31,83	341	6,24	1.647	22,21	737	17,01	1.684	11,97	3.236	21,41	8.899	16,65
TOTAL	906	1,38	1.746	2,00	620	4,07	1.159	1,09	7.610	3,74	2.794	2,54	6.448	2,68	13.408	3,88	34.691	2,96

LE: Pacientes en lista de espera.

TR: Tiempo de resolución en meses (sin computar tres meses de demora técnica).

La primera conclusión que cabe extraer de este análisis es la presencia de notables desequilibrios territoriales en cuanto al alcance y extensión de las demoras, según se trate de una u otra región sanitaria. Así, y a título de ejemplo, puede hacerse mención a que la región de Tortosa prácticamente cuadruplicaba el nivel de las demoras existentes en la de Girona.

La segunda conclusión que se obtiene es la permanencia de extraordinarias demoras en algunos procedimientos y regiones. A este respecto, basta señalar, también a título de ejemplo, que los ciudadanos residentes en las regiones de Tarragona, Tortosa, Cosa de Poniente y Barcelona ciudad sufrían demoras medias próximas o superiores a dos años en el procedimiento de prótesis de rodilla y a seis meses en prótesis de cadera, procedimientos que, por otra parte, están entre los más prevalentes.

Más aún, si se desciende en el nivel de concreción y se evalúa la espera quirúrgica por centros sanitarios, la realidad adquiere todavía una mayor dimensión (Tabla 39).

TABLA 39. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.  
CENTROS CON MAYOR DEMORA  
(JUNIO 2002)

CENTRO	PROCEDIMIENTO	TIEMPO MEDIO DE RESOLUCIÓN EN MESES
H. Clínico Barcelona	Catarata	8,32
H. Cruz Roja Hospitalet	Varices	11,37
H. S. Creu i S. Pau	Hernia	7,75
H. Joan XXIII. Tarragona	Colecistectomía	5,48
H. Viladecans	Septoplastia	14,71
H. Sant Boi	Artroscopia	8,19
H. D. Josep Trueta. Girona	Vasectomía	5,56
H. Sant Boi	Prostactectomía	6,52
IMAS	C. Carpiano	6,82
H. Viladecans	Amigdalectomía	5,02
Consorcio Mataró	Histerectomía	6,72
H. San Rafael	Prótesis cadera	22,64
H. San Rafael	Prótesis rodilla	48,21

*Fuente:* Página web del Servicio Catalán de la Salud.

En suma, si bien el Servicio Catalán de la Salud está desplegando un amplio elenco de acciones para disminuir las elevadas demoras quirúrgicas, la realidad presenta todavía muy amplios períodos de espera, de varios años en un significativo número de supuestos.

En este sentido, puede traerse a colación que en la región de Tortosa se efectuaron 960 intervenciones en el período comprendido entre enero y septiembre de 2002, correspondientes a pacientes incluidos en el registro de demanda quirúrgica hacía varios años (Tabla 40).

TABLA 40. H. VERGE DE LA CINTA, DE TORTOSA.  
ACTIVIDAD QUIRÚRGICA. LISTA DE ESPERA  
(ENERO/SEPTIEMBRE 2002)

PROCEDIMIENTO	PACIENTES INTERVENIDOS: AÑO INCLUSIÓN EN LISTA DE ESPERA							TOTAL INTERVENCIONES
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	S/FECHA	
Túnel carpiano			1	1	13	5	3	23
Amigdalectomía					16	28	2	46
Artroscopia		1	1	10	21	10	3	46
Circuncisión					4	9	43	56
Colecistectomía				1	32	10	31	74
H. inguinal/femoral					30	17	22	69
Histerectomía					17	54	7	78
Catarata			2	1	139	100	5	247
Prostatectomía					28	40	7	75
Prótesis rodilla		3	9	38	15	4	1	70
Prótesis cadera	1	4	18	18	19	3	41	104
Septoplastia					24	41	3	68
Vasectomía					1	2	1	4
TOTAL	1	8	31	69	359	323	169	960

Fuente: Sistema de información del hospital Verge de la Cinta.

El esfuerzo realizado en la región de Tortosa ha permitido la salida del registro de demanda quirúrgica de pacientes que llevaban varios años en espera. No obstante ello, todavía permanecen sensibles demoras. Así, en esta misma región y en septiembre de 2002 en doce procedimientos estaban pendientes de intervención quirúrgica 1.117 pacientes, de ellos 99 en lista de espera desde el año 2000 y 217 desde 2001 (Tabla 41).

TABLA 41. H. VERGE DE LA CINTA, DE TORTOSA.  
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA  
(SEPTIEMBRE 2002)

PROCEDIMIENTOS	AÑO INCLUSIÓN LISTA DE ESPERA			PACIENTES EN ESPERA
	2000	2001	2002	
Túnel carpiano			29	29
Amigdalectomía			19	19
Artroscopia			88	88

TABLA 41. (Cont.)

PROCEDIMIENTOS	AÑO INCLUSIÓN LISTA DE ESPERA			PACIENTES EN ESPERA
	2000	2001	2002	
Circuncisión			5	5
Colecistectomía			39	39
Hernia inguinal/femoral			47	47
Histerectomía			18	18
Catarata			267	267
Prostatectomía			31	31
Prótesis de rodilla	79	170	181	430
Prótesis de cadera	20	47	56	123
Septoplastia			21	21
TOTAL	99	217	801	1.117

Fuente: Sistema de información del hospital Verge de la Cinta.

Por lo que se refiere a la región sanitaria de Lleida, el número de pacientes pendientes de intervención quirúrgica en julio de 2002 se cifraba en 988, de ellos 120 en espera superior a seis meses y 43 a un año (Tabla 42).

TABLA 42. REGIÓN SANITARIA DE LLEIDA.  
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (JULIO 2002)

PROCEDIMIENTOS	TRAMOS DE ESPERA		TOTAL PACIENTES EN ESPERA
	> 6 MESES	> 12 MESES	
Túnel carpiano	0	0	22
Amigdalectomía	0	0	5
Artroscopia	1	0	121
Circuncisión	0	0	23
Colecistectomía	0	0	53
Hernia inguinal/femoral	3	0	129
Histerectomía	7	0	73
Catarata	0	0	168
Prostatectomía	0	0	19
Prótesis de rodilla	72	39	230
Prótesis de cadera	24	4	81
Septoplastia	5	0	23
Varices	7	0	36
Vasectomía	1	0	5
TOTAL	120	43	988

Fuente: Sistema de información de la región sanitaria de Lleida.

En relación con los indicadores reflejados en las tablas precedentes, es menester subrayar, una vez más, que en los mismos no se diferencia la espera estructural de la que no tiene este carácter y que en ellos no se computa la demora técnica de tres meses establecida en el ámbito del Servicio Catalán de la Salud.

#### 10. *COMUNIDAD VALENCIANA*

De los informes remitidos por las consejerías de sanidad/salud de las comunidades autónomas, el de la Comunidad Valenciana fue el único que no reflejaba dato alguno en torno a los pacientes que figuran en el registro de demanda quirúrgica y a los tiempos de espera.

Tal circunstancia, que impide reflejar datos generales a nivel de la Comunidad, obliga a efectuar una proyección con vocación general a través de la información obtenida en las visitas efectuadas a los hospitales La Fe, de Valencia; General Universitario, de Alicante, y Vega Baja, de Orihuela.

En el marco de esta exposición es necesario comenzar señalando que el Decreto 97/1996, de 21 de mayo, del Gobierno Valenciano establece que aquellos beneficiarios con derecho a la asistencia sanitaria del Servicio Valenciano de Salud que se encuentran en lista de espera quirúrgica por un plazo superior a 90 días podrán solicitar de dicho Servicio la designación de un centro privado en el que se les prestará la asistencia correspondiente.

En estos supuestos, se remite una comunicación a los interesados, una vez superados los 90 días en listas de espera, a fin de que antes de 45 días desde la recepción de tal comunicación manifiesten la aceptación o rechazo a la alternativa propuesta.

En relación con ello, es importante resaltar que aquellos pacientes que desestiman la alternativa asistencial permanecen en el registro de demanda quirúrgica de su hospital de referencia sin pérdida de la antigüedad en la misma, así como que se excluye de la lista de espera quirúrgica a los que aceptan la oferta propuesta, tan pronto como se formaliza dicha aceptación. Por consiguiente, en el registro de demanda quirúrgica figuran los pacientes con procesos no incluidos en el decreto de garantías y aquellos que han desestimado la posibilidad de ser intervenidos en un centro concertado, pero no así aquellos que han aceptado esta alternativa y que todavía no han sido intervenidos.

De otra parte, debe dejarse constancia también, de una parte, de la entrega a los interesados de un documento acreditativo de su inclusión en lista de espera y, de otra, que hospitales como La Fe, de Valencia, y General Universitario, de Alicante, asumen la atención de pacientes pertenecientes a otras áreas sanitarias.

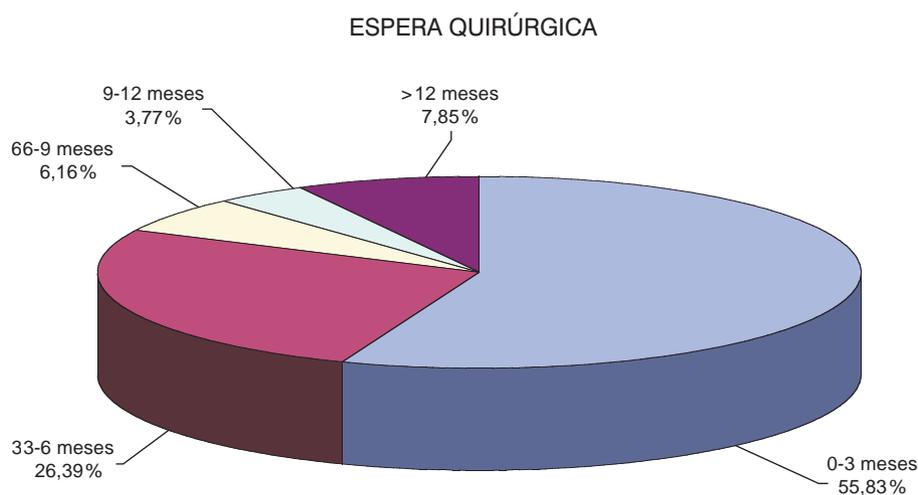
En relación con el hospital La Fe, el punto de partida no puede ser otro que el de subrayar la realidad bien distinta en cuanto a espera quirúrgica, según se trate de uno u otro centro del complejo hospitalario (Tabla 43).

TABLA 43. HOSPITAL LA FE, DE VALENCIA.  
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA  
(30/9/2002)

CENTRO	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA				
		0-3 MESES	3-6 MESES	6-9 MESES	9-12 MESES	> 12 MESES
H. General	920	598	253	40	20	9
H. Rehabilitación	1.203	546	303	94	65	195
H. Maternal	88	83	5	0	0	0
H. Infantil	388	224	125	26	13	0
TOTAL	2.599	1.451	686	160	98	204

Fuente: Sistema de información del hospital La Fe.

De forma gráfica y porcentual, los tiempos de espera son los que se representan a continuación:



En este panorama variable y relativo al complejo La Fe sobresale el hospital de Rehabilitación, que es el que presentaba, además con diferencia, mayor número de pacientes y tiempos de demora.

En concreto, a 30 de julio de 2002 el total de pacientes en el registro de demanda quirúrgica del complejo hospitalario ascendía a 2.599, de ellos 98 con demora entre nueve y doce meses y 204 superior a un año, correspondiendo la práctica totalidad de los mismos al hospital de rehabilitación. El hecho de que prácticamente el 12 por 100 de los pacientes en lista de espera estuvieran

incluidos en la misma desde hacía más de nueve meses daba a entender la existencia de amplios tiempos medios de espera.

Ello era así a 30 de septiembre de 2002, si bien el análisis por centros ofrecía un reflejo dispar. Por su indudable valor y significado, se procede a continuación a detallar los tiempos medios de espera en los centros del hospital La Fe.

En el hospital General destacaban las demoras medias de neurocirugía (96,17 días) y otorrinolaringología (95,09 días) (Tabla 44).

TABLA 44. H. GENERAL LA FE, DE VALENCIA.  
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.  
TIEMPO MEDIO DE ESPERA  
(30/9/2002)

SERVICIO	TIEMPO MEDIO DE ESPERA (DÍAS)
C. General y Digestivo I HOS	88,70
C. General y Digestivo II HOS	56,69
C. Cardiovascular	—
C. Tórax	73,52
Neurocirugía	96,17
Oftalmología	67,32
Otorrinolaringología	95,09
U. C. Hepatobiliopancre.-Hosp.	52,50
Urología-Hosp.	88,73
TOTAL	81,13

Fuente: Sistema de información del hospital La Fe.

En el hospital Infantil los mayores tiempos medios de espera se producían en las especialidades de neurocirugía (143,83 días), ortopedia (126,77 días) y cirugía plástica (116,00 días) (Tabla 45).

TABLA 45. H. INFANTIL LA FE, DE VALENCIA.  
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.  
TIEMPO MEDIO DE ESPERA  
(30/9/2002)

SERVICIO	TIEMPO MEDIO DE ESPERA (DÍAS)
Cardiovascular	79,85
Cirugía general	71,16
Cirugía plástica	116,00

TABLA 45. (Cont.)

