

## **INFORME AFEM-ESTUDIO JURÍDICO LIRIA**

# **LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

### **RESUMEN EJECUTIVO**

En materia sanitaria, y con el supuesto objetivo de aumentar la calidad asistencial reduciendo los dilatados tiempos de espera quirúrgica, el Gobierno Regional promulgó la Ley 6/2009 regulando el ejercicio de la libertad de elección tanto en Atención Primaria como en Especializada, a la vez que se comprometía a reducir la lista de espera quirúrgica (LEQ) a un tiempo máximo de 30 días contabilizados desde la fecha de indicación de la intervención.

Esta Ley, regulada por el Decreto 51/2010, debería “proporcionar a los pacientes la posibilidad de participar directa y activamente en el servicio sanitario público, sustentando los principios de libertad, eficiencia, equidad y transparencia”

Ambos compromisos han resultado finalmente lesivos para los pacientes, ya que no ha sido posible para el Gobierno Regional mantener el derecho a la elección de médico y centro hospitalario junto al de ser intervenido en el plazo convenido, hasta tal punto que los pacientes que deciden voluntariamente acogerse a la libre elección son castigados con tiempos de espera quirúrgicos mucho más elevados que el resto. Por otro lado no se ha podido demostrar una mayor eficiencia (ganancia en salud) ni equidad (niveles de necesidad diferentes son tratados de igual forma).

La gestión administrativa de la LEQ queda en manos de los Servicios de Admisión de cada centro y del Centro de Investigación y Gestión (Call Center), empresa a la que le ha sido otorgada la potestad de coordinar la gestión de citas del Registro Único de LEQ

(RULEQ). Se trata de un organismo opaco del que no puede obtenerse otra información que la que se colige de sus actuaciones concretas sobre los pacientes en lista de espera.

Las posibilidades de utilización de medios ajenos para la prestación de servicios sanitarios del SNS viene definida con carácter general en el artículo 90 de la ley 14/1986 General de Sanidad, donde se estipulan las reglas del sistema de concertos. Con carácter previo debe asegurarse la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios y darse prioridad, cuando existan análogas condiciones de eficacia, calidad y costes, a los establecimientos, centros y servicios sanitarios de los que sean titulares entidades que tengan carácter no lucrativo. No obstante la Ley impide concertar con terceros la prestación de atenciones sanitarias, cuando ello pueda contradecir los objetivos sanitarios, sociales y económicos establecidos en los correspondientes planes de salud.

Los testimonios recogidos por AFEM acreditan que en numerosas ocasiones los pacientes contactados a través del Call Center reciben información sesgada o ficticia sobre su proceso quirúrgico. La reiteración de estas incidencias señala abiertamente la existencia de una planificación deliberada. Abundan los casos de enfermos quienes, habiendo sido avisados de la imposibilidad para ser intervenidos por su médico especialista y en su hospital de referencia en los plazos establecidos en la Orden 602/2004 de 14 de junio, conocieron posteriormente que la cirugía podría haber sido programada en su centro habitual con arreglo a los plazos legales. La alternativa propuesta es invariablemente un centro privado con menores tiempos de espera. El aspecto más lesivo de esta práctica son las demoras con las que se penaliza a aquellos pacientes reluctantes, que en algunos casos puede llegar a superar hasta diez veces el periodo correspondiente según la ley.

Estas prácticas censurables pueden además resultar en otras violaciones de las garantías establecidas en la mencionada legislación autonómica, toda vez que se habilita a personal no facultativo de esta empresa para disponer de datos sanitarios. La Comunidad de Madrid, a través de sus centros sanitarios, está cediendo información confidencial de la historia clínica a la empresa que gestiona el Call Center, sin que a día de hoy exista un procedimiento reglado que deje constancia del acceso a los datos del historial médico ni del tratamiento que se les ha dado, como exige lo dispuesto en el artículo 16.7 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. El manejo de forma opaca de información de los pacientes supone una evidente violación de su derecho a mantener la privacidad.

Una vez que el cirujano incluye a su paciente en la Lista de Espera quirúrgica, el diagnóstico y el procedimiento propuesto son codificados e incluidos en un Registro Único de Lista de Espera Quirúrgica. Esta base de datos nutre a la Consejería de pacientes subsidiarios de ser derivados. Los procesos son agrupados en PNQs (procedimientos quirúrgicos negociados), que componen lotes por grupos diagnósticos y especialidades, y que periódicamente adjudican a las empresas privadas a precio variable y con diferentes plazos de ejecución. Cómo se deciden las adjudicaciones, qué mínimos de calidad se exigen, cómo se certifican y con qué periodicidad se revisan los resultados clínicos, son incógnitas urgentemente necesitadas de respuesta en un procedimiento público garante de transparencia.

Hay constancia de que algunos grupos de pacientes han visto vulnerado su derecho a la libre elección de médico al ser incluidos en lista de espera quirúrgica, concretamente los siguientes:

- Pacientes que rechazan el traslado a un centro alternativo cuando se lo propone el servicio de salud madrileño. Estos pacientes son postergados en la lista de espera.
- Pacientes que tienen determinadas complicaciones clínicas (mujeres embarazadas, hemofílicos, enfermos de VIH, etc.) y que, por estos motivos, no son considerados por el sistema para ofrecerles un centro alternativo.
- Pacientes que acceden a la derivación a un centro alternativo y son devueltos por éste a la vista de la complejidad clínica del proceso abordado.