SERVICIO	TIEMPO MEDIO DE ESPERA (DÍAS)
Maxilofacial	17,61
Neurocirugía	143,83
Ortopedia	126,77
Otorrino	44,90
Urología	87,57
TOTAL	87,50

Fuente: Sistema de información del hospital La Fe.

A diferencia de los centros anteriores, el hospital maternal presentaba demoras sensiblemente inferiores, la máxima de las cuales en el servicio de esterilidad (58,21 días) (Tabla 46).

TABLA 46. H. MATERNAL LA FE, DE VALENCIA.  
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.  
TIEMPO MEDIO DE ESPERA (30/9/2002)

SERVICIO	TIEMPO MEDIO DE ESPERA (DÍAS)
Esterilidad	58,21
Ginecología I	44,60
Ginecología II	32,25
Ginecología III	33,78
Oncología	23,20
Unidad funcional de mama	34,00
TOTAL	39,19

Fuente: Sistema de información del hospital La Fe.

Sobre los centros anteriores resaltaban, además apreciablemente, los extraordinarios tiempos medios de espera del hospital de Rehabilitación. Así deben de calificarse, por ejemplo, demoras medias de 235 días en cirugía ortopédica y traumatología, 224 días en cirugía plástica, 338 días en la unidad de mano, 236 días en la unidad de pie y 312 días en la unidad de raquis (Tabla 47).

TABLA 47. H. REHABILITACIÓN LA FE, DE VALENCIA.  
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.  
TIEMPO MEDIO DE ESPERA (30/9/2002)

SERVICIO	TIEMPO MEDIO DE ESPERA (DÍAS)
Cirugía maxilofacial	98,66
Cirugía ortopédica y trauma A	234,60
Cirugía ortopédica y trauma B	146,71
Cirugía plástica	224,41
Miembro superior raquis.cer	97,80
Osteotaxis	136,59
Quemados	76,33
Unidad de artroscopia	61,17
Unidad de cadera	54,75
Unidad de mano	336,37
Unidad de pies	236,05
Unidad de raquis-hospitalización	312,29

Fuente: Sistema de información del hospital La Fe.

Para obtener la visión más amplia posible sobre el hospital de Rehabilitación se reflejan seguidamente estos mismos datos, incluyendo además los tramos de espera de los pacientes pendientes de intervención (Tabla 48).

TABLA 48. H. REHABILITACIÓN LA FE, DE VALENCIA.  
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA POR SERVICIOS (OCTUBRE 2002)

ESPECIALIDAD	TRAMOS DE ESPERA			TOTAL PACIENTES	DEMORA MEDIA (DÍAS)
	0-3 MESES	> 3 MESES	> 12 MESES		
C. Maxilofacial	204	90	8	302	99
C. Ortopedia y Trauma A	19	24	10	53	235
C. Ortopedia y Trauma B	19	9	3	31	147
C. Plástica	118	212	69	399	224
M. S. Raquis	40	25	1	66	98
Osteotaxis	13	16	0	29	137
Quemados	3	0	0	3	76
Artroscopia	17	1	0	18	61
Unidad cadera	14	2	0	16	55
Unidad mano	27	103	49	179	336
Unidad pies	22	44	14	80	236
Unidad raquis-hospitaliz.	18	101	40	159	312
Unidad rodilla	26	34	1	61	—
TOTAL	540	661	195	1.396	—

Fuente: Sistema de información del hospital La Fe.

Sobre lo anteriormente expuesto cabe añadir que en el sistema de información del hospital de Rehabilitación figuraban, a 30 de septiembre de 2002, pacientes incluidos en lista de espera en el año 2000 con procesos considerados menos invalidantes (obesidad mórbida, tejido adiposo, orejas de soplillo...).

Igualmente se observaron importantes demoras en los otros dos hospitales visitados a finales de septiembre de 2002. Así, en el hospital Universitario de Alicante, y según el sistema de información del centro, figuraban pacientes en el registro de demanda quirúrgica que habían sido incluidos en el mismo a primeros del año 2001, es decir, hacía 21 meses.

En un plano de mayor concreción, puede señalarse que los pacientes más antiguos en lista de espera en el hospital de Alicante habían sido incluidos en la misma en enero y febrero de 2001, en la especialidad de traumatología; en febrero y junio de 2001, en oftalmología; en marzo de 2002, en ginecología; en marzo y mayo de 2001, en otorrinolaringología; en junio de 2001, en urología; en enero y agosto de 2001, en angiología/cirugía vascular; en octubre de 2001, en neurocirugía, y en junio de 2001, en cirugía plástica.

Estos pacientes más antiguos bien presentaban procesos que no estaban incluidos en el decreto de garantías, bien habían rechazado la oferta para ser atendidos en un centro alternativo.

Análoga situación se producía en el hospital Vega Baja, también a finales de septiembre de 2002, donde figuraba algún paciente en lista de espera que había sido incluido en la misma en el año 1999. En términos generales se trataba de pacientes que habían desestimado la alternativa propuesta para ser intervenidos en otro centro.

A este respecto, cabe indicar que en este último hospital los pacientes más antiguos figuraban en lista de espera desde las fechas que seguidamente se detallan: desde el 2 y 13 de febrero y 22 de marzo del año 2000, en traumatología; desde el 8 de octubre de 1999 y 1 de enero y 22 de septiembre de 2000, en oftalmología; desde el 18 de enero y 22 de marzo de 2002, en urología; desde el 22 y 29 de enero de 2002, en otorrinolaringología; desde el 4 y 24 de abril y 8, 12 y 18 de junio de 2001, en cirugía general; desde el 30 de noviembre de 2001 y 15 de marzo de 2002, en ginecología. Es decir, varios años de espera en algunos supuestos.

En relación con estos casos es importante subrayar que en el «campo de observaciones» del sistema de información de la mayor parte de ellos únicamente figuraba que habían rechazado la alternativa para ser intervenidos en un centro privado.

## 11. *COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA*

En el informe remitido por la Consejería de Sanidad y Consumo se enfatizó el hecho de que con anterioridad a 2002 se habían dictado instrucciones, en

algunos casos por escrito, para no incluir a pacientes en lista de espera quirúrgica hasta que se tuviera la seguridad de que podían salir de la misma en el período máximo fijado de seis meses.

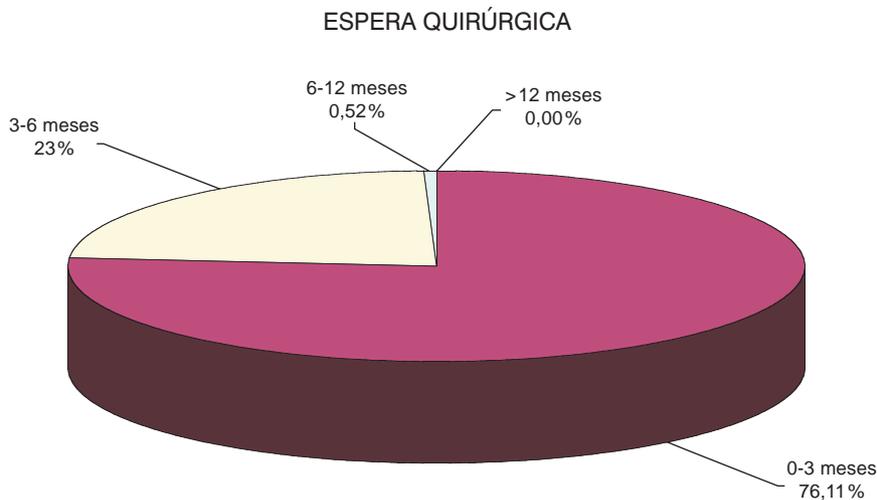
Con esta salvedad, la citada Consejería informó que a 31 de diciembre de 2001 el total de pacientes en el registro de demanda quirúrgica era de 12.962, con un tiempo medio de espera de 62,7 días y una espera media de 89,1 días (Tabla 49).

TABLA 49. EXTREMADURA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (31/12/2001)

TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA				DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
	0-3 MESES	3-6 MESES	6-12 MESES	> 12 MESES		
12.962	9.865	3.030	67	0	62,7	89,1

Fuente: Consejería de Sanidad y Consumo.

La representación gráfica, con indicación de los porcentajes correspondientes a los tramos de demora, es la que se refleja a continuación:



Por consiguiente, a finales de diciembre de 2001 el porcentaje de pacientes en espera superior a seis meses era del 0,51 por 100 de los incluidos en el registro de demanda quirúrgica.

En los procesos más frecuentes en listas de espera destacaban, además de forma apreciable, el número de los incluidos en el procedimiento de cataratas y la espera media en esterilización (116 días), coleditiasis (111 días) y leiomioma uterino (109 días) (Tabla 50).

TABLA 50. EXTREMADURA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. PROCESOS MÁS FRECUENTES (31/12/2001)

PROCESO	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
		0-3 MESES	3-6 MESES	6-12 MESES		
Catarata senil	1.593	1.141	443	9	67	97
Catarata neom	1.058	705	352	1	72	93
Quiste sebáceo	374	286	86	2	61	68
H. inguinal	365	324	41	0	50	62
H. próstata	216	176	40	0	60	101
<i>Hallux valgus</i>	186	148	37	1	59	87
Esterilización	185	145	38	2	62	116
Varices	179	126	49	4	75	98
Osteoartrosis loc.	178	114	58	6	81	36
Adenoides	177	130	47	0	65	72
Osteoartrosis HSP	170	135	30	5	64	60
S. túnel carpiano	170	140	30	0	60	86
Colelitiasis	167	142	24	1	54	111
L. uterino	163	114	48	1	69	109
Pólipo útero	159	122	35	2	61	78

Fuente: Consejería de Sanidad y Consumo.

En el ámbito de esta Comunidad, y en relación con el complejo hospitalario de Cáceres, la lista de espera quirúrgica de este centro a finales de 2001 ascendía a 2.873 pacientes, con una demora media de 63 días y una espera media de 91 (Tabla 51).

TABLA 51. C. H. DE CÁCERES. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (31/12/2001)

TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
	0-3 MESES	3-6 MESES	6-12 MESES		
2.873	2.590	283	0	63	91

Fuente: Sistema de información del C. H. de Cáceres.

De lo anterior se infiere que aproximadamente el 90 por 100 de los pacientes del registro de demanda quirúrgica llevaban esperando menos de tres meses y el 10 por 100 entre tres y seis meses.

Entre los procesos más frecuentes destacaba notablemente el relativo al procedimiento de catarata en cuanto al número de pacientes en espera (Tabla 52).

TABLA 52. C. H. DE CÁCERES. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. PROCESOS MÁS FRECUENTES (31/12/2001)

PROCEDIMIENTO	TOTAL PACIENTES	DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
Catarata	823	76	129
H. inguinal	170	49	88
Prótesis cadera	18	59	105
Prótesis rodilla	78	78	111
Artroscopia	36	64	88
Varices MM. II.	32	62	143
Colelitiasis	37	47	125
Sinus pilonidal	16	52	64
<i>Hallux valgus</i>	32	59	100
S. túnel carpiano	33	57	118
Adeno-amigdalitis	85	62	89
H. próstata	45	45	63

Fuente: Sistema de información del C. H. de Cáceres.

Entre los procesos con mayor tiempo medio de espera se encontraban los de catarata y prótesis de rodilla (76 y 78 días, respectivamente). Respecto a la espera media de los pacientes intervenidos durante el año 2001, los procedimientos con mayor extensión temporal fueron los de catarata y varices (129 y 143 días, respectivamente).

En el período transcurrido entre 31 de diciembre de 2001 y 31 de marzo de 2002, fecha esta última en la que se efectuó una visita al complejo hospitalario de Cáceres, se produjo un ligero incremento de pacientes en espera quirúrgica, afectando fundamentalmente a la especialidad de oftalmología. Este incremento determinó la aparición de pacientes en el tramo de espera superior a 180 días, que habían sido incluidos en el registro de demanda en el mes de septiembre de 2001, salvo cuatro que lo fueron en el mes de agosto y uno en el mes de julio del mencionado año.

En el complejo hospitalario de Badajoz la lista de espera quirúrgica a 31 de diciembre de 2001 estaba integrada por 3.613 pacientes, con una demora media de 70 días y una espera media de 106 días (Tabla 53).

TABLA 53. C. H. DE BADAJOZ. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (31/12/2001)

TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
	0-3 MESES	3-6 MESES	6-12 MESES		
3.613	2.583	1.029	1	70	106

Fuente: Sistema de información del C. H. de Badajoz.

En este complejo hospitalario el porcentaje de pacientes que esperaban menos de tres meses era del 72 por 100 del total, correspondiendo el 28 por 100 restante a los pacientes con demora entre tres y seis meses.

En este mismo centro, y por lo que se refiere a los procesos más frecuentes en lista de espera, resaltaban, en demora media, los procedimientos de prótesis de cadera y de rodilla (80 y 77 días, respectivamente) y, en espera media, los de catarata (152 días) e hiperplasia benigna de próstata (144 días) (Tabla 54).

TABLA 54. C. H. DE BADAJOZ. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.  
PROCESOS MÁS FRECUENTES  
(31/12/2001)

PROCEDIMIENTO	TOTAL PACIENTES	DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
Catarata	532	76	152
H. inguinal	169	67	94
Prótesis cadera	59	80	116
Prótesis rodilla	168	77	126
Artroscopia	93	75	124
Varices MM. II.	108	83	104
Colelitiasis	99	76	112
Sinus pilonidal	37	60	114
<i>Hallux valgus</i>	77	65	131
S. túnel carpiano	45	67	107
Adeno-amigdalec.	82	59	83
H. Próstata	54	67	144

Fuente: Sistema de información del C. H. de Badajoz.

También en el complejo hospitalario de Badajoz se produjo un ligero incremento de la demora quirúrgica en el período comprendido entre finales de 2001 y el 31 de marzo de 2002 (quizás debido a la inclusión de pacientes que antes no figuraban en lista de espera), tanto en el número total de pacientes como en el porcentaje de los que esperaban más de tres meses (31,25 por 100). Por el contrario, en este período se redujeron la demora y espera media (Tabla 55).

TABLA 55. C. H. DE BADAJOZ. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA  
(MARZO 2002)

ESPECIALIDAD	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
		0-3 MESES	3-6 MESES	6-9 MESES		
ACV	118	86	32	0	66	134
CCA	30	30	0	0	33	47
CGD	907	656	251	0	63	68
CMF	73	56	17	0	54	47
CPE	172	135	37	0	61	86
CTO	9	8	1	0	52	22
GIN	226	166	60	0	68	96
NRC	154	99	52	3	81	120
OFT	771	472	299	0	79	134
ORL	196	173	23	0	47	62
TRA	725	446	279	0	76	131
URO	362	246	115	1	73	102
TOTAL	3.743	2.573	1.166	4	69	95

Fuente: Sistema de información del C. H. de Badajoz.

## 12. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

La Consejería de Sanidad, en un elaborado informe, remitió los indicadores solicitados, si bien puntualizó que en alguno de los epígrafes podían existir divergencias en cuanto a los tramos de espera, dado que la aplicaciones que manejaba el Servicio Gallego de Salud podían hacer referencia a otros criterios.

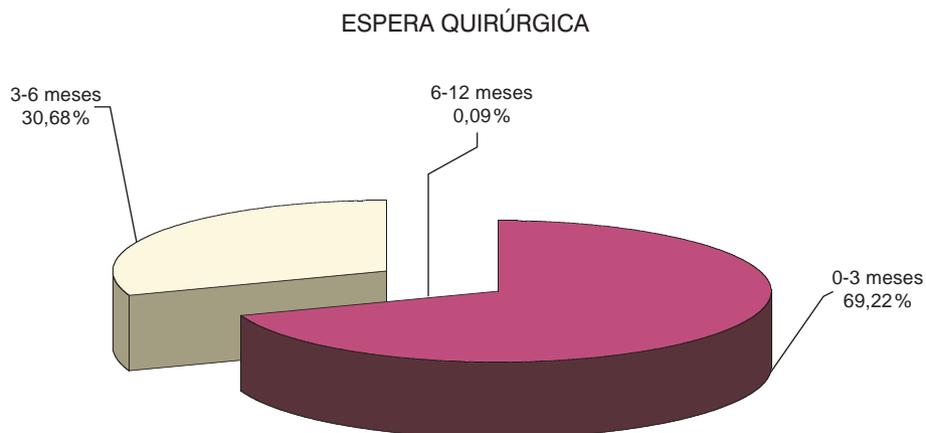
En este contexto, la mencionada Consejería adelantó que a 31 de diciembre de 2001 el total de pacientes en lista de espera era de 25.185, con una demora media de 71 días (Tabla 56).

TABLA 56. GALICIA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA  
(31/12/2001)

TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
	0-3 MESES	3-6 MESES	6-12 MESES		
25.185	17.434	7.728	23	71	98

Fuente: Consejería de Sanidad.

La representación gráfica, con indicación del tanto por ciento de pacientes en cada uno de los tramos de espera, es la que seguidamente se reproduce:



Entre estos indicadores sobresale el alto porcentaje, prácticamente un 31 por 100, de pacientes en espera superior a tres meses y la demora media de 71 días.

Estos mismos datos, si bien referidos a los procesos más frecuentes, se expresan en el cuadro siguiente (Tabla 57).

**TABLA 57. GALICIA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.  
PROCESOS MÁS FRECUENTES  
(31/12/2001)**

PROCEDIMIENTO	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA				DEMORA MEDIA (DÍAS)
		0-3 MESES	3-6 MESES	6-12 MESES	> 12 MESES	
Catarata	3.548	2.483	1.063	2	0	69,4
Prótesis cadera	646	445	201	0	0	71,0
Prótesis rodilla	624	429	191	4	0	76,5
Varices	1.562	1.026	530	6	0	73,8
Artroscopia	937	628	306	3	0	80,6
<i>Hallux valgus</i>	489	319	170	0	0	74,8
S. túnel carpiano	789	547	242	0	0	72,9
Hernia inguinal	1.039	723	314	2	0	77,3
Colecistectomía	170	119	51	0	0	69,9
Sinus pilonidal	433	319	113	1	0	69,0
Amígdalas-adenoides	761	436	325	0	0	84,8
Adenom. de próstata	274	202	72	0	0	67,7

*Fuente:* Consejería de Sanidad.

Sobre la demora media de 71 días destaca la de los procedimientos de prótesis de rodilla (76,5 días), varices (73,8 días), artroscopia (80,6 días), *hallux valgus* (74,8 días), hernia inguinal (77,3 días) y adenoamigdalectomía (84,8 días).

Por centros hospitalarios y procedimientos, las mayores demoras medias correspondían a los procedimientos de adenoma de próstata (98,9 días), adenoamigdalectomía (100,1 días), en el hospital Xeral de Lugo, y de prótesis de rodilla (85,9 días), artroscopia (82,5 días) y hernia inguinal (86,3 días), en el complejo hospitalario de Orense.

El análisis comparativo de pacientes y demoras medias en diferentes hospitales de Galicia ofrece el siguiente resultado (Tabla 58).

TABLA 58. GALICIA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. PACIENTES Y DEMORA MEDIA EN CUATRO HOSPITALES (31/12/2001)

HOSPITAL	PACIENTES	DEMORA MEDIA (DÍAS)
C. H. Coruña	3.540	75
C. H. Lugo	1.943	75
C. H. Orense	2.718	70
C. H. Pontevedra	2.683	68

Fuente: Consejería de Sanidad.

Las esperas reflejadas en los apartados precedentes, y referidas a la situación existente a 31 de diciembre de 2001, experimentaron un sensible incremento en los primeros seis meses de 2002, tal y como se desprende de la página *web* del Servicio Gallego de Salud.

En efecto, según esta fuente de información, a 30 de junio de 2002 la espera quirúrgica de la Comunidad había variado sensiblemente (Tabla 59).

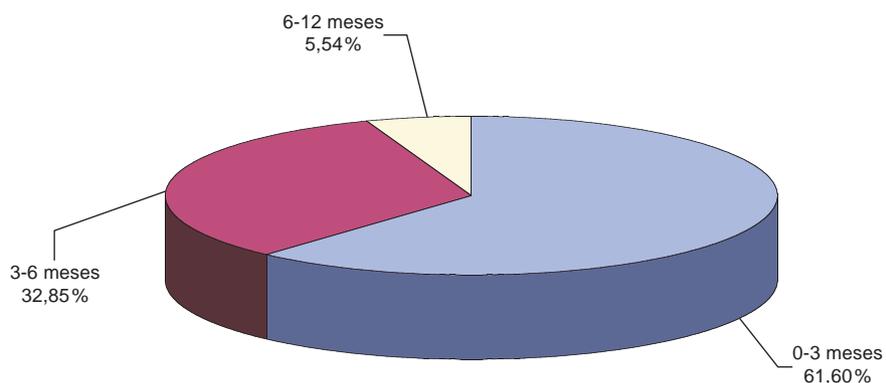
TABLA 59. GALICIA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (30/6/2002)

TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)
	0-3 MESES	3-6 MESES	6-12 MESES	
28.982	17.853	9.522	1.607	84,7

Fuente: Página *web* del Servicio Gallego de Salud.

Para una mayor comprensión, se detalla de forma gráfica y porcentual la distribución de pacientes por tramos de espera:

### DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES



De esta distribución gráfica se infiere que en los seis primeros meses de 2002 se incrementó en un 7 por 100 el porcentaje de los pacientes que esperaban más de tres meses y en un 5,5 por 100 los de más de seis meses y, lo que es más importante, que la demora media había pasado de 71 días en diciembre de 2001 a 84,7 días en junio de 2002.

Como complemento de lo expuesto en relación con la lista de espera en junio de 2002, se detallan seguidamente los servicios que presentaban demoras superiores a seis meses en el conjunto de la Comunidad (Tabla 60).

TABLA 60. GALICIA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. PACIENTES EN ESPERA SUPERIOR A SEIS MESES (30/6/2002)

SERVICIO	PACIENTES > 6 MESES
C. Vascular	97
C. Cardíaca	2
C. Maxilofacial	18
C. Pediátrica	12
C. Plástica	171
C. General	184
Dermatología	26
Neurocirugía	27
Oftalmología	345
ORL	25
Traumatología	633
Urología	40
Ginecología	27
TOTAL	1.607

Fuente: Página web del Servicio Gallego de Salud.

Por hospitales, la situación del total de pacientes en lista de espera quirúrgica, con indicación de los que llevaban en espera más de seis meses y de la demora media a 30 de junio de 2002, es la que se refleja seguidamente (Tabla 61).

TABLA 61. GALICIA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA POR HOSPITALES (30/06/2002)

HOSPITAL	TOTAL PACIENTES	PACIENTES > 6 MESES	DEMORA MEDIA (DÍAS)
Meixoeiro	3.666	962	123,2
Xeral-Cíes	4.110	15	85,9
Pontevedra	2.992	180	84,4
Do Salnes	559	1	90,8
Barbanza	543	16	78,2
V. Xunqueira	337	37	93,8
Santiago	4.071	0	71,7
Juan Canalejo	3.760	258	82,9
Arquitecto Marcide	2.034	20	76,7
Dacosta	540	0	63,6
Xeral-Calde	2.115	97	83,6
Monforte	494	19	71,5
Valdeorras	339	1	59,0
Ourense	3.105	0	72,2
Verín	317	1	67,8
TOTAL	28.982	1.607	84,7

Fuente: Página web del Servicio Gallego de Salud.

Especialmente llamativas son las notables demoras medias de la mayor parte de los centros hospitalarios de la comunidad, destacando entre ellas la relativa al hospital Meixoeiro (123 días), centro en el que el 26,24 por 100 del total de pacientes en espera lo estaba por un período superior a seis meses.

En relación con la información que se acaba de detallar, debe advertirse que la misma se refiere a la espera de índole estructural y a la que deriva de razones clínicas y personales.

### 13. COMUNIDAD DE MADRID

En septiembre de 2002 la Consejería de Sanidad manifestó que se remitían aquellos indicadores que se ajustaban más fielmente a la solicitud efectuada por esta Institución, ya que en algún caso, como el de los procesos más frecuentes en lista de espera, no existía una coincidencia total con lo específicamente recabado, debido a que la información se obtenía de forma estandarizada. No obstante

ello, se resaltó que los datos que se enviaban se ajustaban en gran medida a la información requerida.

En este sentido, esta Comunidad expresó que a 31 de diciembre de 2001, se encontraban incluidos en el registro de demanda quirúrgica 47.773 pacientes, de ellos 1.068 en espera superior a seis meses, que se centraba exclusivamente en los hospitales Gregorio Marañón y El Escorial (Tabla 62).

TABLA 62. MADRID. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (31/12/2001)

TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS) (2)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
	0-3 MESES	3-6 MESES	> 6 MESES (1)		
47.773	39.399	7.306	1.068	54	87

(1) Exclusivamente en los hospitales Gregorio Marañón y El Escorial.

(2) Sin incluir datos de los hospitales Gregorio Marañón y El Escorial.

Fuente: Consejería de Sanidad.

La representación gráfica, con indicación del porcentaje correspondiente a los tiempos de espera, es la que se reproduce a continuación:



Asimismo, la Consejería de Sanidad informó que la lista de espera en el hospital Gregorio Marañón a finales de 2001 estaba integrada por 3.721 pacientes, según el siguiente detalle (Tabla 63).

TABLA 63. H. GREGORIO MARAÑÓN. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (31/12/2001)

TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
	0-3 MESES	3-6 MESES	> 6 MESES		
3.721	2.995	601	125	65	73

Fuente: Consejería de Sanidad.

Esta información, facilitada, como se ha indicado, por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, coincide básicamente con la proporcionada por el Instituto Nacional de la Salud respecto a los hospitales de la región que a 31 de diciembre de 2001 dependían de esta entidad.

En efecto, este último organismo manifestó que a finales de 2001 los pacientes en espera quirúrgica de su red hospitalaria en Madrid ascendían a 42.167, sin que ninguno de ellos sufriera demoras superior a seis meses.

De lo anterior se deduce, por tanto, que a finales de 2001 figuraban 42.167 pacientes en lista de espera en el ámbito del Instituto Nacional de la Salud y, por exclusión, 4.906 en los centros dependientes en esa fecha de la Comunidad de Madrid (el hospital Gregorio Marañón, entre otros), 1.068 de estos últimos en espera superior a seis meses.

Ya en el año 2002 cabe destacar que a 30 de junio los centros hospitalarios dependiente del Instituto Madrileño de Salud, organismo que asumió la gestión de los hospitales procedentes del Instituto Nacional de la Salud, presentaban la demora quirúrgica que seguidamente se relaciona (Tabla 64).