En este Informe de AFEM - Estudio Jurídico Liria se puede ver toda la argumentación y base jurídica de lo referido, que lleva a las siguientes conclusiones y recomendaciones:

### **CONCLUSIONES:**

1. La Comunidad de Madrid ha implantado un sistema de ingreso, suspensión y baja en la lista de espera que impide la libre elección de médico a la vista de las graves consecuencias que conlleva el rechazo que el paciente puede realizar para ser intervenido en otro centro sanitario, es decir, se conculca la libertad de elección.
2. En los últimos 2 años la lista de espera quirúrgica se ha incrementado en un 35%, fundamentalmente a costa de los pacientes que rechazan ser derivados a otro hospital de referencia, por lo general una clínica privada.
3. El deterioro en los tiempos de espera quirúrgica y la calidad de la atención son también consecuencia de los importantes recortes en personal y presupuesto

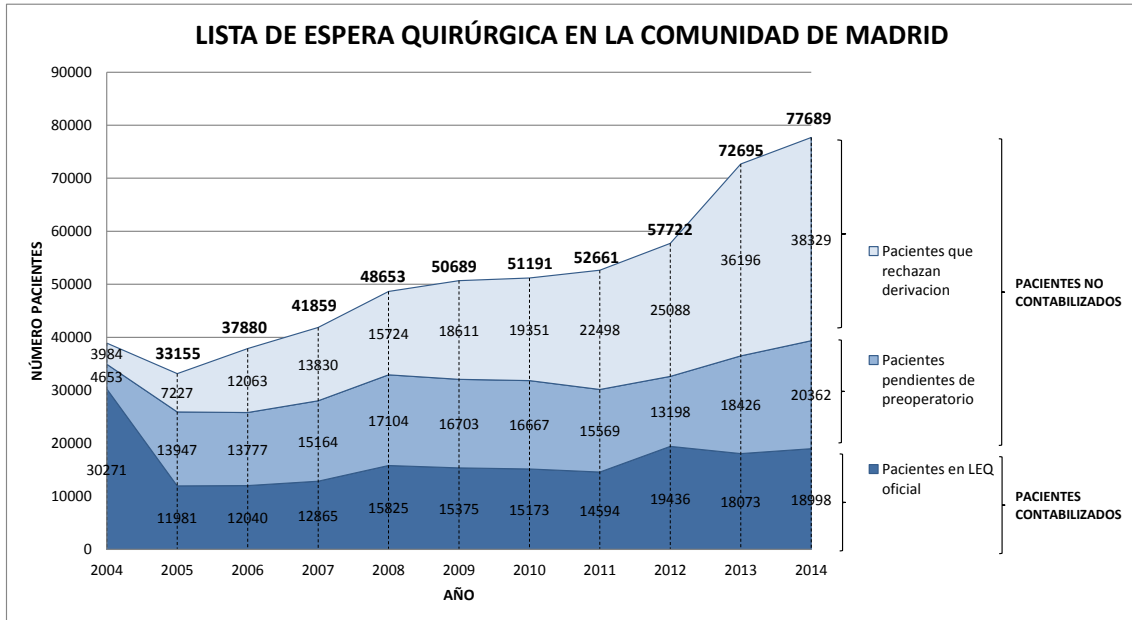
de los hospitales públicos, que se ha acompañado de la derivación indiscriminada y no justificada a hospitales privados.

4. El gobierno de la Comunidad de Madrid ha instaurado un procedimiento diferencial con respecto a las otras comunidades autónomas, en el que un ardid administrativo permite enmascarar la lista de espera quirúrgica real, donde se cede la gestión de la lista a un call center privado sin garantías de protección de datos, y que discrimina a quienes no desean ser derivados a otro hospital.
5. La implantación de las 37,5 horas semanales no se aprovechó para aumentar las horas de quirófano. Los cirujanos y muchos médicos no han visto prolongar sus jornadas porque los organismos competentes han considerado que dicha prolongación es conmutable por el simple impago mensual de las 10 primeras horas de una guardia de día laborable. Se extrae de ello que se prefiere que el cirujano opere menos y cobre menos a que opere más y cobre lo mismo (como haría si su jornada laboral fuese más larga), reduciendo así la lista de espera y la necesidad de derivación de los enfermos a centros privados concertados
6. Los procesos de toma de decisión expuestos en este informe generan una total desconfianza en nuestras autoridades sanitarias y rechazo absoluto de sus políticas tanto por parte de los profesionales que trabajamos en la sanidad pública como de un amplio sector de la ciudadanía.

#### **RECOMENDACIONES:**

1. **Gestión de las listas de espera quirúrgica** por el Hospital y el propio profesional con criterios de efectividad de los procedimientos, de mayor necesidad y asociación de criterios sociales.
2. Garantía de **priorización clínica** de la intervención quirúrgica: evaluar las necesidades clínicas de los pacientes usando criterios transparentes es imprescindible para que puedan ser atendidos en orden de necesidad y decidir la asignación de recursos.
3. Elaboración de **protocolos** que garanticen una adecuada indicación y la realización de auditorías.
4. Mejora de la **coordinación** entre los distintos niveles asistenciales: potenciación de la Cirugía Mayor Ambulatoria, mejora de la capacidad resolutive de Atención Primaria e incremento de la provisión de servicios en domicilio.
5. Mejora de la gestión de los recursos físicos disponibles para mejorar la eficiencia y actividad asistencial. **Adecuación y optimización de recursos de hospitales públicos** según demanda: camas, quirófanos y medios diagnósticos tratando de evitar tiempos de infrautilización.

6. **Revisión** de la eficiencia y costo-efectividad de la derivación a centros privados concertados con respecto a la optimización de la utilización de centros públicos.



Evolución de pacientes en lista de espera para intervención desde la regulación por parte del gobierno de la Comunidad de Madrid de la gestión de la lista de espera quirúrgica en nuestra comunidad en el año 2004. Fuente: datos publicados por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.