TABLA 64. INSTITUTO MADRILEÑO DE SALUD.  
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (30/6/2002)

TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
	0-3 MESES	3-6 MESES	> 6 MESES		
45.013	34.620	9.911	482	60	75

Fuente: Consejería de Sanidad.

De forma gráfica, la distribución porcentual por tramos de espera es la que seguidamente se representa:



En un plano comparativo, y circunscribiéndonos exclusivamente a los centros hospitalarios dependientes del Instituto Nacional de la Salud hasta el 31 de diciembre de 2001 y, a partir de esta fecha, del Instituto Madrileño de Salud, cabe efectuar las tres siguientes consideraciones. En primer lugar, que en los seis primeros meses del año 2002 se había incrementado la lista de espera quirúrgica en 2.846 pacientes. En segundo término, que a finales de 2001 el porcentaje de pacientes en espera entre tres y seis meses era del 15,16 por 100, sin existir demoras superiores a seis meses, en tanto que a finales de junio de 2002 el porcentaje de los pacientes en espera entre tres y seis meses era del 22,02 por 100 y del 1,07 por 100 los que se encontraban en espera de más de seis meses. Y en tercer lugar, que la demora media se fijaba en 54 días en diciembre de 2001 y en 60 días en junio de 2002, si bien la espera media era menor en esta última fecha, 75 frente a 87 días.

Por lo que respecta a los centros del Servicio Madrileño de Salud, el total de pacientes en lista de espera a 30 de junio de 2002 era de 8.539, con una demora media de 71 días y una espera media de 91 días (Tabla 65).

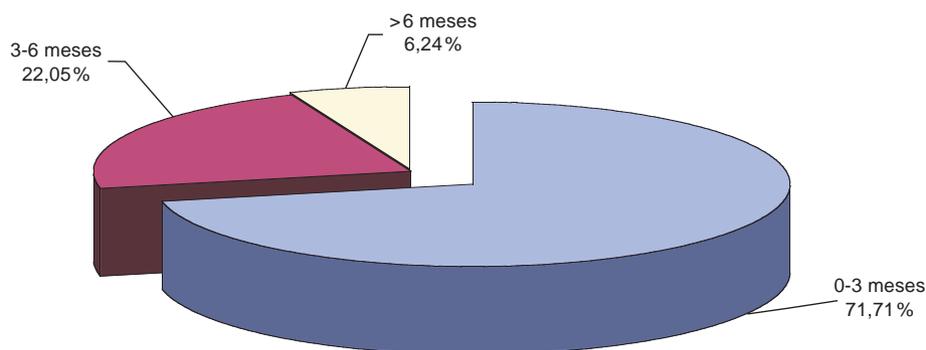
TABLA 65. SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD.  
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA 30/6/2002)

TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
	0-3 MESES	3-6 MESES	> 6 MESES		
8.539	6.123	1.883	533	71	91

Fuente: Consejería de Sanidad.

Esta información, de forma gráfica y porcentual por tramos de espera, es la que se detalla a continuación:

SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA



De estos indicadores destacan el relativo a los pacientes en espera superior a seis meses (6,24 por 100 del total), la demora media (71 días) y la espera media (91 días). Estos dos últimos indicadores a finales de 2001 eran de 65 y 73 días, respectivamente, en el hospital Gregorio Marañón.

Centrándonos en los datos globales de la espera quirúrgica en la Comunidad Autónoma a 30 de junio de 2002, es decir, los centros hospitalarios del Instituto Madrileño de Salud y del Servicio Madrileño de Salud, excepción hecha de los hospitales de El Escorial y Carlos III, el número total de pacientes en el registro de demanda quirúrgica era de 53.552, con una demora media de 61 días y una espera media de 78 días (Tabla 66).

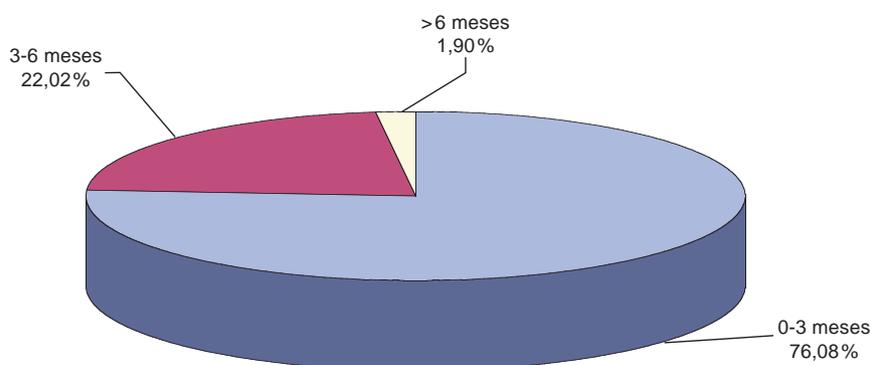
TABLA 66. MADRID. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (30/6/2002)

TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
	0-3 MESES	3-6 MESES	> 6 MESES		
53.552	40.743	11.794	1.015	61	78

Fuente: Consejería de Sanidad.

Esta misma información, de forma gráfica y porcentual, es la que se detalla seguidamente:

MADRID. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA



Por consiguiente, el 76,08 por 100 de los pacientes de la Comunidad de Madrid se encontraban en espera inferior a tres meses, el 22,02 por 100 entre tres y seis meses y el 1,90 por 100 superior a seis meses.

Los datos anteriores distribuidos entre los procesos más frecuentes en espera quirúrgica ofrecen los resultados que seguidamente se detallan (Tabla 67).

TABLA 67. MADRID. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.  
PROCESOS MÁS FRECUENTES

PROCEDIMIENTO	TOTAL PACIENTES	> 6 MESES	DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
Catarata	9.360	91	62	88
H. inguinal	2.618	7	52	81
Osteoartrosis	2.374	145	75	112
Varices MM. II.	1.759	128	76	111
Trastorno rodilla	1.605	29	63	91
<i>Hallux valgus</i>	1.590	42	62	91
Hernia abdominal	1.345	14	61	95
Adeno-amigdalec.	1.260	1	62	91
Atención contraceptiva	1.176	16	58	79
Colelitiasis	1.132	4	56	78
Fimosis	951	26	60	76
Trastorno sinovia tendón	926	21	60	99
Glándulas sebáceas	906	12	50	61
Tabique nasal	845	0	58	96
Mononeuritis	819	23	62	89

Fuente: Consejería de Sanidad.

Entre estos indicadores sobresalían el número de pacientes con procesos de osteoartrosis y enfermedades afines y venas varicosas de las extremidades inferiores, 145 y 128, respectivamente, en espera superior a los seis meses, así como las correspondientes demoras medias (75 y 76 días, respectivamente) y esperas medias (112 y 111 días, respectivamente).

Como complemento de la situación general descrita en los apartados precedentes, seguidamente se detalla la valoración obtenida en las visitas efectuadas en julio de 2002 a los hospitales Doce de Octubre, La Paz, Gregorio Marañón y Severo Ochoa.

En el hospital Doce de Octubre y a 15 de julio de 2002 figuraban 6.709 pacientes en el registro de demanda quirúrgica, con una demora media de 71,78 días. De estos pacientes, 234 se encontraban en espera superior a seis meses, 72 de ellos entre nueve y doce meses (Tabla 68).

TABLA 68. H. DOCE DE OCTUBRE. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.  
PACIENTES EN ESPERA SUPERIOR A SEIS MESES (15/7/2002)

SERVICIO	TOTAL PACIENTES	PACIENTES > 6 MESES	DEMORA MEDIA (DÍAS)
Cirugía General I	98	41	135
Cirugía General II	155	1	66
Cirugía General III	107	1	53

TABLA 68. (Cont.)

SERVICIO	TOTAL PACIENTES	PACIENTES > 6 MESES	DEMORA MEDIA (DÍAS)
Cirugía Digestivo II	129	1	75
Cirugía Plástica	325	15	81
Neurocirugía	43	6	95
Oftalmología-PL4	1.861	36	76
Traumatología 2 A	268	9	82
Traumatología 1 B	292	22	80
Traumatología 2 C	176	2	60
Traumatología 1 D	138	22	95
Traumatología 2 E	313	56	107
Traumatología 1 F	160	13	83
Urología	358	9	61

Fuente: Sistema de información del hospital Doce de Octubre.

Los datos que se acaban de reflejar requieren las tres siguientes puntualizaciones. En primer lugar, que de la información facilitada tanto por el Instituto Nacional de la Salud como por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid se desprende que en el hospital Doce de Octubre no existían pacientes en espera superior a seis meses a 31 de diciembre de 2001, mientras que el número de éstos era de 234 en julio de 2002. En relación con ello debe dejarse constancia de que, según el sistema de información del centro, figuraban 44 pacientes en espera superior a seis meses a finales de 2001. En segundo término, que a finales de diciembre de 2001 la demora media era de 60 días, en tanto que en julio de 2002 se cifraba en 71,78 días. En tercer lugar, que resultan excesivos los tiempos medios de espera en determinados servicios, como son, entre otros, cirugía general A, sección 1 (135 días), cirugía plástica (81 días), neurocirugía (95 días), traumatología 1D (95 días) y traumatología 2E (107 días).

En relación con el hospital La Paz es preciso comenzar poniendo de manifiesto que el número total de pacientes en listas de espera a 31 de diciembre de 2001 era de 5.261, con un tiempo medio de espera de 51 días y una espera media de 74 días. Estos mismos indicadores referidos al 30 de junio de 2002 reflejaban que el registro de demora quirúrgica estaba integrado por 5.623 pacientes, con una demora media de 54 días y una espera media de 76 días (Tabla 69).

TABLA 69. H. LA PAZ. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (30/6/2002)

TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
	0-3 MESES	3-6 MESES	> 6 MESES		
5.623	4.579	1.044	0	54	76

Fuente: Consejería de Sanidad.

El análisis de la situación existente en el hospital La Paz a 31 de diciembre de 2001 y a 30 de junio de 2002 ofrece un ligero incremento (si bien menor que en el hospital antes mencionado) de la demora quirúrgica en parámetros tales como el porcentaje de pacientes en espera entre tres y seis meses (15,1 en diciembre de 2001 y 18,5 en junio de 2002), demora y espera medias (51 y 74 días en diciembre de 2002 y 54 y 76 días en junio de 2002).

En esta última fecha, es decir, el 30 de junio de 2002, los indicadores relativos a los procesos más frecuentes eran los que seguidamente se especifican (Tabla 70).

TABLA 70. H. LA PAZ, DE MADRID. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA  
(30/6/2002)

PROCEDIMIENTO	TOTAL PACIENTES	> 6 MESES	DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
Catarata	821	0	41	72
Amígdalas/adenoides	347	0	71	111
Prepucio/fimosis	258	0	73	119
Atención contraceptiva	228	0	72	132
Osteoartrosis y afines	223	0	58	101
Varices MM. II.	221	0	46	92
Hernia inguinal	200	0	45	74
Trastorno interno rodilla	158	0	54	91
<i>Hallux valgus</i>	123	0	54	86
Cálculo riñón	117	0	53	72

Fuente: Consejería de Sanidad.

Respecto al hospital Gregorio Marañón, anteriormente se ha indicado que a finales de 2001 la espera quirúrgica afectaba a 3.721 pacientes, de ellos 125 en espera superior a los seis meses, con una demora media de 65 días y una espera media de 73 días (ver Tabla 63).

Estos indicadores, referidos a la situación existente el 22 de julio de 2002, ofrecen un panorama relativamente distinto (Tabla 71).

TABLA 71. H. GREGORIO MARAÑÓN, DE MADRID.  
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA  
(22/7/2002)

CENTRO	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA						DEMORA MEDIA
		0-3 MESES	3-5 MESES	5-6 MESES	6-9 MESES	9-12 MESES	> 12 MESES	
IPMQ	2.502	1.660	506	156	134	23	23	84
IPR	59	58	0	1	0	0	0	48
IPOG	334	309	25	0	0	0	0	51
Oncología	25	22	1	2	0	0	0	58
IPPP	206	194	11	1	0	0	0	50
Oftálmico	354	288	66	0	0	0	0	60
Cantoblanco	41	39	1	1	0	0	0	50
TOTAL	3.521	2.570	610	161	134	23	23	—

Fuente: Sistema de información del hospital Gregorio Marañón.

Por consiguiente, del total de pacientes en el registro de demanda quirúrgica, 134 de ellos esperaban más de seis meses, 23 más de nueve meses y 23 más de un año, destacando especialmente la alta demora de 84 días precisamente en el centro en el que figura el 71 por 100 de la espera quirúrgica (IPMQ).

Por servicios, las demoras superiores a seis, nueve y doce meses se centraban en los que se reflejan seguidamente (Tabla 72).

TABLA 72. H. GREGORIO MARAÑÓN, DE MADRID.  
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.  
PACIENTES EN ESPERA SUPERIOR A SEIS MESES

SERVICIO	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)
		6-9 MESES	9-12 MESES	> 12 MESES	
C. General I	212	2	0	2	62,37
C. General II	207	12	3	19	111,50
Urología	264	5	0	0	74,70
ORL	313	16	5	0	92,68
C. Plástica	138	34	0	0	120,22
C. Vascul ar	390	63	15	2	123,49
C. Tórax	25	1	0	0	63,78
C. Ortopédica	474	1	0	0	60,83

Fuente: Sistema de información del hospital Gregorio Marañón.

Consecuencia del significativo número de pacientes en espera superior a seis meses son las notables demoras medias en los servicios de cirugía general II (111,50 días), otorrinolaringología (92,68 días), cirugía plástica (120,22 días) y cirugía vascular (123,49 días).

En el hospital Severo Ochoa, de Leganés, el número de pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada a finales de 2001 era de 3.600, con un tiempo medio de espera de 57 días y una espera media de 84 (Tabla 73).

TABLA 73. H. SEVERO OCHOA, DE LEGANÉS.  
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (31/12/2001)

TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
	0-3 MESES	3-6 MESES	> 6 MESES		
3.600	2.908	692	0	57	84

Fuente: Sistema de información del hospital Severo Ochoa, de Leganés.

En este mismo hospital y a 30 de junio de 2002, el número de pacientes en lista de espera era de 3.251, con una demora media de 52 días y una espera media de 74 (Tabla 74).

TABLA 74. H. SEVERO OCHOA, DE LEGANÉS.  
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (30/6/2002)

TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
	0-3 MESES	3-6 MESES	> 6 MESES		
3.351	2.720	631	0	52	74

Fuente: Sistema de información del hospital Severo Ochoa, de Leganés.

En este centro no existían pacientes en espera superior a seis meses ni a finales de 2001 ni en julio de 2002, fecha esta última en la que se efectuó una visita puntual al centro.

Finalmente, y en cuanto a la gestión de las listas de espera en la Comunidad de Madrid, puntualizar que en hospitales de la región, al menos en tres de los cuatro visitados, no se entregaba a los interesados un documento acreditativo de su inclusión en el registro de demanda quirúrgica, y que se seguía el criterio de la pérdida de la antigüedad en tal registro de aquellos pacientes que no aceptaban la alternativa propuesta para ser intervenidos en un centro distinto al de referencia.

#### 14. REGIÓN DE MURCIA

Aun cuando los datos solicitados a la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia se referían a los centros procedentes del Instituto Nacional de la

Salud, cuya gestión había sido asumida el 1 de enero de 2002 por el Servicio Murciano de Salud, también se facilitaron datos sobre los hospitales General Universitario y Los Arcos, que a 31 de diciembre de 2001 dependían de la mencionada Consejería.

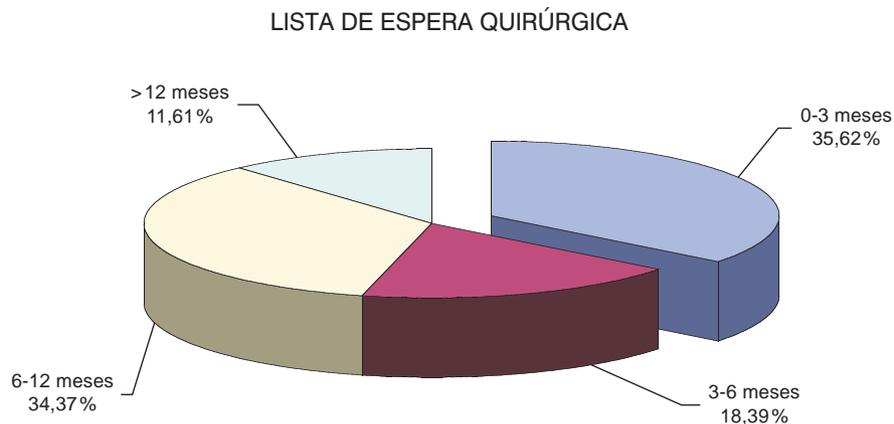
A tenor de los datos enviados, estos dos hospitales presentaban al final de 2001 notables demoras en la actividad quirúrgica. En relación con el Hospital General Universitario, la Consejería manifestó que el número de pacientes en el registro de demanda quirúrgica ascendía a 1.576, si bien únicamente detalló por tramos de espera la situación de 1.283 de estos pacientes. Según este detalle, 590 pacientes (45 por 100 del total) presentaban demoras superiores a seis meses y 149 (11 por 100 del total) a un año (Tabla 75).

TABLA 75. H. GENERAL UNIVERSITARIO DE MURCIA.  
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA  
(31/12/2001)

PACIENTES POR TRAMOS DE ESPERA			
0-3 MESES	3-6 MESES	6-12 MESES	> 12 MESES
457	236	441	149

Fuente: Consejería de Sanidad y Consumo.

La representación gráfica, con expresión de los tramos de espera, es la siguiente:



En este hospital, y en los procesos más frecuentes en lista de espera quirúrgica, la excesiva y reseñada demora ofrece los datos que se reflejan a continuación (Tabla 76).

TABLA 76. H. GENERAL UNIVERSITARIO DE MURCIA.  
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.  
PROCESOS MÁS FRECUENTES  
(31/12/2001)

PROCESO	TRAMOS DE ESPERA				TOTAL PACIENTES
	0-3 MESES	3-6 MESES	6-12 MESES	> 12 MESES	
H. inguinal/crural	56	46	42	3	147
Prótesis cadera	8	3	23	0	34
Prótesis rodilla	27	27	48	0	102
Artroscopia	9	11	3	0	23
Varices MM. II.	15	11	15	1	42
Colelitiasis	25	17	52	8	102
Sinus pilonidal	24	9	25	1	59
<i>Hallux valgus</i>	15	15	29	24	83
S. túnel carpiano	21	3	2	0	26

Fuente: Consejería de Sanidad y Consumo.

Análoga, si no superior, demora se producía en el hospital Los Arcos, de Santiago de la Ribera, centro en el que los pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada eran 1.425 a 31 de diciembre de 2001. De estos pacientes, 804 (56 por 100 del total) se encontraban en espera superior a seis meses y 353 (25 por 100 del total) a un año (Tabla 77).

TABLA 77. H. LOS ARCOS, DE SANTIAGO DE LA RIBERA (MURCIA).  
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (31/12/2001)

TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			
	0-3 MESES	3-6 MESES	6-12 MESES	> 12 MESES
1.425	365	256	451	353

Fuente: Consejería de Sanidad y Consumo.

Estos mismos indicadores del hospital Los Arcos, distribuidos entre los procesos más frecuentes en lista de espera, ponen de relieve la existencia de un significativo número de pacientes en cada uno de ellos con demoras superiores a seis y doce meses (Tabla 78).

TABLA 78. H. LOS ARCOS, DE SANTIAGO DE LA RIBERA (MURCIA).  
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. PROCESOS MÁS FRECUENTES

PROCESO	TRAMOS DE ESPERA				TOTAL PACIENTES
	0-3 MESES	3-6 MESES	6-12 MESES	> 12 MESES	
Catarata	39	53	33	10	135
H. inguinal/crural	12	10	18	17	57
Prótesis cadera	2	2	4	3	11
Prótesis rodilla	7	9	18	13	47
Artroscopia	6	8	15	5	34
Varices MM. II.	13	10	18	19	60
Colelitiasis	6	6	10	7	29
Sinus piloridal	12	11	16	17	56
<i>Hallux valgus</i>	4	5	10	5	24
S. túnel carpiano	4	2	8	1	15

Fuente: Consejería de Sanidad y Consumo.

Por lo que se refiere al conjunto de los centros hospitalarios que a 31 de diciembre de 2001 dependían del Instituto Nacional de la Salud y que, con posterioridad a esta fecha, fue transferida su gestión a la Comunidad Autónoma, el número total de pacientes en lista de espera quirúrgica era de 10.416, ninguno de ellos con demora superior a seis meses.

Por su relevancia y significación, al tratarse del mayor hospital de la región, se traen a colación los indicadores del hospital Virgen de la Arrixaca, centro en el que todos los pacientes figuraban en el registro de demanda quirúrgica, incluidos los derivados a centros concertados en tanto no se llevaba a cabo la intervención, y en el que se facilitaba a los interesados un documento acreditativo de su inclusión en lista de espera.

A 31 de diciembre de 2001, la lista de espera quirúrgica en el hospital Virgen de la Arrixaca afectaba a 3.310 pacientes, con una demora y espera medias de 57,8 y 47,3 días, respectivamente (Tabla 79).

TABLA 79. H. VIRGEN DE LA ARRIXACA, DE MURCIA.  
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (31/12/2001)

TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
	0-3 MESES	3-6 MESES	> 6 MESES		
3.310	2.689	621	0	57,8	47,3

Fuente: Consejería de Sanidad y Consumo.

En agosto de 2002, la situación de la demora quirúrgica en este hospital había experimentado una sensible variación (Tabla 80).

TABLA 80. H. VIRGEN DE LA ARRIXACA, DE MURCIA.  
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (AGOSTO 2002)

TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)
	0-3 MESES	3-6 MESES	> 6 MESES	
3.262	2.078	1.106	78	78,1

Fuente: Sistema de información del hospital Virgen de la Arrixaca.

Estos datos revelan un ligero incremento, respecto a la situación existente en diciembre de 2001, en las demoras relativas a los tramos de tres a seis meses y superior a seis meses. No obstante ello, es preciso advertir que una comparación rigurosa de diferentes ejercicios exige que se efectúe, al menos, en los mismos períodos de cada uno de ellos.

Desde otra óptica, puede señalarse que la evolución de la lista de espera quirúrgica en el hospital Virgen de la Arrixaca y en los primeros ocho meses de 2002 ofrece una tenue tendencia a la baja en el número total de pacientes y en el tramo de cero a tres meses y una línea oscilante, con un incremento en agosto de 2002, en el tramo de espera de tres a seis meses y en el indicador de espera media (Tabla 81).

TABLA 81. H. VIRGEN DE LA ARRIXACA, DE MURCIA.  
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (ENERO/AGOSTO 2002)

PERÍODO	TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)
		0-3 MESES	3-6 MESES	> 6 MESES	
Enero	3.639	2.689	823	127	61,0
Febrero	4.165	3.053	1.041	71	60,3
Marzo	3.510	2.443	997	70	67,1
Abril	3.431	2.459	888	84	64,8
Mayo	3.341	2.443	821	77	59,6
Junio	2.948	2.212	736	0	58,9
Julio	3.122	2.327	773	22	61,0
Agosto	3.262	2.078	1.106	78	78,1

Fuente: Sistema de información del hospital Virgen de la Arrixaca.

## 15. COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

La Consejería de Salud de la Comunidad Foral de Navarra emitió un informe exhaustivo sobre la realidad de la demora quirúrgica en su ámbito territorial, puntualizando que el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea decidió incorporar plenamente a los sistemas, a partir del año 2002, los nuevos criterios establecidos por el grupo de expertos del Consejo Interterritorial, si bien, lógicamente, los datos retrospectivos no se pudieron ajustar totalmente a los nuevos criterios en

todos los centros, por razones técnicas informáticas de carácter insalvable. Se añadía también que la principal diferencia estribaba en que en algunos hospitales el registro de diagnóstico era literal y no codificado, lo que dificultaba el análisis retrospectivo por diagnósticos, aun cuando ya se había adoptado la decisión de incorporar esta mejora al sistema.

De otra parte, se aludía a que en el registro de demanda quirúrgica se incorporaban procesos que no se realizaban propiamente en quirófano, tales como pequeñas reparaciones de cirugía estética, cuya diferencia no siempre era posible, así como que el sistema entonces vigente no diferenciaba la espera estructural de la debida a la libre elección del paciente que había optado por elegir a un profesional con una espera superior.

Centrándonos en la lista de espera quirúrgica en la comunidad, hay que señalar que ésta afectaba a 31 de diciembre de 2001 a 5.221 pacientes (Tabla 82).

TABLA 82. NAVARRA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (31/12/2001)

SERVICIO	HNA	HVC	CU	HRS	HGO	TOTAL RED
C. Cardíaca	23	—	—	—	—	23
C. General	309	279	—	225	108	921
C. Maxilofacial	—	124	—	—	—	124
C. Pediátrica	—	116	0	0	0	116
C. Plástica	—	265	—	—	—	265
C. Vascular	234	—	—	—	—	234
Dermatología	9	—	—	23	18	50
Ginecología	0	381	—	14	21	416
Neurocirugía	22	0	—	0	—	22
ORL	184	209	—	15	—	408
Oftalmología	310	328	—	127	85	850
Traumatología	382	39	699	250	117	1487
Urología	107	123	—	44	31	305
TOTAL	1.580	1.864	699	698	380	5.221

HNA: Hospital de Navarra.

HVC: Hospital Virgen del Camino.

CU: Clínica Ubarmin.

HRS: Hospital Reina Sofía de Tudela.

HGO: Hospital García Orcoyen de Estella.

Fuente: Consejería de Salud.

Por tramos de demora, la distribución del total de pacientes arrojaba el resultado de que el 83,37 por 100 de ellos tenían una demora inferior a tres meses (Tabla 83).

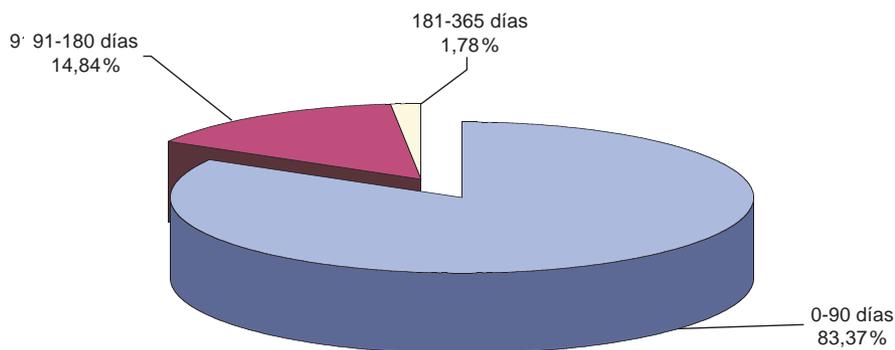
TABLA 83. NAVARRA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.  
DISTRIBUCIÓN POR TRAMOS DE ESPERA  
(31/12/2001)

TRAMOS DE ESPERA	HNA	HVC	CU	HRS	HGO	TOTAL RED
0-90 días	1.183	1.605	640	548	377	4.353
91-180 días	341	240	59	132	3	775
181-365 días	56	19	0	18	0	93
TOTAL	1.580	1.864	699	698	380	5.221

Fuente: Consejería de Salud.

La representación gráfica, con indicación del tanto por ciento de los tramos de espera de los pacientes, se detalla a continuación:

NAVARRA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA



En cuanto al tiempo medio de espera de los pacientes pendientes de intervención quirúrgica éste era en la mencionada fecha de 53,67 días, indicador que cabe calificar como adecuado en términos comparativos (Tabla 84).

TABLA 84. NAVARRA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.  
TIEMPO MEDIO DE ESPERA

SERVICIO	HNA	HVC	CU	HRS	HGO	TOTAL RED
C. Cardíaca	53	—	—	—	—	53
C. General	34	50	—	72	63	52
C. Maxilofacial	—	38	—	—	—	38
C. Pediátrica	—	33	—	—	—	33
C. Plástica	—	55	—	—	—	55

TABLA 84. (Cont.)

SERVICIO	HNA	HVC	CU	HRS	HGO	TOTAL RED
C. Vascular	68	—	—	—	—	68
Dermatología	78	—	—	28	9	30
Ginecología	—	62	—	51	56	61
Neurocirugía	38	—	—	—	—	38
ORL	110	46	—	33	—	74
Oftalmología	70	48	—	44	78	58
Traumatología	67	24	51	74	63	59
Urología	47	32	—	33	99	44
TOTAL	64	49	51	62	66	57

Fuente: Consejería de Salud.

Igualmente, la espera media de los pacientes intervenidos de forma programada en el año 2001, que era de 78,63 días, presentaba unos índices comparativamente aceptables en las diferentes especialidades (Tabla 85).

TABLA 85. NAVARRA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. ESPERA MEDIA 2001

ESPERA MEDIA	HNA	HVC	CU	HRS	HGO	TOTAL RED
C. Cardíaca	36,7	—	—	—	—	36,7
C. General	65,2	50,6	—	78,0	n/d	60,3
C. Maxilofacial	—	48,9	—	—	—	48,9
C. Pediátrica	—	45,1	—	—	—	45,1
C. Plástica	—	46,4	—	—	—	46,4
C. Torácica	17,5	—	—	—	—	17,5
C. Vascular	34,0	—	—	—	—	34,0
Dermatología	48,6	—	—	32,0	—	34,8
Ginecología	—	64,0	—	56,0	n/d	63,5
Hematología-hemoterapia	20,3	—	—	—	—	20,3
Neurocirugía	23,7	—	—	—	—	23,7
Oftalmología	60,3	48,3	—	46,0	n/d	50,4
Oncología	—	22,3	—	—	—	22,3
ORL	115,1	66,6	—	31,5	n/d	74,6
Traumatología	75,0	25,9	n/d	72,8	n/d	61,1
Unidad del dolor	11,3	—	—	—	—	11,3
Urología	61,6	30,7	—	34,0	n/d	37,6
TOTAL	61,5	47,4	n/d	53,6	n/d	52,4

Fuente: Consejería de Salud.

Por lo que se refiere al número de pacientes en los procesos más frecuentes y al tiempo medio de espera, este último indicador en relación con tres hospitales,

se acomodaban lógicamente a la media general antes expuesta y son los siguientes (Tablas 86 y 87):

TABLA 86. NAVARRA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. PROCESOS MÁS FRECUENTES

PROCESO	HNA	HVC	CU	HRS	HGO	TOTAL RED
Adeno-amigdalectomía	—	112		4	—	116
Artroscopia	64	—	158	—	33	255
Catarata	206	205	—	109	118	638
Colelitiasis	32	22	—	21	17	92
<i>Halux valgus</i> /deformidades dedos del pie	55	—	82	20	16	173
Hernia inguinal/crural	43	82	—	75	41	241
Hiperplasia benigna de próstata	10	6	—	—	—	16
Prótesis de cadera	15	—	84	6	12	117
Prótesis de rodilla	31	—	116	6	18	171
Síndrome del túnel carpiano	—	—	86	14	17	117
Sinus pilonidal	3	5	—	19	6	33
Varices EE. II.	143	—	—	11	21	175

Fuente: Consejería de Salud.

TABLA 87. NAVARRA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. TIEMPO MEDIO DE ESPERA (DÍAS) EN PROCESOS MÁS FRECUENTES

PROCESO	HNA	HVC	HGO
Adeno-amigdalectomía	—	46	—
Artroscopia	59	—	62
Catarata	66	46	57
Colelitiasis	44	57	61
<i>Halux valgus</i> /deformidades dedos del pie	67	—	70
Hernia inguinal/crural	40	37	62
Hiperplasia benigna de próstata	41	28	—
Prótesis de cadera	36	—	71
Prótesis de rodilla	76	—	65
Síndrome del túnel carpiano	55	—	60
Sinus pilonidal	38	37	48
Varices	52	—	54

Fuente: Consejería de Salud.

En suma, cabe concluir que la Comunidad Foral de Navarra presentaba unos indicadores sobre demora quirúrgica que se encontraban entre los más aceptables

del conjunto del Sistema Nacional de Salud. Ello, claro está, en función de la información facilitada por las diferentes comunidades autónomas.

#### 16. COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

De pormenorizado y riguroso cabe calificar también el informe enviado por la Consejería de Sanidad del País Vasco en relación con la demora quirúrgica en la comunidad.

Entre otros aspectos, esta Comunidad señaló que, aunque había procurado presentar los datos siguiendo los criterios reflejados en la solicitud de esta Institución, los sistemas de información entonces vigentes no permitían, en todos los casos excluir los días de espera de aquellos pacientes ya intervenidos de manera programada y que habían demorado la intervención voluntariamente por diversos motivos personales, no atribuibles a la organización sanitaria, de modo que la media de días de los pacientes intervenidos en el año 2001 se veía distorsionada por este hecho, dado que todos los pacientes quedaban registrados en lista de espera con la fecha en que se realizaba la indicación quirúrgica, contabilizando su demora desde este día, independientemente de que la fecha propuesta para la intervención sufriera o no modificaciones.

En esta línea, se añadía que, a pesar de que los sistemas de información eran capaces de indicar en todo momento la situación en la que se encontraban los pacientes en lista de espera, ya fuera activa o voluntaria, el análisis retrospectivo sobre los pacientes que ya habían sido intervenidos sólo aportaba información sobre el momento de la indicación de la intervención y su salida final de la lista de espera tras dicha intervención.

En este contexto, a 31 de diciembre de 2001 figuraban 13.538 pacientes en el registro de demanda quirúrgica, con una demora media de 53,67 días y una espera media de 78,63 días, que, en términos generales, cabe calificar de aceptable en un plano comparativo con el resto de los servicios de salud de las comunidades autónomas (Tabla 88).

TABLA 88. PAÍS VASCO. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (31/12/2001)

PROCEDIMIENTO	TOTAL PACIENTES	DEMORA MEDIA (DÍAS)	TRAMOS DE ESPERA			ESPERA MEDIA (DÍAS)
			0-3 MESES	3-6 MESES	> 6 MESES	
Catarata	2.581	49,29	2.298	283	0	82,29
Hernia inguinal/crural	1.090	53,81	923	167	0	74,47
Prótesis cadera	479	64,51	363	116	0	76,85
Prótesis rodilla	535	69,87	377	158	0	108,39
Artroscopia	892	58,67	727	165	0	72,74
Varices EE. II.	704	56,81	592	112	0	85,66

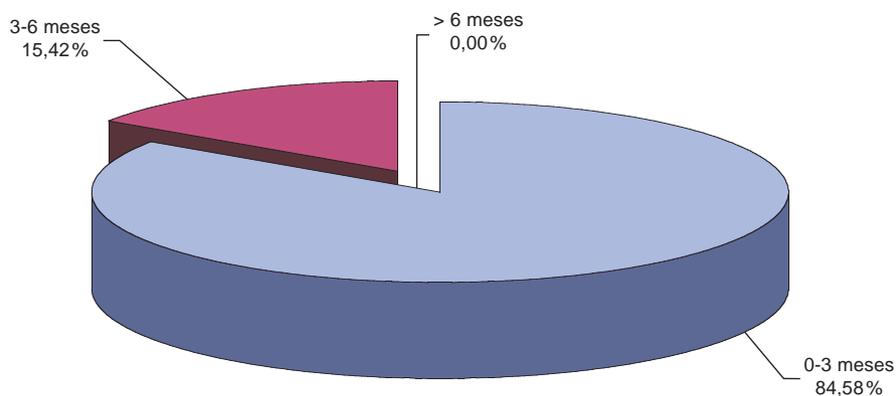
TABLA 88. (Cont.)

PROCEDIMIENTO	TOTAL PACIENTES	DEMORA MEDIA (DÍAS)	TRAMOS DE ESPERA			ESPERA MEDIA (DÍAS)
			0-3 MESES	3-6 MESES	> 6 MESES	
Colecistectomía	104	47,98	93	11	0	40,29
Colecist. laparoscopia	300	51,01	266	34	0	71,87
Sinus pilonidal	212	59,07	169	43	0	77,33
<i>Hallux valgus</i>	447	60,96	352	95	0	88,88
Túnel carpiano	263	54,04	214	49	0	87,37
Adeno-amigdalectomía	264	40,53	253	11	0	61,78
Prostatectomía	214	44,07	192	22	0	64,91
TOTAL RED (*)	13.538	53,67	11.451	2.087	0	78,63

(\*) Lista de espera quirúrgica total.  
Fuente: Consejería de Sanidad.

Esta misma información, de forma gráfica y en términos porcentuales, es la que se refleja seguidamente:

PAÍS VASCO. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA



En la espera media de los pacientes ya intervenidos, los indicadores que mayor demora ofrecían eran los correspondientes a los procedimientos de prótesis de rodilla (108 días) y *hallux valgus* (89 días).

Por hospitales, la demora y espera media se situaba en tramos muy similares al resultante a nivel de toda la Comunidad (Tabla 89).

TABLA 89. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA, DEMORA Y ESPERA MEDIA EN TRES HOSPITALES

HOSPITAL	DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
Txagorritxu	50,36	52,44
Donostia	52,95	81,70
Basurto	61,93	123,47

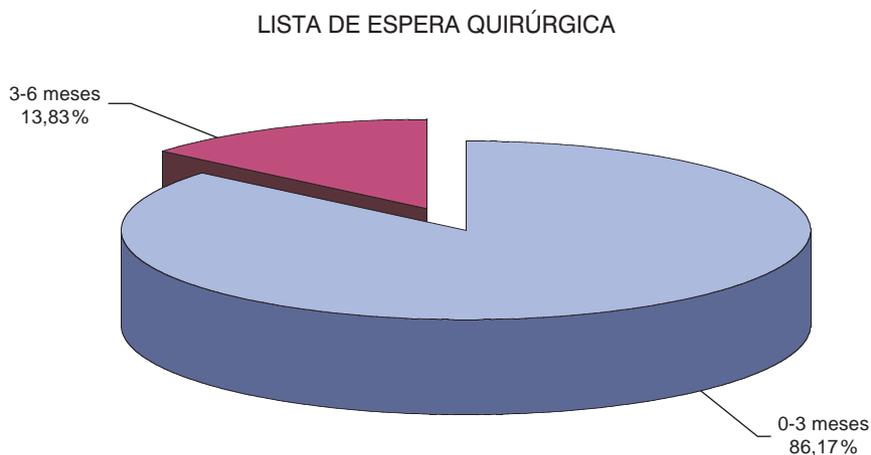
Fuente: Consejería de Sanidad.

De los tres hospitales reseñados destacan las demoras relativas al hospital de Basurto, si bien es menester señalar que en el momento de solicitar los datos de lista de espera este centro se encontraba inmerso en obras de remodelación del bloque quirúrgico, que dieron lugar a la derivación de pacientes, para ser intervenidos en centros ajenos a Osakidetza, en todos los procesos más frecuentes en lista de espera. Por ello, aquellos pacientes que se encontraban en lista de espera quirúrgica en el hospital lo estaban bien por voluntad propia, bien por tratarse de procesos más complejos.

#### 17. COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA

Tal y como ha comunicado la Consejería de Salud y Servicios Sociales, a 31 de diciembre de 2001 el total de pacientes en lista de espera quirúrgica en esta comunidad era de 3.421; de ellos, 2.948 con una demora entre 1 y 90 días y 473 en espera entre 91 y 180 días.

Para una mayor comprensión, se describen seguidamente y de forma gráfica los tramos de espera en términos porcentuales.



Respecto al tiempo medio de espera en días del total de pacientes pendientes de intervención en cada uno de los procesos más frecuentes, cabe significar que, en términos generales, este índice presenta un nivel general comparativamente aceptable. Los índices más elevados se producían en los procedimientos de artroscopia (85 días) e hiperplasia benigna de próstata (82 días), en el complejo hospitalario San Millán-San Pedro, y en hiperplasia benigna de próstata (105 días), en la Fundación Hospital Calahorra (Tabla 90).

TABLA 90. LA RIOJA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.  
TIEMPO MEDIO DE ESPERA EN DÍAS (31/12/2001)

PROCEDIMIENTO	H. SAN MILLÁN-SAN PEDRO	FUNDACIÓN HOSPITAL CALAHORRA
Catarata	41,6	53
Hernia inguinal	41,4	74
Prótesis cadera	81,2	29
Prótesis rodilla	79,8	28
Artroscopia	85,0	23
Varices MM. II.	55,1	74
Colelitiasis	38,6	56
Sinus pilonidal	43,2	80
<i>Hallux valgus</i>	73,6	19
S. túnel carpiano	32,9	—
Adeno-amigdalectomía	42,0	44
H. benigna próstata	81,8	105

Fuente: Consejería de Salud y Servicios Sociales.

Por lo que se refiere a la espera media en días de los pacientes intervenidos en el año 2001 en el complejo hospitalario San Millán-San Pedro, en cada uno de los procesos más frecuentes, el mayor nivel de espera se producía en los procedimientos de prótesis de cadera (143 días), prótesis de rodilla (140 días) y artroscopia (129 días) (Tabla 91).

TABLA 91. C. H. SAN MILLÁN-SAN PEDRO.  
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.  
ESPERA MEDIA EN DÍAS

PROCEDIMIENTO	H. SAN MILLÁN-SAN PEDRO
Catarata	70
Hernia inguinal	114
Prótesis cadera	143
Prótesis rodilla	140

TABLA 91. (Cont.)

PROCEDIMIENTO	H. SAN MILLÁN-SAN PEDRO
Artroscopia	129
Varices MM. II.	112
Colelitiasis	87
Sinus pilonidal	117
<i>Hallux valgus</i>	132
S. túnel carpiano	78
Adeno-amigdalectomía	100
H. benigna próstata	122

Fuente: Consejería de Salud y Servicios Sociales.

A modo de conclusión, puede destacarse que a 31 de diciembre de 2001 no existían en la Comunidad Autónoma de La Rioja pacientes con espera superior a seis meses; que el tiempo medio de espera del total de pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada era de 55 días, y que la espera media de los intervenidos en el año 2001 fue de 92 días en el complejo San Millán-San Pedro.

#### 18. CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA

Según la información facilitada por el Instituto Nacional de la Salud, el número de pacientes en lista de espera quirúrgica en la Comunidad Autónoma de Ceuta era de 437 a 31 de diciembre de 2001 (Tabla 92).

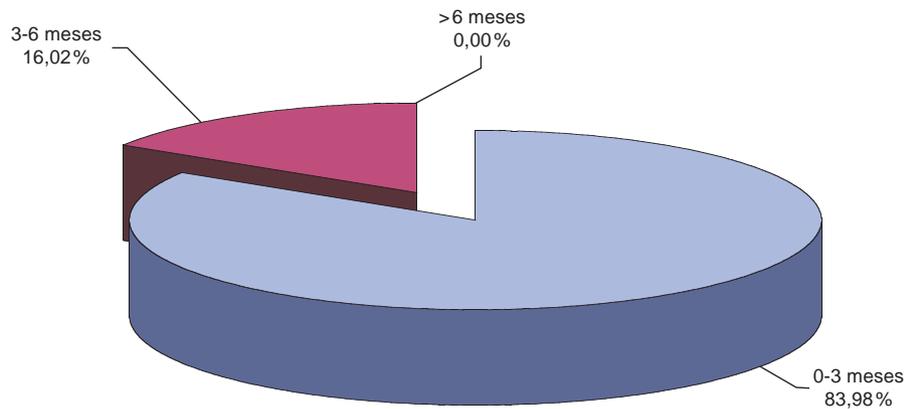
TABLA 92. CEUTA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA  
(31/12/2001)

TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
	0-3 MESES	3-6 MESES	> 6 MESES		
437	367	70	0	48	118

Fuente: Insalud.

La representación gráfica, con indicación del tanto por ciento correspondiente a los tramos de espera, ofrece el siguiente resultado:

### CEUTA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA



Por consiguiente, el 84 por 100 de los pacientes figuraban en el registro de demanda quirúrgica por un tiempo no superior a tres meses.

Por especialidades, el mayor número de pacientes en lista de espera figuraban en traumatología y cirugía general y de digestivo, siendo la mayor espera media (134 días) la correspondiente a la primera de estas especialidades (Tabla 93).

TABLA 93. CEUTA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA POR ESPECIALIDADES (31/12/2001)

ESPECIALIDAD	TOTAL PACIENTES	DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
Traumatología	126	61	134
C. General y Digestivo	114	47	110
Oftalmología	74	50	125
Urología	64	39	119
ORL	44	26	124
Ginecología	15	32	48

Fuente: Insalud.

### 19. CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA

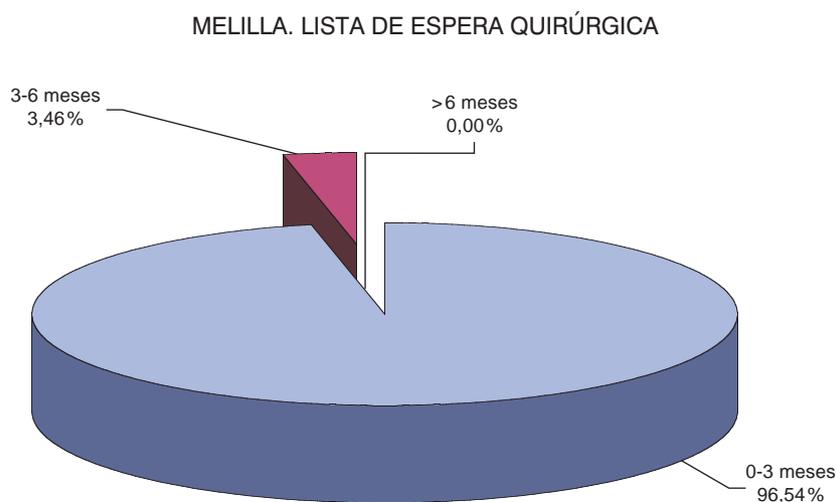
Tal y como informó el Instituto Nacional de la Salud, en la Ciudad Autónoma de Melilla existían 231 pacientes en el registro de demanda quirúrgica a 31 de diciembre de 2001 (Tabla 94).

TABLA 94. MELILLA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (31/12/2001)

TOTAL PACIENTES	TRAMOS DE ESPERA			DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
	0-3 MESES	3-6 MESES	> 6 MESES		
231	223	8	0	42	62

Fuente: Insalud.

La distribución de los pacientes en espera, por tramos de demora, ofrece el siguiente resultado:



Estos mismos datos, por especialidades, dan como resultado que el mayor número de pacientes en listas de espera corresponde a oftalmología y traumatología, así como que el mayor índice de espera media es el de esta última especialidad (122 días) (Tabla 95).

TABLA 95. MELILLA. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA POR ESPECIALIDADES (31/12/2001)

ESPECIALIDAD	TOTAL PACIENTES	DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
Traumatología	51	53	122
C. General y Digestivo	22	12	39
Oftalmología	56	34	92
Urología	35	65	66
ORL	20	43	72

TABLA 95. (Cont.)

ESPECIALIDAD	TOTAL PACIENTES	DEMORA MEDIA (DÍAS)	ESPERA MEDIA (DÍAS)
Ginecología	17	35	36
Dermatología	28	38	40
Neurocirugía	2	54	64

*Fuente:* Insalud.

A modo de resumen, en la Ciudad Autónoma de Melilla sobresale el hecho de que el 96,53 por 100 de los pacientes en lista de espera lo estaban en el tramo correspondiente a cero y tres meses y tan sólo el 3,47 por 100 en el tramo de tres a seis meses, así como los aceptables índices de demora y espera media, 42 y 62 días, respectivamente.

CAPÍTULO 7  
CONCLUSIONES



## I. DE CARÁCTER GENERAL

*Primera.* Según los barómetros sanitarios elaborados por el Centro de Investigaciones Sociológicas, la sanidad representa, con diferencia sobre el resto de áreas, la de mayor interés para los ciudadanos.

*Segunda.* En nuestro país existe un modelo sanitario que, por su financiación pública, por el alcance de las prestaciones, por la práctica universalidad con que se presta la asistencia, por la cualificación de los profesionales y por la dotación de los centros, de alto contenido tecnológico, supone la expresión de una solidaridad equiparable a la de los países que gozan de un mayor nivel de protección.

*Tercera.* Al igual que acontece en otros sectores de actividad, el sistema sanitario público presenta también problemas similares a los de los países de nuestro entorno, que exigen su actualización permanente, en orden a dar respuesta a las demandas de los ciudadanos y a potenciar su capacidad de elección y decisión.

*Cuarta.* Los ciudadanos se pronuncian destacando que el principal problema del sistema público sanitario es la existencia de dilatados tiempos de espera para recibir la asistencia sanitaria no urgente que precisan.

*Quinta.* Las listas de espera son un elemento común de los sistemas sanitarios de carácter universal y financiados públicamente, especialmente de aquellos con presupuestos cerrados y gratuitos al prestarse el servicio.

*Sexta.* Las listas de espera suelen ser la expresión natural de un imposible encaje permanente entre oferta y demanda, incluyéndose en ellas a aquellos pacientes que clínicamente pueden esperar.

*Séptima.* Tiempos de espera razonables pueden representar un factor de eficiencia del sistema y ser expresión de una mayor rentabilidad social de los recursos públicos, necesariamente limitados.

*Octava.* En España, al igual que en otros países de nuestro entorno económico y social, existe un notable número de pacientes que deben esperar un elevado número de meses, e incluso años, para ser diagnosticados o recibir tra-

tamiento especializado, interrumpiéndose durante estos períodos la efectividad del derecho a la protección de la salud.

*Novena.* Algunas de las patologías más frecuentes que figuran en las listas de espera presentan notables componentes sociolaborales, en la medida en que dificultan y, a veces, impiden que los ciudadanos puedan participar en la vida política, social, laboral y cultural, sin olvidar que en función de la naturaleza y complicaciones imprevisibles de los procesos, la demora en obtener la asistencia sanitaria puede poner en riesgo la integridad física de los pacientes.

*Décima.* El sector público sanitario presenta acusadas limitaciones en materia de tecnologías de la información. Un representativo número de centros hospitalarios no han culminado todavía el proceso de informatización integral, careciendo algunos de ellos de soportes informáticos básicos, fundamentalmente en consultas externas y en técnicas y pruebas diagnósticas.

## II. EN RELACIÓN CON EL ALCANCE Y MÉTODO DEL ESTUDIO

*Primera.* La Comisión Mixta de Relaciones con el Defensor del Pueblo sugirió al titular de esta Institución la elaboración de un estudio monográfico sobre la situación de las listas de espera en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

*Segunda.* En orden a acotar en lo posible tan extenso campo, se consideró que, en principio, el estudio habría de girar primordialmente sobre primeras consultas médicas, determinadas pruebas de diagnóstico e intervenciones quirúrgicas programadas. Todo ello en el ámbito de la atención especializada.

*Tercera.* Esta elección se fundamentó en la creencia de que los sistemas de información de los diferentes servicios que integran el Sistema Nacional de Salud permitían conocer, al menos de forma aproximada, el alcance real de la extensión de las listas de espera quirúrgica, en tanto que, por el contrario, la percepción de esta Institución, respecto a consultas externas y técnicas y pruebas diagnósticas, era la de que los sistemas de información no posibilitaban un conocimiento veraz de las mismas.

*Cuarta.* Tomando como base algunos de los criterios e indicadores formulados por el grupo de expertos sobre listas de espera del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el Defensor del Pueblo se dirigió a los consejeros de sanidad/salud de las diferentes comunidades autónomas y al Instituto Nacional de la Salud, solicitando información relativa al número de personas incluidas en las listas de espera, así como los correspondientes tiempos de demora, datos referidos a pacientes en espera estructural, es decir, aquellos cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles.

*Quinta.* Los informes remitidos por las administraciones sanitarias se caracterizan por la variabilidad en cuanto a su correspondencia con los indicadores que se solicitaron y por la tardanza en su emisión, en algunos casos. Las Comu-

nidades Autónomas de Andalucía y Cataluña únicamente han informado sobre lista de espera quirúrgica y tiempos de espera, y la de Castilla-La Mancha, exclusivamente sobre número de pacientes en los correspondientes registros, sin efectuar mención alguna a tiempos de demora. Por su parte, la Comunidad Valenciana no ha facilitado ninguno de los indicadores que se pidieron, limitándose a detallar algunas de las medidas implantadas para la reducción de los tiempos de espera.

*Sexta.* Teniendo presente, por una parte, que algunas comunidades enviaron datos sobre las diferentes listas de espera, si bien incompletos como consecuencia de limitaciones en los sistemas de información, y, por otra, la tardanza por parte de algunos organismos en facilitar la información, se optó por efectuar visitas puntuales a 29 centros hospitalarios de aquellos servicios de salud que, o bien no habían enviado en su momento el informe solicitado o, aun habiéndolo emitido, la información era claramente insuficiente. La mayor parte de estas visitas se efectuaron en los siete primeros meses de 2002.

### III. EN RELACIÓN CON LA GESTIÓN DE LISTAS DE ESPERA

*Primera.* La actividad desarrollada en consultas externas y técnicas y pruebas diagnósticas ha ocupado tradicionalmente una posición secundaria respecto a la de hospitalización. El mayor consumo de recursos y la atención a casos más complejos y paradigmáticos de las diferentes especialidades médicas ha justificado el mayor interés de gestores y profesionales sanitarios por el ámbito de la hospitalización.

*Segunda.* Fiel representación de lo anterior es que en los últimos años los servicios de salud han elaborado ambiciosos planes estratégicos en los que la reducción de la demora quirúrgica, la mejora de los sistemas de información y los costes por proceso, en el ámbito de la hospitalización, han ocupado un papel preeminente, frente al escaso interés demostrado por las áreas de consultas externas y de técnicas y pruebas diagnósticas.

*Tercera.* No obstante la magnitud de la actividad y la creciente relevancia asistencial de las consultas externas y de las técnicas y pruebas diagnósticas, lo cierto es que la inadecuada gestión de las listas de espera, la escasa transparencia informativa y el insuficiente desarrollo y acusadas limitaciones de los sistemas de información, que reducen su validez y fiabilidad, son aspectos nucleares que presiden la actividad en este área.

*Cuarta.* Un representativo número de los servicios de salud que integran el Sistema Nacional de Salud manifiesta que los sistemas de información no permiten conocer con exactitud y a nivel corporativo el alcance de las listas de espera en consultas y pruebas diagnósticas.

*Quinta.* No se dispone de un sistema de información con significado homogéneo en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, variando los criterios de cómputo y medida no sólo entre servicios de salud sino incluso entre hospitales

de la misma región. Ello impide, entre otros aspectos, efectuar análisis comparativos que permitan una aproximación a las causas que motivan las esperas, a través de datos cuantitativos.

*Sexta.* La configuración de los sistemas de información de un buen número de centros hospitalarios no permite diferenciar la espera de carácter estructural, es decir, aquella atribuible a la organización y recursos disponibles, de la que deriva de razones clínicas o de motivos de índole personal/laboral.

*Séptima.* No existen en todos los casos registros centralizados de pacientes en espera, siendo dispares, incluso entre centros de la misma región, los criterios en torno a la inclusión, salidas y movimientos de pacientes en los registros y agendas médicas.

*Octava.* En consultas externas y técnicas y pruebas diagnósticas no es infrecuente la práctica de *agendas cerradas*, que se traducen en la existencia de pacientes en espera, en ocasiones durante un elevado número de meses, de que se les asigne la fecha en la que podrán ser atendidos.

*Novena.* El protagonismo de las unidades de admisión o servicio competente en la gestión y programación de las listas de espera difiere también de uno a otro centro hospitalario, en la medida en que en muchos casos son los servicios clínicos o centrales quienes habilitan la estructura de las agendas médicas, suministran las citas y efectúan la inclusión en los respectivos registros.

*Décima.* Se produce un desigual nivel de participación de los centros de atención primaria en la gestión de las listas de espera de atención especializada. En algunas áreas de salud estos centros suministran citas de primeras consultas del ámbito especializado y actúan como referente de los pacientes en aspectos relacionados con la gestión de las mismas. En la mayor parte de las áreas, los circuitos asistenciales son más complejos y burocráticos al no poder acceder los equipos de atención primaria a las agendas de atención especializada.

*Undécima.* Con independencia del carácter ordinario o preferente otorgado al proceso de enfermedad, los servicios de salud no han establecido, en términos generales, criterios explícitos de indicación quirúrgica y de prioridad de los pacientes en lista de espera, otorgando al factor «antigüedad en la lista de espera» un papel preeminente.

*Duodécima.* No están establecidos tiempos máximos de espera en el conjunto del Sistema Nacional de Salud para consultas externas y técnicas, diagnósticas y terapéuticas, siendo minoría los servicios de salud que han establecido esta garantía en procedimientos quirúrgicos programados.

#### IV. EN RELACIÓN CON LA EXTENSIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA

*Primera.* Del análisis sistemático de la información facilitada por las comunidades autónomas y de la obtenida en las visitas puntuales efectuadas a centros hospitalarios se desprende la existencia, en términos generales, de demoras clínica y socialmente inaceptables.

*Segunda.* En la mayor parte de las comunidades visitadas existían pacientes con indicación clínica para ser atendidos en las áreas de consultas externas o de técnicas y pruebas de diagnóstico que se encontraban pendientes de que se les notificara la fecha de la atención. Esta práctica de agendas cerradas afectaba a alguno de los centros hospitalarios de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Aragón, Illes Balears, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura y Madrid.

*Tercera.* En función de la información disponible sobre consultas externas, en este ámbito existían pacientes en espera derivada exclusivamente de la organización de los servicios y medios disponibles superior a seis meses y, en algún caso, a un año en los centros hospitalarios de todas las comunidades autónomas, excepción hecha de Asturias, Navarra, País Vasco y La Rioja. En Cataluña se carecía, a nivel corporativo, de información sobre esta demora.

*Cuarta.* En técnicas y pruebas diagnósticas se producían, igualmente, dilatados tiempos de espera, superiores a seis meses e incluso a un año en alguna técnica o prueba de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Aragón, Baleares, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid y Murcia. En Canarias y Cataluña se carece de información al respecto.

*Quinta.* Siempre según la información facilitada, en intervenciones quirúrgicas programadas la espera de los pacientes era superior a los seis meses en centros hospitalarios de todas las comunidades autónomas, salvo en el País Vasco, La Rioja, Ceuta y Melilla.

*Sexta.* En intervenciones quirúrgicas programadas existían demoras que excedían de un año en, al menos, algún procedimiento de centros hospitalarios de las Comunidades Autónomas de Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid y Murcia.

*Séptima.* Entre las comunidades autónomas con una mayor y significativa demora quirúrgica, de varios años en algunos casos, destacaban las de Canarias, Cataluña y Comunidad Valenciana. En Canarias, y tan sólo en dos hospitales, en agosto de 2002 figuraban 6.591 pacientes con demoras superiores a un año, de ellos 3.971 en el hospital Universitario de Canarias, como consecuencia únicamente de la organización de los servicios y medios disponibles. En Cataluña, y sólo en el procedimiento de prótesis de rodilla, en junio de 2002 estaban pendientes de intervención 8.899 pacientes, con un tiempo medio de resolución de 16,65 meses, sin computar tres meses de demora técnica. En la Comunidad Valenciana, y exclusivamente en el hospital La Fe, se encontraban 204 pacientes en espera superior a un año.

*Octava.* Como consecuencia de lo anterior, desde el momento en que se producía la derivación de pacientes desde el ámbito de atención primaria al de especializada, alguno de ellos podían verse en la situación de afrontar esperas próximas o superiores al año en alguna o en las tres modalidades de atención: consultas externas, técnicas y pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas programadas.

CAPÍTULO 8  
RECOMENDACIONES



De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril, el Defensor el Pueblo puede, con ocasión de sus investigaciones, formular a las autoridades y funcionarios de las Administraciones públicas recomendaciones para la adopción de medidas.

Con carácter previo a la enunciación de las recomendaciones que se derivan del presente estudio, es necesario efectuar las cuatro siguientes puntualizaciones:

*Primera.* Las conclusiones reflejadas en este informe afectan a la mayor parte de los diferentes servicios de salud de las comunidades autónomas.

*Segunda.* El fin principal de las Administraciones con responsabilidad en la gestión de la asistencia sanitaria no es otro que el de prestar una atención de calidad a los ciudadanos, en cuyo marco la equidad es un referente ineludible.

*Tercera.* En nuestro Sistema Nacional de Salud concurren demoras clínicas y socialmente inaceptables en la prestación sanitaria.

*Cuarta.* Existe consenso, tanto entre los ciudadanos en general como entre los profesionales y gestores sanitarios, acerca de la necesidad de adoptar medidas urgentes y tendentes a suprimir tiempos de espera que no sean razonables.

En conexión con lo anterior, es obligado comentar que algunos servicios de salud ya han adoptado iniciativas en orden a la reducción de los tiempos de demora, asumiendo para ello los criterios elaborados por el grupo de expertos sobre listas de espera del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Tal y como se ha reflejado en el Capítulo 2 del presente estudio, esta Institución considera que el informe técnico del mencionado grupo de expertos puede representar un avance para impulsar actuaciones tendentes a reducir los tiempos de demora y a situarlos en límites razonables y asumibles. A ello hay que sumar que este documento tiene el valor añadido de haber sido elaborado por un equipo de expertos en gestión de listas de espera, integrado por representantes de todas las comunidades autónomas y del Ministerio de Sanidad y Consumo.

En el marco de estas propuestas, las recomendaciones que se formulan en este capítulo son de carácter general y se proyectan en una doble dimensión.

Por una parte, se dirigen a todos y cada uno de los servicios de salud que integran el Sistema Nacional de Salud, con responsabilidad en la gestión de la asistencia sanitaria y, por tanto, con la competencia para la adopción de las correspondientes medidas. Por otra parte, se sitúan también en el escenario del Consejo Interterritorial, órgano permanente de comunicación e información de los distintos servicios de salud, entre ellos y con la Administración del Estado.

Esta doble elección se justifica, en el criterio de esta Institución, en la necesidad de establecer un marco común en el sistema público sanitario en un aspecto esencial, como es el relativo a suprimir tiempos de espera clínica y socialmente inaceptables en el conjunto del Estado y a lograr una atención de calidad en un plano de igualdad efectiva de todos los ciudadanos.

En este contexto, el Defensor del Pueblo dirige a las Administraciones implicadas en la gestión de la asistencia sanitaria las recomendaciones que seguidamente se detallan:

## I. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

*Única.* Que, a fin de establecer conceptos y criterios de medida que permitan disponer de información para el análisis de la situación de las listas de espera en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, se adopten, en el ámbito de cada Servicio de Salud, los criterios objetivos diseñados, y reflejados en el correspondiente informe técnico, por el grupo de expertos del Consejo Interterritorial, respecto a los registros de pacientes y al cómputo, clasificación, medida de la espera y datos e indicadores básicos en consultas externas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas programadas.

A tal efecto, los servicios de salud deberán culminar los procesos de informatización de todas las agendas de consultas externas y técnicas y pruebas diagnósticas.

## II. GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA

*Primera.* En relación con la gestión de consultas externas y técnicas y pruebas diagnósticas, y en el marco de las competencias de las comunidades autónomas, que se adopten las medidas necesarias para hacer efectivas las propuestas del grupo de expertos en relación con:

- La cooperación entre atención primaria y atención especializada.
- Las instancias implicadas en la gestión.
- La planificación y gestión de las agendas de consultas externas y de pruebas diagnósticas.
- Los criterios de inclusión en el registro de consultas externas y pruebas diagnósticas.
- Las bases para una adecuada gestión de citas.

- La comunicación entre profesionales.
- La atención de pacientes en centros alternativos.
- Los criterios de salida y movimientos en el registro.

*Segunda.* Respecto a la gestión de la lista de espera quirúrgica, y en el marco de las competencias de las comunidades autónomas, que se implanten las acciones necesarias para hacer efectivas las propuestas del grupo de expertos sobre:

- Las instancias implicadas en la gestión.
- Los criterios de inclusión en el registro de pacientes de intervención quirúrgica programada.
- Las bases para una adecuada programación quirúrgica.
- La atención de pacientes en centros alternativos.
- Los criterios de salida y movimientos en el registro.
- La información al paciente.

### III. CRITERIOS DE INDICACIÓN Y PRIORIDAD CLÍNICA

*Única.* De conformidad con la propuesta básica del grupo de expertos, y en orden a promover la equidad y la mayor eficiencia del sistema, que se definan criterios explícitos de indicación clínica y se establezcan pautas de actuación acerca de la prioridad de los pacientes en lista de espera.

En esta definición de indicaciones quirúrgicas y priorización de los procesos según sus repercusiones y la situación clínica de los pacientes, deberán armonizarse los criterios de necesidad, mayor beneficio y orden de inclusión en lista de espera.

En el marco de esta protocolización, se considera también necesario garantizar un adecuado seguimiento de los pacientes incluidos en lista de espera, a fin de verificar posibles variaciones de carácter imprevisible en su evolución clínica, así como la periódica depuración de la lista de espera.

En el logro de los objetivos antes señalados, se considera ineludible la colaboración y participación de las sociedades científicas.

### IV. TIEMPOS MÁXIMOS DE ESPERA

*Única.* Según las especialidades y procesos atendidos, que, en colaboración con las sociedades científicas, se establezcan plazos máximos de espera en consultas externas, técnicas y pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas programadas, superados los cuales las administraciones sanitarias con competencia en la gestión de la asistencia sanitaria garantizarán a los ciudadanos la atención inmediata en un centro sanitario.

## V. INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN

*Única.* En orden a otorgar a los ciudadanos un mayor protagonismo y capacidad de decisión y a promover una información adecuada y transparente, que se definan y se establezcan criterios uniformes en relación con la información periódica que se debe facilitar a un paciente o usuario concreto del sistema sanitario y a los ciudadanos en general sobre patologías y tiempos de espera en cada uno de los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud.