MUGA-MAILLO-MUGA
Estudio Jurídico Liria

afem
Asociación de Facultativos Especialistas de Madrid

INFORME

AFEM-ESTUDIO JURÍDICO LIRIA

LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

MADRID, 2015

INDICE:

I.- PRESENTACIÓN…….pág. 4

II.- LA REGULACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA……..pág. 8

A. La regulación estatal…….pág. 8
B. La regulación de la Comunidad de Madrid……pág. 13

III.- LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID….pág. 17

A. Unidad Central de Gestión de la LEQ……pág. 17
B. Comité Técnico Central……..pág. 18
C. Comités Técnicos Hospitalarios……pág. 20
D. Comisión Central de seguimiento y Evaluación……pág. 21
E. Registro Unificado del Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica……pág. 23
F. Procedimiento de gestión de la demanda quirúrgica……..pág. 26

IV.- LA LIBRE ELECCIÓN DE MÉDICO Y LA GESTIÓN DE LA LEQ EN LA COMUNIDAD DE MADRID…….pág. 34

A. La regulación de la libre elección de médico en la normativa estatal……pág. 35
B. La regulación de la libre elección de médico en la normativa de la Comunidad de Madrid……pág. 37
C. La gestión de la lista de espera quirúrgica en la Comunidad de Madrid……pág. 39

V.- LA FINANCIACIÓN DE LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID…….pág. 48

A. La distribución territorial de la población por hospitales en la Comunidad de Madrid……pág. 48
B. Las fuentes de financiación de la actividad hospitalaria de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública……..pág. 48
C. Fiscalización del programa presupuestario de la atención especializada del Servicio Madrileño de Salud……..pág. 50
D. Operativa de la facturación intercentros……..pág. 51

VI.- LA VULNERACIÓN DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y LA LEQ. LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y LOS DIFERENTES SUPUESTOS…….pág. 54

A. Pacientes que rechazan la derivación a centro privado……..pág. 57
B. Pacientes que son mal informados desde el servicio de call center…….pág. 60
C. Pacientes que aceptan ser derivados a un centro alternativo y son devueltos por éste porque cuentan con alguna complicación de carácter clínico…….pág. 62
D. Pacientes que tienen determinadas circunstancias personales, patologías previas y/o complicaciones clínicas (mujeres gestantes, hemofílicos, enfermos de VIH, etc.) y que, por estos motivos, no son reclamados por el sistema para ofrecerles un centro alternativo……..pág. 64

VII.- LAS CIFRAS DE LA LEQ EN LA COMUNIDAD DE MADRID……..pág. 69

VIII.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES……..pág. 72

IX.- BIBLIOGRAFÍA……pág. 74

I. PRESENTACIÓN

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 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).

Esta realidad contraviene la propia Ley, que expresamente en el Decreto que la regula, establece que la libertad de elección podrá ser ejercida "en cualquier momento, y sin necesidad de justificación alguna" cuando se trate de Atención Primaria, mientras que "en el ámbito de la Atención Especializada, también dispone que a los pacientes a quienes se les prescriba este tipo de asistencia sanitaria puedan elegir libremente médico en cualquier hospital y centro de especialidades de la red pública de la Comunidad de Madrid". La propia Ley establece la posibilidad de denegación de solicitud de libertad de elección con "carácter excepcional" y fundamentado con motivos muy concretos.

La prueba incontrovertible de que ambas promesas se excluyen recíprocamente es el incremento de jornada a que obliga la reforma laboral más reciente. Esta prolongación de jornada vale, como no, también para los médicos. Sin embargo, con los más de ellos, la ley no se cumple. Los cirujanos y muchos médicos no han visto prolongar sus jornadas porque los organismos competentes han considerado que dicha prolongación es, en su preciso caso, 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. Podrá ser dudoso que esto signifique una querencia de la Consejería por desviar dinero público a manos privadas,

pero en ningún caso será dudoso que el personal médico no es óptimamente utilizado, conque ni se cumple con la Ley de Libre Elección cuando se deniega a un enfermo el ser intervenido por su médico responsable (pues no se dan las condiciones para poder decirse que este está laboralmente saturado), ni se cumple este requisito básico reconocido para comenzar a hacer efectiva la derivación a centros privados ajenos a la red sanitaria pública.

He aquí que se lesionan derechos del paciente como tal, y también como ciudadano, pues el mal uso de los recursos y la erosión irreparable del patrimonio público supone un agravio, no tanto por constituir un delito, sino por faltar al derecho de cada ciudadano a que los demás obren también conforme a derecho.

Pero si la vulneración de derechos comienza ya en la misma raíz y fundamento de las leyes promulgadas por el gobierno regional, es en el manejo concreto que de la lista de espera quirúrgica se hace a su amparo, donde son estas faltas más claramente visibles por ser también más perceptible el peligro real que para el enfermo entrañan.

Desde el momento en que se produce la indicación de cirugía por parte del cirujano responsable del enfermo hasta la definitiva ejecución de la técnica propuesta por el mismo, un complicado proceso puramente administrativo tiene lugar. Se desarrolla en varios tiempos que a continuación resumimos. En cada uno de estos momentos vemos diferentes modos de lesión del derecho del paciente y ciudadano.

Queda sentada por parte del cirujano responsable (el habitual del paciente, el que conoce más de cerca su proceso quirúrgico y los otros que en el enfermo concurren) la indicación de cirugía, esto es, de un procedimiento quirúrgico muy específico, para una enfermedad también determinada y en un muy concreto enfermo. El primer paso de la administración es la advocación de dicho procedimiento específico bajo un término más general (perteneciente a la categoría de los llamados procedimientos quirúrgicos negociados) que permita la fácil constitución de grupos homogéneos de pacientes-enfermedades con el objeto de ser estos lotes ofertados a los centros concertados que, por un precio convenido (con criterios económicos desconocidos que los justifiquen e injustificadas variaciones en cada adjudicación) se harán responsables de la ejecución de las cirugías sin exceder el plazo máximo de 30 días garantizado por la Administración como tiempo máximo de espera desde la consulta en que la cirugía se indica. Queda aquí el paciente incluido en el Registro Unificado de Lista de Espera Quirúrgica (RULEQ), pero el tiempo de espera en caso de ser necesario un estudio preoperatorio no computa sino desde el momento en que este queda realizado. He aquí la primera trampa que el enfermo percibe, una dilatación estructural del plazo de espera de su cirugía. Pero además, la adjudicación indiscriminada de ese plazo máximo, independiente de la prioridad clínica de la cirugía, compromete inevitablemente la gestión sensata de la lista de espera, pues somete a criterios puramente

administrativos la adjudicación y el tratamiento, y con ellos el resultado final de cuestiones de mucha importancia para el enfermo.

La gestión administrativa de la Lista de Espera Quirúrgica (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 ha sido transferida por el habitual proceso de externalización, la responsabilidad del manejo del RULEQ en lo que a gestión de citas se refiere. 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.

Personal administrativo de cualificación desconocida y dependiente de una empresa privada tiene acceso a información médica de carácter personal de pacientes de toda la red sanitaria pública. Basándose en dicha información escrutan la disposición de los pacientes a ser intervenidos en centros distintos al suyo original. Nos consta, como se verá más adelante, que la información que proporcionan al enfermo para hacerlo decidir entre su centro de referencia y los centros privados concertados es a menudo falsa, que incluye desde sesgos en los plazos de demora del hospital de origen, hasta valoraciones de carácter personal y profesional referentes al médico que indicó el procedimiento. Asimismo se magnifica la repercusión que pudiera tener el hecho de negarse a ser intervenido en los centros alternativos ofertados, resultando esto en coacciones adicionales a lo que en la ley se contempla abiertamente y que supone para el enfermo ser intervenido en un plazo tan largo como 6 meses por haberse decidido por el médico y el centro en los que ya confía.

En caso de aceptar el enfermo un centro alternativo, se transfiere a éste la responsabilidad de ejecutar la cirugía en plazo. Para ello cuenta con una información clínica parcial y un conocimiento tangencial del paciente al que intervendrá con un contacto previo mínimo o incluso sin él. No se dispone de una historia clínica completa y en ocasiones, por un error en la codificación inicial se recibe al enfermo como pendiente de una intervención diferente de la que su médico previó que se haría. En caso de existir dicho contacto previo con el enfermo, sucede en ocasiones que el nuevo cirujano (un médico recién conocido por un enfermo nuevo para él) reconsidera el tratamiento propuesto por el cirujano habitual o incluso la misma indicación de cirugía. En el primer caso puede suceder que, con una información clínica insuficiente se opte por un procedimiento inadecuado al padecimiento concreto del enfermo. En el segundo el enfermo puede sufrir nuevos retrasos en su intervención, pues es el centro de origen el que debe de replantearse la vigencia de la indicación inicial. Queda por aclarar cuál sea la razón real por la que algunos pacientes son rechazados por estos centros alternativos (privados concertados). Sospechamos que la previsión de que enfermos que son a priori complejos (por su enfermedad quirúrgica o sus antecedentes médicos) sufran complicaciones postoperatorias inmediatas (las únicas

de las que dicho centro alternativo debe hacerse cargo, asumiendo los costes de una atención médica quizá prolongada y nunca rentable) es la respuesta a la mayoría de esos casos.

Pero el curso de la enfermedad no termina con la cirugía. Después de esta tienen lugar la convalecencia y la recuperación. Durante aquella y para esta es necesario el tratamiento rehabilitador en muchos casos, pero de este asunto el centro concertado no tiene responsabilidad alguna. Como consecuencia de su transitoria desvinculación del centro original, que será el responsable de la culminación del proceso, estos importantísimos tratamientos son a menudo retrasados o definitivamente perdidos, ocasionándose así un menoscabo del resultado final del tratamiento completo. En todo caso el tratamiento de las secuelas de un tratamiento quirúrgico mal prescrito, mal realizado o no complementado con el seguimiento posterior necesario, tampoco compete a estos centros de apoyo ajenos a la red sanitaria pública.

Los datos de los que disponemos parece que confirman esta hipótesis y plantea lagunas sobre el cumplimiento de *la Orden 602/2004 de 14 de Junio*, por la que se aprueban las instrucciones de gestión de Registro de Pacientes en Lista de espera quirúrgica de la Red Sanitaria única de Utilización pública; a destacar la disposición final séptima, donde habla de la derivación de pacientes a otros centros.

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*, mediante el sistema de conciertos debiendo tener en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios y dando 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. En cualquier caso para la concertación de esos servicios las Administraciones Públicas dentro del ámbito de sus competencias fijarán los requisitos y las condiciones mínimas, básicas y comunes, aplicables a los conciertos y las condiciones económicas se establecerán en base a módulos de costes efectivos, previamente establecidos y revisables por la Administración. Los centros sanitarios susceptibles de ser concertados por las Administraciones Públicas Sanitarias deberán ser previamente homologados por aquéllos, de acuerdo con un protocolo definido por la Administración competente, que podrá ser revisado periódicamente.

II. LA REGULACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

II.A. La regulación estatal.

La *Constitución Española* en su *artículo 43* consagra el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud y atribuye al Estado competencias exclusivas en materia de bases y coordinación general de la sanidad, de acuerdo con el *artículo 149.1.16.a*, como respuesta a la exigencia de garantía de acceso en condiciones de igualdad para todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud, con independencia de su lugar de residencia.

La configuración descentralizada del Sistema Nacional de Salud hace necesario que se establezcan los mecanismos en virtud de los cuales se garanticen los derechos a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria en condiciones de igualdad efectiva en el conjunto del sistema, de acuerdo con lo establecido en el propio texto constitucional y en la Ley General de Sanidad.

La *Ley 14/1986 General de Sanidad* en el *artículo 3.2* [1] (en adelante Ley General de Sanidad) dictaminó la garantía de accesibilidad de las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad, correspondiendo al Estado la regulación de las condiciones básicas que garanticen dicha igualdad. Desde entonces esta garantía se ha venido reiterando en todas las regulaciones básicas en materia sanitaria.

Diecisiete años más tarde de la promulgación de la Ley General de Sanidad, *la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* [2] (en adelante Ley de Cohesión y Calidad), reguló las prestaciones sanitarias y aspectos esenciales de las mismas, como son los referentes a las garantías de accesibilidad, movilidad, tiempo de acceso, información, seguridad y calidad, y dispuso que es derecho de los ciudadanos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud recibir asistencia sanitaria en su comunidad autónoma de residencia en un tiempo máximo en los términos recogidos en el artículo 25, así como la necesidad de establecer las garantías de tiempo de acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

Dicha disposición se llevó a cabo mediante la aprobación del *Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud*[3], el cual establece medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, y fija los criterios, indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en materia de listas de espera, con el fin de lograr un

[1] Publicado en BOE núm. 102 de 29 de Abril de 1986.
[2] Publicado en BOE núm. 128 de 29 de Mayo de 2003.
[3] Publicado en BOE núm. 207 de 29 de Agosto de 2011.

tratamiento homogéneo de éstas en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, que permita el análisis de los resultados y las necesidades y, asimismo, conseguir una evaluación de su funcionamiento, garantizando la transparencia y la uniformidad de la información facilitada al ciudadano.

Garantía de accesibilidad: la igualdad de acceso, se entiende respecto a un catálogo o conjunto de servicios o prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Dichas prestaciones deben garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y del nivel adecuado y que sean de carácter preventivo, diagnóstico, terapéutico, de rehabilitación, promoción y mantenimiento de la salud, tal y como se dispone en el artículo 23 de la Ley de Cohesión de Calidad.

> *"Todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en esta ley en condiciones de igualdad efectiva."*

Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, pueden aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán, cuando menos, la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, la cual debe garantizarse a todos los usuarios del mismo. Las comunidades autónomas, por tanto, están habilitadas para incorporar en sus carteras de servicios, una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios.

Garantía de tiempo de acceso a las prestaciones: la *Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud*, dispone en su artículo 25, que:

> *"En el seno del Consejo Interterritorial se acordarán los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, que se aprobarán mediante real decreto. Las comunidades autónomas definirán los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios dentro de dicho marco."*

Ahora bien, desde la transferencias sanitarias a las distintas comunidades autónomas se han regulado mediante distintos instrumentos jurídicos los tiempos de respuesta al acceso a los tratamientos. Esta diversidad normativa y de plazos de acceso a la asistencia sanitaria, condujo a la aprobación de la primera norma a nivel estatal en materia de garantía de tiempos máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, consistente en el *Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio,*

por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud[4] y que tiene naturaleza jurídica de legislación básica y común en materia de garantías de tiempos máximos de acceso para todo el Sistema Nacional de Salud. Su elaboración se llevó a cabo con una activa participación de las comunidades autónomas, en el seno de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y además la norma se sometió a consulta de los sectores afectados y del Consejo de Consumidores y Usuarios.

Esta norma básica estatal se refiere exclusivamente a tiempo máximo de acceso para la realización de intervenciones quirúrgicas (por tanto no sobre acceso a consulta especializada o a pruebas diagnósticas), intervenciones que se han seleccionado supuestamente según criterios de gravedad (riesgo de muerte, discapacidad o afección sobre la calidad de vida), eficacia de la intervención y oportunidad de la misma, fijándose un plazo máximo común de 180 días naturales para la práctica de las siguientes cirugías: cirugía cardíaca valvular, cirugía cardíaca coronaria, cataratas, prótesis de cadera y prótesis de rodilla.

Garantía de información: en el artículo *26 de la Ley General de Sanidad* se regulan los derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en lo relativo a la salud, y dispone que:

> *"Los servicios de salud informarán a la ciudadanía de sus derechos y deberes, de las prestaciones y de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, de los requisitos necesarios para el acceso a éstos y de los restantes derechos recogidos en la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como de los derechos y obligaciones establecidos en la Ley General de Salud Pública y en las correspondientes normas autonómicas, en su caso*[5]*.*

Sin embargo, la protección del derecho constitucional a la salud exige la adopción de medidas en materia de información y documentación clínica que no fueron debidamente desarrolladas por la mencionada Ley General de Sanidad. Dado que varias de las comunidades autónomas habían dictado normas propias sobre dichas cuestiones, por parte del Gobierno se adoptó la decisión de impulsar definitivamente una regulación a nivel estatal y con carácter básico de los derechos y obligaciones de pacientes y profesionales en materia de información y documentación clínica, con el objeto de ofrecer a todos los ciudadanos del Estado las mismas garantías, aprobando la

[4] Publicado en BOE núm. 207 de 29 de Agosto de 2011.

[5] Número 1 del artículo 26 redactado por el apartado cuarto de la disposición final segunda de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública («B.O.E.» 5 octubre).Vigencia: 6 octubre 2011.

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[6] *(*en adelante *Ley de Autonomía del Paciente)*.

La nueva regulación plasma a nivel legislativo el principio de autonomía del paciente como base de la atención sanitaria, reconociendo, por ejemplo, tanto el derecho a no ser informado como el derecho a ser informado, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, incluso en caso de incapacidad del paciente. Dicha información deberá proporcionarse, como regla general, de forma verbal, dejando constancia en la historia clínica, si bien será precisa la forma escrita ante intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, cuando el procedimiento suponga riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

Además, El *Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen Medidas para el Tratamiento Homogéneo de la Información sobre Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud*[7], establece por primera vez los criterios, indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en materia de listas de espera, con el fin de lograr un tratamiento homogéneo de éstas en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, que permita el análisis de los resultados y las necesidades y, asimismo, conseguir una evaluación de su funcionamiento, garantizando la transparencia y la uniformidad de la información facilitada al ciudadano. Del mismo modo insta a las comunidades autónomas al cumplimiento de los mismos.

Garantía de seguridad: la *Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud*, en su artículo 27.3 (figura 3), establece que, mediante Real Decreto, se determinarán con carácter básico las garantías mínimas de seguridad y calidad que, acordadas en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, deberán ser exigidas para la regulación y autorización por las Comunidad Autónomas en la apertura y en el funcionamiento en sus respectivos ámbitos territoriales, de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

> ***"Artículo 27.*** *Garantías de seguridad*
>
> *a) Cuando se trate de técnicas, tecnologías o procedimientos para cuya correcta utilización sea conveniente concentrar los casos a tratar, se designarán servicios de referencia, de acuerdo con lo que se establece en el siguiente artículo.*
> *b) Para aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos respecto de los que no*

[6] Publicado en BOE núm. 274 de 15 de Noviembre de 2002.
[7] Publicado en BOE núm. 134 de 05 de Junio de 2003.

exista suficiente información para determinar su seguridad, el Ministerio de Sanidad y Consumo acordará, en su caso, con las comunidades autónomas el uso tutelado previsto en el artículo 22.

c) *Mediante real decreto se determinarán, con carácter básico, las garantías mínimas de seguridad y calidad que, acordadas en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, deberán ser exigidas para la regulación y autorización por parte de las comunidades autónomas de la apertura y puesta en funcionamiento en su respectivo ámbito territorial de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.*

Dichos requisitos irán dirigidos a garantizar que el centro, establecimiento o servicio sanitario cuenta con los medios necesarios para desarrollar las actividades a las que va destinado.

Los requisitos mínimos podrán ser complementados por las comunidades autónomas para todos los centros, establecimientos y servicios sanitarios de su ámbito territorial."

En desarrollo de las previsiones contenidas en la citada Ley, mediante el *Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios* [8], se regula una nueva clasificación, denominación y definición común de los mismos para todas las Comunidades Autónomas. Mediante dicho Real Decreto se determinarán con carácter básico las garantías mínimas de seguridad y calidad que deberán ser exigidas por las comunidades autónomas para la regulación y autorización, en sus respectivos ámbitos territoriales, de los centros, servicios y establecimientos sanitarios en la apertura y en el funcionamiento.

Para que un servicio sanitario pueda desarrollar sus actividades tiene que estar previamente autorizado por la administración sanitaria competente, en este caso la Comunidad de Madrid. El ámbito territorial de la autorización sanitaria no es de carácter nacional sino de carácter autonómico, como se establece en el artículo 3 del *Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre.*

En este sentido, AFEM ha tenido conocimiento de que muchos servicios sanitarios que son concertados por la administración autonómica de la Comunidad de Madrid, y que son usados para las derivaciones de la Lista de Espera Quirúrgica, no cumplen los requisitos mínimos y no han sido previamente autorizados por la administración sanitaria competente.

[8] Publicado en BOE núm. 254 de 23 de Octubre de 2003.

Garantía de calidad: en el ámbito sanitario, el derecho de libre elección de facultativo y centro, se constituyen como medios para flexibilizar la rigidez de ese modelo de planificación pública de servicio y recursos, en atención, entre otros, al carácter personal y de especial confianza de la relación médico-paciente, y al entorno de incertidumbre en que se producen muchas decisiones médicas.

Este derecho se encuadra dentro de la garantía de calidad, regulada en el *artículo 28 de la Ley de Cohesión y Calidad,* que otorga a todos los usuarios del territorio español las siguientes prerrogativas que aseguran que la prestación de los servicios referentes a la salud van a cumplir un estándar mínimo, independientemente de la zona donde se preste dicho servicio: auditorias periódicas independientes, derecho a la libre elección de facultativo, derecho a la segunda opinión facultativa, humanización de la asistencia y centros y servicios de referencia.

Estas manifestaciones de la garantía de calidad resultan aplicables, junto a la garantía de seguridad de las prestaciones, a la totalidad del sistema sanitario, incluidos, por tanto, los centros y servicios privados, independientemente de la financiación de las prestaciones que estén ofreciendo en cada momento, siendo responsabilidad de las Administraciones Públicas sanitarias, para los centros de su ámbito, velar por su cumplimiento.

Por tanto, la igualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias es una garantía constitucional y legal, ahora bien, la existencia de distintas prestaciones sanitarias en las comunidades autónomas así como la existencia de distintas garantías de tiempos máximos de acceso a las prestaciones generan inequidad en el acceso, dándose supuestos como los que se contemplan en el presente informe, en los que no se garantiza la igualdad de acceso a ciudadanos que ejercen su derecho a la elección de médico, como se verá más adelante.

II. B. La regulación de la Comunidad de Madrid.

La Comunidad de Madrid, en 1983, asumió las competencias en materia sanitaria tras la aprobación del *Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid* [9] que atribuye al gobierno de la comunidad en sus artículos 27.4 y 27.5 la competencia de desarrollo legislativo y la potestad reglamentaria y de ejecución en materia de sanidad e higiene y de coordinación hospitalaria en general y en el artículo 28.1.1 la ejecución de la legislación del Estado en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad

[9] Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid, publicado en BOE núm. 51 de 01 de Marzo de 1983.

Social.

En este marco competencial, la Comunidad de Madrid dictó la *Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria* [10], cuyo artículo 27.10 establece que el ciudadano tiene derecho a que las prestaciones sanitarias le sean dispensadas dentro de unos plazos previamente definidos y conocidos:

> ***"Artículo 27.*** *Derechos de los ciudadanos en relación con el sistema sanitario. Además de los derechos regulados en la Ley General de Sanidad, se reconocen como derechos de los ciudadanos en relación con el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid:*
>
> 1. *El ciudadano tiene derecho a ser verazmente informado, en términos comprensibles en relación con su propia salud, para poder tomar una decisión realmente autónoma. Este derecho incluye el respeto a la decisión de no querer ser informado.*
> 2. *En situaciones de riesgo vital o incapacidad para poder tomar decisiones sobre su salud, se arbitrarán los mecanismos necesarios para cada circunstancia que mejor protejan los derechos de cada ciudadano.*
> 3. *El ciudadano tiene derecho a mantener su privacidad y a que se garantice la confidencialidad de sus datos sanitarios, de acuerdo a lo establecido en la legislación vigente.*
> 4. *El ciudadano como paciente tiene derecho a conocer la identidad de su médico o facultativo, quien será responsable de proporcionarle toda la información necesaria que requiera, para poder elegir y, en su caso, otorgar su consentimiento a la realización de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, profilácticos y otros, que su estado de salud precise.*
> 5. *El ciudadano como paciente tiene derecho a conocer si el procedimiento, diagnóstico o terapéutico que le sea dispensado será empleado en un proyecto docente o en una investigación clínica, a efectos de poder otorgar su consentimiento.*
> 6. *El paciente, por decisión propia, podrá requerir que la información sea proporcionada a sus familiares, allegados u otros, y que sean éstos quienes otorguen el consentimiento por sustitución.*
> 7. *El derecho a la información sobre la propia salud incluye el acceso a la información escrita en la historia clínica, resultados de pruebas complementarias, informes de alta, certificados médicos, y cualquier otro documento clínico que contenga datos sanitarios propios. El grado de confidencialidad de los mismos debe ser decidido por el paciente."*

[10] Publicado en BOCM núm. 306 de 26 de Diciembre de 2001 y BOE núm. 55 de 05 de Marzo de 2002.

*"**Artículo 29.** Información Sanitaria.*

a) *La autoridad sanitaria velará por el derecho de los ciudadanos a recibir, por cualquier medio de comunicación, información sanitaria clara, veraz, relevante, fiable, equilibrada, actualizada, de calidad y basada en la evidencia científica, que posibilite el ejercicio autónomo y responsable de la facultad de elección y la participación activa del ciudadano en el mantenimiento o recuperación de su salud.*
b) *La autoridad sanitaria garantizará el derecho a recibir información sanitaria por medio de las siguientes actuaciones:*
c) *Desarrollo de mecanismos de acreditación que permitan la identificación por parte del ciudadano y del profesional de las fuentes de información que cumplan con los requisitos exigibles.*
d) *Desarrollo de redes de información sanitaria integrada de calidad, cumpliendo con todas las medidas que estén vigentes en materia de protección de datos de carácter personal y de identificación mediante firma digital avanzada.*
e) *Fomento del autocontrol responsable en la información sanitaria.*
f) *Control directo de la publicidad sanitaria en los casos y en la forma que reglamentariamente se determine.*
g) *Difusión directa de información sanitaria de interés para el ciudadano con especial énfasis en situaciones de riesgo derivadas de alertas o emergencias sanitarias.*
h) *Difusión de la información sobre los servicios sanitarios a los que puede acceder el ciudadano, así como sobre las normas para su uso."*

Además, como consecuencia de dicha asunción de competencias, la Comunidad de Madrid se ve obligada a realizar el desarrollo legislativo instado por la legislación estatal mediante *Real Decreto 605/2003*, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

El Gobierno de la Comunidad de Madrid asumió finalmente el compromiso con los ciudadanos de reducir el tiempo de espera para acceder a las intervenciones quirúrgicas programadas con la aprobación del *Decreto 62/2004, de 15 de abril, por el que se crea la Unidad Central de Gestión, Los Comités Técnicos, la Comisión Central de Seguimiento y Evaluación y el Registro Unificado de Pacientes del Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica* [11].

[11] Publicado en BOCM núm. 92 de 19 de Abril de 2004.

En el Capítulo V del citado Decreto se definen los aspectos generales del Registro Unificado de Pacientes del Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica, los cuales será preciso desarrollar a fin de establecer unos criterios homogéneos de gestión del citado Registro dentro de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.

Finalmente la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid dictó la *Orden 602/2004, de 14 de junio sobre instrucciones de gestión del registro de pacientes en lista de espera quirúrgica de la red sanitaria única de Utilización Pública* [12] en la que se realiza una clasificación de pacientes y, las causas para su exclusión de la misma, las cuales son objeto de análisis en el presente informe.

[12] Publicado en BOCM núm. 150 de 25 de Junio de 2004.

III. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID:

III. A. Unidad central de Gestión de la LEQ:

La Unidad Central se constituye para desarrollar e implantar el Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica, como una unidad administrativa adscrita orgánicamente a la Viceconsejería de Asistencia e Infraestructuras Sanitarias, y funcionalmente depende de la Dirección General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública (*art. 3 Decreto 62/2004*).

Las funciones de la misma son:

a) Analizar las propuestas contenidas en los Planes de Actuación elaborados por las Gerencias de los Hospitales Públicos de la Red Sanitaria, para su posterior aprobación por la Viceconsejería de Asistencia e Infraestructuras Sanitarias.
b) Proponer a la Dirección General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, a la vista de las propuestas e informes pertinentes, los volúmenes máximos y mínimos de actividad quirúrgica necesarios para alcanzar los objetivos del Plan y los recursos necesarios para alcanzarlos.
c) Establecer y coordinar los flujos de pacientes con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos del Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica.
d) Proponer a la Dirección General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública la derivación a otros centros hospitalarios, conforme a lo señalado en el artículo 9, de los pacientes que no puedan ser atendidos en su hospital de origen en el tiempo máximo de demora previsto y con las garantías definidas en el artículo 10.
e) Proponer los criterios de asignación de los flujos económicos asociados a los movimientos de pacientes entre centros.
f) Gestionar el Sistema de Información de Lista de Espera Quirúrgica manteniéndolo permanentemente actualizado, así como poner en funcionamiento el Centro de Información y Gestión al paciente al que se refiere el artículo 12 del presente Decreto.
g) Proponer criterios de inclusión en Lista de Espera Quirúrgica.
h) Cualesquiera otras funciones que, en relación con el Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica, el Viceconsejero de Asistencia e Infraestructuras Sanitarias decida asignarle, a propuesta de la Dirección General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.

III. B. Comité Técnico Central.

En el Capítulo III del meritado *Decreto 62/2004*, en el cual se regulan los distintos Comités Técnicos se regula el Comité Técnico Central (*art. 15*).

Este Comité es un órgano colegiado de carácter consultivo para el asesoramiento y apoyo a la gestión de la lista de espera quirúrgica, así como de coordinación de los diferentes Comités Técnicos de los Centros Hospitalarios.

Como órgano colegiado, se regirá por lo dispuesto en el Capítulo II del Título II de la *Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, sobre regulación de órganos colegiados* [13].

Dicho Comité Técnico Central estará integrado por el Presidente de cada uno de los Comités Técnicos Hospitalarios y por facultativos de las especialidades quirúrgicas que generen mayor demanda y lista de espera quirúrgica, así como de anestesia y reanimación, contando para ello con las respectivas sociedades científicas.

El Comité Técnico Central colaborará con la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección y con la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid "Laín Entralgo", en la actualización de protocolos y guías de práctica clínica relacionados con procesos quirúrgicos, con la finalidad de asegurar la implantación de aquéllos a los efectos de disminuir la variabilidad.

Composición del Comité Técnico Central *(artículo 7 Orden 478/2004)*:

Presidente: El titular de la Dirección General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.

Vocales:

a) Los Presidentes de cada uno de los Comités Técnicos Hospitalarios.
b) Un facultativo designado por cada una de las siguientes Sociedades Científicas: Anestesiología y Reanimación; Angiología y Cirugía Vascular; Cirugía Cardiovascular; Cirugía General y del Aparato Digestivo, Cirugía Oral y Maxilofacial; Cirugía Ortopédica y Traumatología; Cirugía Pediátrica; Cirugía Plástica, Estética y Reparadora; Cirugía Torácica, Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología; Neurocirugía; Obstetricia y Ginecología; Oftalmología; Otorrinolaringología y Urología. Los referidos vocales serán

[13] Publicado en BOE núm. 285 de 27 de Noviembre de 1992.

nombrados por el Consejero de Sanidad y Consumo a propuesta de las sociedades científicas representadas en el Comité.

c) El titular de la Dirección General de Recursos Humanos.
d) El titular del Instituto Madrileño de la Salud.
e) El titular del Servicio Madrileño de Salud.
f) El responsable de la Unidad Central de Gestión de Lista de Espera Quirúrgica.
g) Secretario: Un funcionario de la Dirección General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, que actuará con voz y voto.

El Comité Técnico Central se constituye para lograr la mayor participación posible de los profesionales en los objetivos del Plan Integral de Reducción de Espera Quirúrgica con las siguientes funciones de asesoramiento y apoyo a la gestión de la lista de espera quirúrgica, así como de coordinación de los diferentes Comités Técnicos que se constituyan en el seno de los centros hospitalarios.

Funciones del Comité Técnico Central *(artículo 8 Orden 478/2004)*:

1) Establecer criterios comunes y líneas generales de actuación en relación con las funciones encomendadas a los Comités Técnicos Hospitalarios.
2) Impulsar los trabajos de los Comités Técnicos Hospitalarios.
3) Realizar el seguimiento de las actuaciones llevadas a cabo por los Comités Técnicos Hospitalarios.
4) La elaboración y actualización de Protocolos y Guías de Práctica Clínicas en relación con los procesos quirúrgicos a realizar, en especial en lo referente a criterios de indicación quirúrgica y de prioridad clínica, a cuyo efecto se constituirán los correspondientes grupos de trabajo y, en colaboración con la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección y con la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid "Laín Entralgo".

Funcionamiento del Comité Técnico Central *(artículo 9 Orden 478/2004*):

1) Se reunirá como mínimo una vez al cuatrimestre y cuando así lo decida su Presidente.
2) Acordará las normas de régimen interior que estime necesarias para el más eficaz desarrollo de sus funciones.
3) En todo lo no previsto en la presente Orden se aplicará lo dispuesto en el Capítulo II del Título II de la *Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo*

Común, sobre regulación de Órganos Colegiados. En cualquier caso se exige la formalización de un acta por reunión.

4) Se constituirá en el plazo de quince días a contar desde la constitución de los Comités Técnicos Hospitalarios.

III. C. Comités Técnicos Hospitalarios

Los Comités Técnicos Hospitalarios previstos en el *artículo 15 del Decreto 62/2004, de 15 de abril*, se crean con la finalidad de lograr la mayor participación posible de los profesionales en los objetivos del Plan Integral de Reducción de Espera Quirúrgica como órganos colegiados de carácter consultivo, y se regirán, por tanto por lo dispuesto en el Capítulo II del Título II de la *Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, sobre regulación de Órganos Colegiados.*

Con este fin se constituirá un Comité en cada centro hospitalario de titularidad pública o con concierto sustitutorio de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid, en los que se realice actividad quirúrgica.

Composición de los Comités Técnicos Hospitalarios *(artículo 3 Orden 478/2004):*

Presidente: El Gerente del hospital.

Vocales:

a) Un jefe de servicio designado por el Presidente del Comité de cada una de las especialidades existentes en el centro de las siguientes especialidades: Anestesiología y Reanimación; Angiología y Cirugía Vascular; Cirugía Cardiovascular; Cirugía General y del Aparato Digestivo, Cirugía Oral y Maxilofacial; Cirugía Ortopédica y Traumatología; Cirugía Pediátrica; Cirugía Plástica, Estética y Reparadora; Cirugía Torácica, Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología; Neurocirugía; Obstetricia y Ginecología; Oftalmología; Otorrinolaringología y Urología.
b) El jefe de Servicio de Admisión.
c) El responsable de enfermería del centro.
d) El responsable de gestión económica del centro.
e) El Director Médico.

Actuará como Secretario, uno de los vocales elegido por el Comité, que tendrá voz y voto.

Asimismo y a propuesta del Presidente podrán asistir uno o más expertos del centro dependiendo de las características del mismo, con voz y sin voto.

Funciones de los Comités Técnicos Hospitalarios *(artículo 4 Orden 478/2004):*

a) Asesorar a la Gerencia del Hospital en la elaboración del Plan de Actuación de listas de espera.
b) Evaluación del cumplimiento de los criterios de actividad establecidos por el centro, y propuesta de medidas para la optimización del rendimiento quirúrgico del hospital.
c) Seguimiento del cumplimiento de la demora máxima quirúrgica.
d) Seguimiento de la utilización de Protocolos y Guías de Práctica Clínica relacionados con procesos quirúrgicos, especialmente en lo referente a criterios de indicación quirúrgica y prioridad clínica.
e) Propuesta de los criterios de compensación económica al personal del centro implicado en el Plan de Listas de Espera, de acuerdo con las directrices fijadas por la Dirección General de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad y Consumo.

Funcionamiento de los Comités Técnicos Hospitalarios *(artículo 5 Orden 478/2004):*

1) Los Comités Técnicos Hospitalarios se reunirán como mínimo con una periodicidad quincenal y cuando así lo decida su Presidente.
2) Cada Comité Técnico acordará las normas de régimen interior que estime necesarias para el más eficaz desarrollo de sus funciones.
3) En todo lo no previsto en la presente Orden se aplicará lo dispuesto en el Capítulo II del Título II de *la Ley 30/1992, de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, sobre regulación de órganos colegiados*. En cualquier caso se exige la formalización de un acta por reunión.
4) Los Comités Técnicos Hospitalarios deberán quedar constituidos en el plazo de quince días a partir de la entrada en vigor de la presente Orden.

III. D. Comisión Central de Seguimiento y Evaluación.

El *Decreto 62/20*04, regula en su Capítulo IV, la creación de la Comisión Central de Seguimiento y Evaluación, como órgano encargado del seguimiento y evaluación del Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica, y de las medidas que, en desarrollo del mismo, se pongan en marcha en la Consejería de Sanidad y Consumo.

Composición de la Comisión Central de Seguimiento y Evaluación *(artículo 17):*

Presidente: El cargo del Presidente lo ostentará el titular de la Consejería de Sanidad y Consumo, que podrá delegar el ejercicio de sus funciones en el titular de la Viceconsejería de Asistencia e Infraestructuras Sanitarias, que tendrá la consideración de Vicepresidente de la Comisión.

Vicepresidente.

Vocales: el Director General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, el Director General de Recursos Humanos, el Director General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección y el Director General de Informática, Comunicaciones e Innovación Tecnológica.
Por decisión de su Presidente, a la Comisión podrán asistir otros Altos Cargos, Directores Generales, Funcionarios o Responsables de la Consejería de Sanidad y Consumo que, por razón de los asuntos a tratar, resulte a su juicio conveniente.

Secretario: será un funcionario designado por el Presidente.

La Comisión Central de Seguimiento y Evaluación, se reunirá, al menos, con una periodicidad mensual o cuando así lo decida su Presidente.

Funcionamiento de la Comisión Central de Seguimiento y Evaluación *(artículo 19):*

1. La Comisión Central de Seguimiento y Evaluación, se reunirá, al menos, con una periodicidad mensual o cuando así lo decida su Presidente
2. En cuanto a su régimen jurídico y de funcionamiento, y en todo lo no previsto en el presente Decreto, se aplicará lo dispuesto en el Capítulo II del Título II de la *Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en lo que se refiere a la regulación de órganos colegiados*.

Funciones de la Comisión Central de Seguimiento y Evaluación *(artículo 18):*

a) Efectuar el seguimiento y evaluación del Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica.
b) Supervisar la ejecución del programa de auditoría interna que elabore la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección de la Viceconsejería de Ordenación Sanitaria, Salud Pública y Consumo.
c) Realizar las observaciones que sean precisas para reflejar las incidencias surgidas en el proceso de aplicación del Plan Integral de Reducción de la Espera

Quirúrgica a la vista del informe presentado por la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección, proponiéndose las medidas correctoras oportunas.

III. E. Registro Unificado del Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica:

Se regula en el Capítulo V del *Decreto 62/2004, de 15 de abril*, el Registro Unificado del Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica, que incluye a todos los pacientes con prescripción no urgente de un procedimiento quirúrgico establecido por un médico especialista, una vez concluidos sus estudios diagnósticos, aceptada por el paciente, y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de quirófano.

El Registro estará adscrito a la Dirección General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Consejería de Sanidad y Consumo, a través de la Unidad de Gestión de Lista de Espera Quirúrgica.

Extiende su ámbito de aplicación a todos los centros hospitalarios de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid, así como a los centros hospitalarios con concierto sustitutorio.

Criterios de inclusión en el Registro *(artículo 22 decreto 62/2004).*

Para poder ser incluido en el Registro Unificado de Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica, además de tratarse de pacientes con prescripción no urgente establecida por un médico especialista quirúrgico, en los términos señalados en el artículo 20.1, se requerirá:

a) Si son pacientes residentes en la Comunidad de Madrid, estar en posesión de la Tarjeta Sanitaria Individual, cuya distribución y renovación estará garantizada por la Dirección General de Aseguramiento y Atención al Paciente.
b) Los pacientes procedentes de otras Comunidades Autónomas deberán estar en posesión de la correspondiente propuesta de derivación, emitida por su órgano autonómico de salud competente y contar con la aceptación del centro receptor o de la Dirección General del Instituto Madrileño de la Salud, en los términos señalados en el *Real Decreto 1247/2002, de 3 de diciembre*, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria.
c) Los pacientes procedentes de países de la Unión Europea o con convenio de asistencia sanitaria con el Estado Español, tendrán que disponer de la correspondiente propuesta de derivación aceptada por la Administración

Sanitaria Madrileña en los términos dispuestos en el *Real Decreto 1247/2002* antes mencionado.

El Registro de Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica será único, si bien la gestión del mismo, a efectos de registro y programación, se realizará de forma descentralizada desde los centros de la Red, tanto propios como con concierto sustitutorio, a través de los servicios de admisión o de las unidades que se habiliten al efecto.

Contenido del Registro *(artículo 24 decreto 62/2004).*

En el Registro de Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica se inscribirán, al menos, los siguientes datos:

A) Datos relacionados con la identificación del paciente:

a) Nombre y apellidos del paciente.
b) Código de identificación personal del paciente.
c) Domicilio y teléfono de contacto.

B) Datos relacionados con el centro hospitalario:

a) Hospital y Servicio que le ha incluido en la lista de espera.
b) Datos del facultativo que indica la intervención quirúrgica.

C) Datos relacionados con la intervención quirúrgica:

a) Patología/s del paciente.
b) Procedimiento/s quirúrgico/s previsto/s.
c) Tipo de cirugía.
d) Tipo de anestesia.
e) Prioridad.
f) Preoperatorio.
g) Fecha de realización del preoperatorio.
h) Fecha de caducidad del preoperatorio.

D) Situación del paciente en relación a la Lista de Espera Quirúrgica:

a) Aceptación por el paciente de su inclusión en el Registro.
b) Fecha de inclusión en lista de espera.
c) Fecha de presentación de la solicitud de inclusión en lista de espera.
d) Fecha de prescripción de la intervención por el médico especialista quirúrgico.
e) Fecha de notificación.
f) Fecha máxima de permanencia en lista de espera.
g) Fecha máxima de programación quirúrgica.

h) Fecha de derivación a centro de intervención.
i) Centro de intervención y unidad responsable.

E) Datos relacionados con la suspensión y baja en la Lista de Espera Quirúrgica:

a) Causa de la suspensión del cómputo del tiempo máximo de espera quirúrgica.
b) Fecha de inicio de la suspensión.
c) Fecha de reinicio del cómputo del tiempo máximo de espera quirúrgica, una vez desaparecida la causa que motivó la suspensión.
d) Causa de baja en la lista de espera.
e) Fecha de baja en la lista de espera.

Accesibilidad, seguridad y confidencialidad del Registro *(artículo 25 decreto 62/2004):*

1. El Registro Unificado de Pacientes del Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica dispondrá de diferentes niveles de accesibilidad, que serán definidos por la Dirección General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.
2. El Registro Unificado de Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica contará con las adecuadas garantías de seguridad, confidencialidad y privacidad de acuerdo con lo establecido en la *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal*, en la *Ley 8/2001, de 13 de julio, de Protección de datos de carácter personal en la Comunidad de Madrid*, en el *Decreto 67/2003, de 22 de mayo*, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de las funciones de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, de tutela de derechos y de control de ficheros de datos de carácter personal y en especial en el *Real Decreto 994/1999, de 11 de junio* que aprueba el Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan datos de carácter personal.
3. Los datos personales serán incorporados y tratados en el Registro Unificado de Lista de Espera Quirúrgica, cuya finalidad es la reducción de las listas de espera quirúrgica en la Comunidad de Madrid. Dicho fichero está inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, y tendrán acceso a él todos los Centros hospitalarios de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid y los Centros hospitalarios concertados, previo consentimiento de los pacientes.

Alta en el Registro *(artículo 26 decreto 62/2004).*

La inclusión de un paciente en el Registro Único de Lista de Espera Quirúrgica se realizará a partir de la solicitud de inscripción en el mismo, cumplimentada por el médico especialista quirúrgico correspondiente.

Los servicios de admisión y unidades habilitadas al efecto procederán a la inclusión de todos los pacientes con indicación quirúrgica, formalizada por su médico especialista, extremando las medidas para que no exista ningún paciente pendiente de registro.

Baja en el Registro *(artículo 27 decreto 62/2004):*

La baja en el Registro Único de Lista de Espera Quirúrgica se producirá cuando concurra alguno de los siguientes motivos:

a) La realización de la intervención quirúrgica indicada.
b) La petición expresa del paciente.
c) La desaparición de la necesidad de intervención o existencia de contraindicación o causas clínicas que aconsejen suspender la intervención de forma definitiva, y así se acredite mediante informe médico y aceptación del paciente.
d) El rechazo por parte del paciente de la oferta del centro de intervención que realice la Unidad Central de Gestión de Lista de Espera Quirúrgica, si bien, se respetará su antigüedad en la espera del centro de origen.
e) La no asistencia a la atención programada que motivo su inclusión en el Registro.
f) El fallecimiento del paciente.

Suspensión temporal *(artículo 28 decreto 62/2004):*

El tiempo máximo de espera se interrumpirá cuando concurran las siguientes causas:

a) Causas clínicas que aconsejen demorar la intervención, sin que ello suponga que sea de forma definitiva o por desaparición de su indicación.
b) Causas debidamente justificadas, mientras éstas subsistan, si así lo solicita el paciente.
c) Situaciones de catástrofe, conflictos colectivos o graves emergencias sobrevenidas hasta tanto se resuelvan las mismas.

III. F. Procedimiento de Gestión de la Demanda quirúrgica:

Centro de Información y Gestión: CALL CENTER.

En la Unidad Central de Gestión de Lista de Espera Quirúrgica, se pondrá en funcionamiento un Centro de Información y Gestión, desde el que se ofertarán, a

través de medios telefónicos y telemáticos con las debidas garantías de seguridad, confidencialidad y privacidad, determinadas en la *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal* y *Ley 8/2001, de 13 de julio, de Protección de datos de carácter personal en la Comunidad de Madrid*, los siguientes servicios:

a) Información general sobre los tiempos máximos de espera quirúrgica.
b) Información personalizada sobre situación de cada paciente en lista de espera quirúrgica.
c) Oferta de centros asistenciales.
d) Consulta por el paciente de su programación quirúrgica y confirmación de la misma.
e) Seguimiento del proceso de gestión de demanda y oferta quirúrgica.
f) Seguimiento y control de calidad del proceso de ofertas de servicios al usuario.
g) Gestión de incidencias, sugerencias, quejas y reclamaciones.

<u>Procedimiento de Gestión de la Demanda Quirúrgica *(artículo 5 decreto 62/2004):*</u>

1. La Unidad Central de Gestión de Lista de Espera Quirúrgica efectuará un análisis cualitativo y cuantitativo de la demanda existente, tanto a nivel global como por centros, servicios y patologías.

2. Dicha Unidad establecerá un cronograma para la reducción de la demora con dos indicadores de medida diferenciados: tiempo máximo de permanencia en lista de espera y tiempo máximo de programación:

    a) A efectos de este Decreto se entenderá como *tiempo máximo de permanencia* en lista de espera el plazo máximo de respuesta fijado por la Unidad Central de Gestión de Lista de Espera o norma reglamentaria correspondiente, para la realización de la intervención quirúrgica.
    b) Se entiende por *tiempo máximo de programación* el plazo máximo que la Unidad Central de Gestión de Lista de Espera asigna al hospital de origen del usuario para fijar a éste fecha de cita para su intervención en dicho Centro Hospitalario.

3. El tiempo máximo de programación se establecerá en función del tiempo máximo de permanencia en lista de espera, debiendo existir entre ambos indicadores el tiempo suficiente con objeto de permitir la programación y derivación de pacientes.

4. Transcurrido dicho plazo máximo de programación sin que el Centro Sanitario fije la fecha de cita de la intervención quirúrgica correspondiente, la Unidad Central de Gestión de Lista de Espera Quirúrgica podrá derivar al paciente a otro centro hospitalario de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública o, en su caso, a un centro con el que se haya establecido el oportuno concierto, para su inmediata intervención, de acuerdo con lo establecido en los artículos siguientes.

5. El cómputo del plazo máximo de demora para intervenciones quirúrgicas se efectuará a partir del día siguiente a la fecha en que al paciente le haya sido notificada su inclusión en el Registro Unificado de Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica.

6. A efectos estadísticos, no se tomarán en consideración aquellos períodos de tiempo en los que concurran las causas señaladas en el artículo 28 (suspensión temporal de estancia en el Registro).

El Procedimiento a seguir varía en función de la naturaleza del centro hospitalario al cual sea de aplicación el presente sistema de Lista de espera Quirúrgica.

Procedimiento de Gestión de la Oferta Quirúrgica en centros hospitalarios públicos de la Red Sanitaria de la Comunidad de Madrid *(artículo 6 decreto 62/2004):*

1. Así pues, la Unidad Central de Gestión de Lista de Espera Quirúrgica, a la vista tanto de la demanda quirúrgica existente, como de las previsiones de cada proceso, y considerando la oferta asistencial de los Centros Públicos de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, propondrá a la Dirección General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, los criterios de actividad que han de cumplir los centros del Instituto Madrileño de la Salud y el resto de hospitales públicos de la Red.

2. A estos efectos, se contemplarán, como mínimo, los siguientes criterios:

    a) Tiempo máximo de permanencia en lista de espera de los pacientes adscritos a los Hospitales Públicos de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.
    b) Número de salidas a realizar para cumplir objetivos por patologías.

3. Los Gerentes de los centros hospitalarios públicos asegurarán la centralización de la lista de espera quirúrgica en los servicios de admisión de los mismos,

siguiendo las instrucciones que a estos efectos dicte la Dirección General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.

Procedimiento de gestión de la oferta quirúrgica en centros hospitalarios con convenio de carácter especial *(artículo 7 decreto 62/2004):*

1. La Unidad Central de Gestión de Lista de Espera Quirúrgica deducirá las necesidades quirúrgicas pendientes para cumplir el objetivo del tiempo máximo de permanencia en lista de espera, y, en función de aquéllas, realizará, en su caso, las propuestas a la Administración Sanitaria para que, mediante convenios de carácter especial, adopte los oportunos acuerdos con los Centros Públicos de la Red Sanitaria.

2. No obstante, con anterioridad a la suscripción de los referidos convenios, los Centros Hospitalarios correspondientes deberán garantizar lo siguiente:

    a) Determinar el número de intervenciones a realizar.
    b) Cumplir con los objetivos de demora máxima quirúrgica asumidos por dichas Unidades Hospitalarias.
    c) Determinar los criterios de reparto retributivo entre el personal, tanto sanitario como no sanitario, que intervengan en la realización de los procesos objeto de convenio, de acuerdo con las directrices fijadas por la Dirección General de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad y Consumo, los cuales serán previamente discutidos en los correspondientes ámbitos con los representantes de los profesionales y trabajadores del Sistema Sanitario Madrileño.

3. La Dirección General de Recursos Humanos, de acuerdo con la Dirección General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública y la Dirección General de Seguimiento Presupuestario, Régimen Económico y Financiero, propondrá a la Comisión Central de Seguimiento y Evaluación los programas de incentivación de los profesionales acordes con la consecución de los objetivos globales asignados en el Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica, para su posterior aprobación por el Consejero de Sanidad y Consumo.

Procedimiento de gestión de la oferta quirúrgica con otros centros hospitalarios *(artículo 8 decreto 62/2004):*

Aquellos excesos de demanda quirúrgica que no puedan ser atendidos por los centros sanitarios públicos o con concierto sustitutorio de la Red en los plazos de demora previstos, podrán ser objeto de derivación desde la Unidad Central de Gestión de Lista

de Espera Quirúrgica a centros privados o a centros pertenecientes a otras Administraciones Públicas con los que se haya suscrito el oportuno concierto.

Procedimiento para la oferta de centros al paciente *(artículo 9 decreto 62/2004):*

1. La Dirección General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, a través de la Unidad Central de Gestión de Lista de Espera Quirúrgica, podrá ofertar a los pacientes incluidos en la lista de espera quirúrgica, que no puedan ser atendidos en su hospital de origen en el plazo máximo de demora previsto, la posibilidad de ser intervenidos en cualquiera de los centros de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública o en los centros hospitalarios privados o pertenecientes a otras Administraciones Públicas concertados a estos efectos.

2. En el supuesto de que el paciente decline esta opción y decida ser atendido en el hospital de origen, no será de aplicación, a efectos de cómputo estadístico, el plazo máximo de permanencia en lista de espera establecido por la Unidad Central o norma reglamentaria correspondiente, permaneciendo el usuario en la lista de espera quirúrgica de su Centro originario, donde será atendido en función de la programación del mismo, y dándosele de baja en el Registro Unificado de Pacientes de conformidad con lo dispuesto en el *artículo 27*.

3. La Dirección General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública establecerá el procedimiento de derivación de pacientes, tomando en consideración la capacidad asistencial, así como las disponibilidades de los diferentes centros hospitalarios.

Garantía de calidad asistencial *(artículo 10 decreto 62/2004):*

1. La Administración Sanitaria adoptará las medidas necesarias para asegurar la capacidad asistencial, la oferta quirúrgica disponible de los centros hospitalarios y el uso adecuado de los recursos.

2. Los procedimientos de derivación de pacientes desde el hospital de origen a otros centros hospitalarios garantizarán, en todo caso, la continuidad del proceso asistencial y el traslado de la información necesaria, tanto entre los centros de origen y destino, como al médico que indicó la intervención, para asegurar el oportuno seguimiento del paciente.

3. La Dirección General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, en coordinación con la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección, velará por la calidad de la atención asistencial que se preste, tanto

en los centros públicos de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública como en los centros hospitalarios que sean receptores de pacientes derivados para ser intervenidos.

Debemos destacar que la Cámara de Cuentas de la Comunidad de Madrid criticó en 2010 la falta de control del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) sobre la calidad de los servicios que prestan las entidades privadas o fundaciones a las que deriva a los pacientes mediante convenios o conciertos. Es una de las conclusiones a las que llegaba el informe de fiscalización elaborado sobre el programa presupuestario 750 (Atención Especializada) del año 2007.

Sistema de información sanitaria en materia de lista de espera quirúrgica *(artículo 11 decreto 62/2004):*

1. Se establece un sistema de información al usuario/paciente en materia de Listas de Espera Quirúrgica, con la finalidad de que pueda ejercer su derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, y los requisitos y acceso a las mismas.

2. Dicho sistema diferencia entre la información personalizada que se facilite a cada paciente/usuario y la información de carácter general a la que tienen acceso todos los ciudadanos.

Información personalizada *(artículo 11 decreto 62/2004):*

1. La información personalizada será aquella que reciba cada paciente al que se le haya indicado la realización de una intervención quirúrgica o su representante legal, en el momento de su inclusión en el Registro Unificado de Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica de acuerdo con lo previsto en el *artículo 9.3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.*

2. Dicha información podrá ser facilitada al paciente a través de la Unidad Central de Gestión de Lista de Espera Quirúrgica, por el centro hospitalario, por los centros de Atención Primaria o por las Agencias Sanitarias, directamente, o mediante su representante legal o persona debidamente autorizada, quien recibirá el correspondiente documento acreditativo que deberá contener como mínimo la fecha y motivo de la inclusión así como la fecha y hora en que se realizará la intervención quirúrgica. En el supuesto de que estas últimas no

puedan indicarse en ese momento, se dejará constancia del plazo en el que han de ser notificadas.

3. En el documento constará de forma visible el procedimiento para obtener información sobre su situación en la lista de espera quirúrgica, ejercitar su derecho a la intervención en el plazo de demora máximo comprometido y, eventualmente, manifestar cualquier queja al respecto.

4. La Dirección General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, en colaboración con la Dirección General de Aseguramiento y Atención al Paciente, establecerá los modelos de soporte documental a que se hace referencia, con la finalidad de su unificación en todo el Sistema Sanitario Madrileño.

5. La Dirección General de Aseguramiento y Atención al Paciente establecerá los procedimientos necesarios para atender las posibles quejas o reclamaciones que puedan formularse, y ofrecer la oportuna respuesta a las mismas, y debe garantizar la disponibilidad de la información necesaria para que, en caso de que el usuario no disponga de Tarjeta Sanitaria Individual, pueda efectuarse la comprobación de este derecho desde los servicios de admisión de los centros hospitalarios, desde los centros de atención primaria o a través de las Agencias Sanitarias.

Información de carácter general *(artículo 14 decreto 62/2004):*

1. La información de carácter general será facilitada por la Consejería de Sanidad y Consumo con periodicidad trimestral, de conformidad con lo dispuesto en el *Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo*, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

2. La Administración Sanitaria informará a los usuarios y/o pacientes del Sistema Sanitario madrileño, en relación con los servicios sanitarios y, en particular, sobre las siguientes cuestiones:

    a) Información general sobre el estado de situación de la lista de espera quirúrgica en la Comunidad de Madrid.
    b) Derechos y deberes de los ciudadanos en el sistema.
    c) Ordenación sanitaria de la Comunidad de Madrid.
    d) Organización general de los centros sanitarios, fundamentalmente en lo que se refiere a prestaciones y Cartera de Servicios de la Red Sanitaria.
    e) Uso adecuado de las prestaciones y servicios sanitarios.

f) Promoción y educación para la salud, prevención de la enfermedad y autocuidados.

3. Dicha información estará disponible en la página web de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

IV. LA LIBRE ELECCIÓN DE MÉDICO Y LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA POR LA COMUNIDAD DE MADRID:

La libre elección de médico ha sido un deseo de los usuarios del servicio público sanitario desde tiempos que parecen ya muy lejanos pero que, por el contrario, son relativamente recientes. Los orígenes de la posibilidad de elegir médico se remontan a la parte final del siglo XX, muy especialmente, en los años posteriores a la aprobación de la Constitución Española de 1978. La progresiva democratización del país, junto con mayores niveles de exigencia de los ciudadanos en cuanto a la prestación de los servicios públicos condujeron a la aprobación de diversas normas que tenían, como vocación, el reconocimiento del derecho de elección y la progresiva puesta en práctica del mismo.

Y es que en el "*ámbito sanitario, el derecho de libre elección de facultativo y centro, se constituyen como medios para flexibilizar la rigidez de ese modelo de planificación pública de servicio y recursos, en atención, entre otros al carácter personal y de especial confianza de la relación médico-paciente, y al entorno de incertidumbre en que producen muchas decisiones médicas*[14]*".*

Por razones similares a las anteriores, la *Ley 6/2009 de Libertad Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid* inicia su preámbulo con la siguiente declaración: "*la Libertad es el valor esencial y el principio organizador de toda sociedad avanzada y necesita para su ejercicio efectivo materializarse en realidades concretas. Para ello es preciso dar más protagonismo a la sociedad y a los individuos que la componen y profundizar en la libertad de elección de los usuarios de los servicios públicos, en especial, de aquellos que más afecten a su esfera individual, como es la asistencia sanitaria".*

Queda de manifiesto que, "*en definitiva, el reconocimiento del derecho a elección de facultativo, constituye, en la práctica una expresión de la autonomía de la voluntad del ciudadano, protegido no sólo por la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente mencionada en este artículo sino, como es evidente, por la propia Constitución, razón por la cual el ejercicio de esta libertad no puede ser restringida unilateralmente por una Comunidad Autónoma*[15]*"*.

---

[14] LARIOS RISCO, David. "La nueva relación asistencial: derechos de los pacientes y deberes de los profesionales". En *Marco jurídico de las profesiones sanitarias*. Editorial Lex Nova, 2007, pág. 177.

[15] AHIJADO PÉREZ, María. "Libre elección de facultativo como garantía de calidad de la prestación sanitaria". En *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, núm. 8 de 2013, pág. 95.

IV. A. La regulación de la libre elección de médico en la normativa estatal.

La libre elección de médico se incluyó por primera vez en el *Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social* aprobado en 1974 aunque la aplicación de esta norma no tuviera repercusión en los titulares del derecho a la asistencia sanitaria y eso teniendo en cuenta que tan solo incluía a tres de las múltiples especialidades médicas. La regulación se estableció en los siguientes términos:

> *"Cuando en una determinada zona u otra circunscripción territorial presten sus servicios al Régimen General de la Seguridad Social varios médicos generales, pediatras de familia o tocólogos, los titulares del derecho a la asistencia sanitaria gozarán de la facultad de elección de médico en la forma que reglamentariamente se establezca. En los demás casos, la facultad de elección de médico se reconocerá progresivamente, subordinada a la organización del servicio[16]".*

Es ya durante la etapa constitucional cuando se vuelve a reconocer el derecho a la elección de médico con la aprobación en 1986 de la *Ley General de Sanidad* que establece un catálogo de derechos a favor de los titulares del servicio sanitario y, entre ellos, el derecho *a elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las que regulen el trabajo sanitario en los Centros de Salud*[17]. Como puede apreciarse, el derecho no era directamente exigible en aquel momento sino que había que esperar a las normas que establecieran dicha posibilidad. Eso sí, no había una pequeña relación de especialidades como el *Decreto de 1974*, sino que afectaba a todo el personal sanitario titulado.

En cumplimiento de lo previsto en la Ley General de Sanidad, el INSALUD procedió en 1993 a regular y poner en práctica la libre elección por el usuario del médico general y pediatra[18]. Tres años después, continuó con esta labor al aprobar el *Real Decreto 8/1996, de 15 de enero, sobre libre elección de médico en los servicios de atención especializada del Instituto Nacional de la Salud*. En palabras del preámbulo de esta norma, *consolidado el derecho de elección en la atención primaria, se considera que es el momento de avanzar en esa misma línea extendiendo este derecho a la atención especializada. En esta primera fase, la elección se podrá ejercitar en las consultas*

[16] Artículo 112.1 del Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social y que lleva por título *Derecho de elección de facultativos.*

[17] Artículo 10.13 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

[18] Esto fue realizado por medio del Real Decreto 157571993, de 10 de septiembre, por el que se regula la libre elección de médico en los Servicios de Atención Primaria del Instituto Nacional de la Salud.

externas del hospital de referencia y centros de especialidades del área de salud, y respecto a aquellas especialidades de mayor utilización por los usuarios; sin perjuicio de habilitar al Ministro de Sanidad y Consumo para su extensión progresiva a otros ámbitos o a nuevas especialidades, conforme el desarrollo y la implantación progresiva de la libre elección, que ahora se inicia. De este modo, se reconoció el derecho en los siguientes términos:

> *"Todas las personas con derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en el ámbito de gestión del Instituto Nacional de la Salud podrán elegir médico de atención especializada, en los términos y condiciones que se determinan en el presente Real Decreto[19]".*

Esta norma permitía al usuario, en su artículo tercero, elegir médico para la asistencia especializada en consultas externas, pudiendo optar entre ser atendido por el médico especialista asignado al equipo de atención primaria o elegir libremente entre los facultativos especialistas que desarrollen actividad en las consultas externas, tanto en el hospital de referencia del área de salud que corresponda al usuario, como en los centros de especialidades dependientes del mismo.

Por otro lado, se hizo una relación de las especialidades a las que se refería la norma y, por consiguiente, el usuario tenía el derecho de elección[20]. Si bien no se incluían todas las especialidades del sistema sanitario es evidente que se encontraban aquellas que los usuarios conocían y demandaban.

En fechas más recientes y desde el punto de vista del derecho a la información, la Ley de Autonomía del paciente también se ocupó de la libre elección de médico en los siguientes términos:

> *"Los usuarios y pacientes del Sistema Nacional de Salud, tanto en la atención primaria como en la especializada, tendrán derecho a la información previa correspondiente para elegir médico, e igualmente centro, con arreglo a los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes[21]".*

---

[19] Artículo 1 del Real Decreto 8/1996, de 15 de enero, sobre libre elección de médico en los servicios de atención especializada del Instituto Nacional de la Salud.

[20] El artículo 4 del Real Decreto 8/1996 incluyó las siguientes especialidades: Cardiología, Cirugía General y del Aparato Digestivo, Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Aparato Digestivo, Endocrinología y Nutrición, Neumología, Neurología, Obstetricia y Ginecología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología y Cirugía Ortopédica y Urología.

[21] Artículo 13 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 que lleva por título *Derecho a la información para la elección de médico y de centro.*

Nuevamente se difiere la posibilidad de elección a aquel momento en que los servicios autonómicos de salud lo permitan y de acuerdo con las normas que estos aprueben con esa finalidad. De acuerdo con esta norma, el derecho de elección ya está plenamente integrado en nuestro ordenamiento jurídico y tanto en la atención primaria como en la especializada aunque, eso sí, el ejercicio de este derecho no fue efectivo hasta varios años después y de diversa forma según en la Comunidad Autónoma de la que se trate.

En consonancia con lo anterior y tan solo unos meses después, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud imponía a las Comunidades Autónomas la obligación de velar "*por la adecuación de su organización para facilitar la libre elección de facultativo y una segunda opinión en los términos que reglamentariamente se establezcan*[22]*"*.

Ahora bien, "*cosa distinta es que tras el marco establecido por la Ley de Cohesión y Calidad de 2003, en que dicho derecho se contempla como una expresión del derecho a la salud, es decir como una garantía que da sentido expreso al ejercicio del mismo, una Comunidad Autónoma concreta pueda negarse a reconocer dicho derecho, fuera de los casos concretos que exija el funcionamiento del Servicio de Salud*[23]*"*.

IV. B. La regulación de la libre elección de médico en la normativa de la Comunidad de Madrid.

En la regulación general sanitaria de la Comunidad de Madrid se encuentra contemplada la libre elección de manera principal. De este modo, la **Ley 12/2001 de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid** recogió entre sus principios rectores esta posibilidad, concretamente, en el artículo 2.3.a) cuando dice lo siguiente:

> *"La protección de la salud, la ordenación y la organización del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, se ajustará a los siguientes principios, en los términos previstos en la presente Ley:*
>
> *a) Orientación del Sistema a los ciudadanos, estableciendo los instrumento necesarios para el ejercicio de sus derechos, reconocidos en esta Ley, especialmente, la equidad en el acceso y la libre elección*[24]*"*.

[22] Artículo 28 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud que lleva por título Garantías de calidad y servicios de referencia.

[23] AHIJADO PÉREZ, María. "Libre elección de facultativo como garantía de calidad de la prestación sanitaria". En Revista CESCO de Derecho de Consumo, núm. 8, 2013, pág. 95.

[24] Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, publicada en el BOCM de 26 de diciembre de 2001.

Con mucha mayor claridad se recoge en esta misma Ley y entre los derechos de los ciudadanos la libertad de elección en el *artículo 27.*9 al relacionar los derechos con que cuentan los ciudadanos en el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, más allá de los reconocidos por la *Ley General Sanitaria de 1986*. En este sentido, se afirma literalmente que "*los ciudadanos tienen derecho a la libre elección de médico y centro sanitario, así como a una segunda opinión, en los términos que reglamentariamente se determinen".*

Para completar este panorama legislativo autonómico, la Comunidad de Madrid aprobó *la Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la comunidad de Madrid*[25]. Es esta una Ley de contenido especialmente reducido pues cuenta tan solo con tres artículos que sirven para establecer las líneas maestras de la libertad que tienen los ciudadanos madrileños a la hora de elegir a los profesionales sanitarios que han de atenderles.

El desarrollo normativo de la *Ley 6/2009* llegó al año siguiente cuando se aprobó el *Decreto 51/2010, de 29 de julio*, por el que se regula el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en Atención Primaria, y de hospital y médico en Atención Especializada en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid[26]. Este Decreto establece las condiciones y límites del ejercicio del derecho de elección, al igual que la Ley, con una regulación escueta de los requisitos y procedimientos a seguir y eso que en su preámbulo se dice que *"el reconocimiento legal del ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en Atención Primaria, como de hospital y médico en Atención Especializada se sustenta en los principios de libertad, eficiencia, equidad, participación y transparencia, que informan un sistema sanitario público avanzado y de excelencia como es el de la Comunidad de Madrid*[27]*".*

---

[25] Publicada en el BOCM el día 18 de noviembre de 2010.

[26] Publicado en el BOCM el día 9 de agosto de 2010.

[27] Para que pueda comprenderse el alcance de la libre elección de médico en la Comunidad de Madrid, se recogen a continuación los dos artículos principales del Decreto 51/2010:

Artículo 3

Ejercicio de la libertad de elección de médico y hospital en Atención Especializada

1. Los pacientes a quienes se indique la necesidad de Atención Especializada podrán elegir médico de cualquier hospital y centro de especialidades de la red pública de la Comunidad de Madrid, de forma directa en los centros sanitarios o mediante los mecanismos de citación telemática habilitados por la Consejería de Sanidad.
2. Con el fin de facilitar la libertad de elección, se elaborarán y publicarán las carteras de servicios de cada centro hospitalario, junto con los correspondientes procesos clínicos dentro de cada especialidad, así como la relación de médicos que forman parte de cada servicio y la actividad que desempeñan dentro del mismo. Los jefes de servicio de los hospitales serán responsables de mantener la relación de médicos y la actividad que les corresponda debidamente actualizadas y accesibles con el fin de facilitar la elección de los pacientes.

Artículo 4

Condiciones y límites al ejercicio de la libre elección

1. No será posible la elección simultánea de varios médicos de familia, pediatras o enfermeros en Atención Primaria.

IV. C. La gestión de la lista de espera quirúrgica en la Comunidad de Madrid.

Una vez examinados los requisitos normativos para la elección de médico en la Comunidad de Madrid, interesa estudiar, asimismo, cómo la gestión de la lista de espera quirúrgica puede entrar en franca contradicción con la regulación anteriormente estudiada y que, claro está, es de obligado cumplimiento en el ámbito autonómico madrileño.

No tenemos por más que compartir las manifestaciones que el Defensor del Pueblo vertió en el informe del año 2013 sobre este particular:

> *"Las listas de espera son una de las principales causas de insatisfacción de los ciudadanos en la sanidad pública, especialmente cuando los periodos de espera se perciben como crecientes o excesivos.*
>
> *Debe advertirse que, en ocasiones, la atención que debe prestarse requiere que los pacientes pasen por diferentes listas de espera (consultas externas, pruebas diagnósticas y procedimientos quirúrgicos), así como que algunas de las patologías en estas listas presentan notables componentes sociolaborales (bajas médicas, hiperfrecuentación de urgencias, etc.). Esta realidad, además de la lesividad que conlleva desde la perspectiva individual de los pacientes, tiene también unas implicaciones sociales y económicas que no deben desatenderse[28]".*

Para gestionar las listas de espera quirúrgicas es necesario aplicar las normas que han sido aprobadas, con carácter general, por el Gobierno de España. El *Real Decreto 605/2003 e*stableció las reglas básicas para que pueda existir un tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, o lo que es lo mismo, para que sea aplicado en cada una de las Comunidades Autónomas[29]. En lo que a este informe se refiere, el Anexo II del Real Decreto es el que más importancia presenta en atención a que se ocupa de establecer

---

2. Cuando no exista elección expresa de profesional y hasta que esta se produzca, la Administración sanitaria procederá a la asignación previa de médico, pediatra y enfermero en Atención Primaria.
3. Todos los actos relacionados con un mismo proceso clínico serán atendidos en el mismo hospital, sin perjuicio de la asistencia en centros hospitalarios de referencia.

[28] Defensor de Pueblo. Informe anual a las Cortes Generales 2013.

[29] El artículo 1 de este Real Decreto establece lo siguiente:

Este Real Decreto tiene por objeto establecer los criterios , indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en materia de información sobre las listas de espera de consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas correspondientes a los centros y servicios del Sistema Nacional de Salud, a fin de alcanzar un tratamiento homogéneo de éstas para el conjunto del sistema que permita el análisis y evaluación de sus resultados, necesidades y funcionamiento, garantizando la transparencia y uniformidad en la información facilitada al ciudadano.

el sistema de información sobre listas de espera quirúrgicas. Aquí encontramos los elementos fundamentales para determinar la fecha de ingreso y salida en la lista correspondiente, los pacientes que no ingresan en la lista por circunstancias concretas, la clasificación de los pacientes en relación con la lista, los criterios e indicadores de medida y los datos mínimos que se incluyen en la misma.

La norma anterior fue completada con otra de capital importancia, el *Real Decreto 1039/2011* que establece los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud y, todo ello, en condiciones de igualdad efectiva de los pacientes. Se establece en esta norma y a título de garantía para el paciente el tiempo máximo de acceso para la realización de determinadas intervenciones quirúrgicas que se han seleccionado aplicando los criterios de gravedad, eficacia de la intervención y oportunidad de la misma. Con carácter general, el Anexo de esta norma ha fijado como tiempo máximo de acceso ciento ochenta días naturales para las cirugías previstas[30].

A partir de este punto, es la Comunidad de Madrid a quien le corresponde determinar las garantías previstas en el *Real Decreto 1039/2011*, estableciendo unos tiempos máximos de acceso para la atención sanitaria programable[31]. Para ello, utilizarán como referente los tiempos máximos establecidos en el anexo y tendrán en cuenta si los procesos o patologías a los que van dirigidas las intervenciones tienen un especial impacto en la salud o en la calidad de vida del usuario[32].

Las normas madrileñas que se han ocupado de los tiempos de espera y la gestión de las listas fueron aprobadas en 2004 y son las siguientes:

- *Decreto 62/2004, de 15 de abril*, del Consejo de Gobierno, por el que se crea la Unidad Central de Gestión, los Comités Técnicos, la Comisión Central de Seguimiento y Evaluación y el Registro Unificado de Pacientes del Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica[33].
- *Orden 602/2004, de 14 de junio*, por la que se aprueban las instrucciones de gestión del Registro de Pacientes en lista de espera quirúrgica de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública[34].

[30] Los tipos de cirugías recogidos por el Real Decreto 1039/2011 son las siguientes: cirugía cardiaca vascular, cirugía cardiaca coronaria, cataratas, prótesis de cadera y prótesis de rodilla.
[31] Como son las Comunidades Autónomas las que tiene en su mano el concreto establecimiento de los tiempos de espera, ello ha llevado a una situación de grave desigualdad en todo el territorio nacional. Sobre este tema puede consultarse a MORANO ALIMÁN Y ALBELDA DE LA HAZA, "Acceso a las prestaciones sanitarias ¿Igualdad efectiva de los asegurados del Sistema Nacional de Salud?, Revista CESCO de derecho de Consumo, núm. 8/2013, pág. 66.
[32] Artículo 4.2 del Real Decreto 1039/2011.
[33] Artículo 4.2 del Real Decreto 1039/2011.
[34] Publicado en el BOCM del día 25 de junio de 2004.

- *Orden 676/2004, de 24 de junio*, por la que se crea el fichero que contiene los datos de carácter personal para la gestión de los pacientes en lista de espera quirúrgica, dependiente de la Dirección General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid[35].
- *Orden 478/2004*, de 14 de mayo, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se establecen la composición y funciones de los Comités Técnicos Hospitalarios y del Comité Técnico Central para el asesoramiento y apoyo a la gestión de listas de espera quirúrgica[36].

La regulación indicada establece una serie de reglas que conviene tener presentes. La primera es que no todas las intervenciones quedan dentro del sistema de lista de espera, así, quedan fuera los trasplantes de órganos y tejidos, las técnicas de reproducción asistida, las intervenciones urgentes y las técnicas o procedimientos no habituales de los centros.

De acuerdo con el *Decreto 62/2004*, los excesos de demanda quirúrgica que no puedan se atendidos por los centros sanitarios públicos en los plazos de demora previstos, podrán ser objeto de derivación desde la Unidad Central de Gestión de Lista de Espera Quirúrgica a centro privados o a centros pertenecientes a otras Administraciones Públicas con las que se haya suscrito el oportuno concierto[37].

Parece que el *Decreto 62/2004* establece una preferencia en los artículo 7 y 8 a favor de los centro públicos de la Comunidad de Madrid, sin embargo, el artículo 9 no está redactado en esos términos sino que otorga la posibilidad de elección a favor de la Dirección General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de los centros que puede ofrecer a los pacientes entre las tres posibilidades ya contempladas[38].

El Registro de Pacientes que creó el *Decreto 62/2004* incluye a aquellos con prescripción no urgente de un procedimiento quirúrgico establecido por un médico especialista, una vez concluidos sus estudios diagnósticos, aceptada por el paciente y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización del quirófano[39].

Una vez el paciente es incluido en la lista de espera quirúrgica, se le proporcionará una salida o derivación a otro centro, ahora bien, también cabe que, por múltiples

[35] Publicado en el BOCM del día 8 de julio de 2004.
[36] Publicado en BOCM núm. 118 de 19 de Mayo de 2004.
[37] Artículo 8 del Decreto 62/2004.
[38] El artículo 9 dice que La Dirección General… podrá ofertar a los pacientes incluidos en la lista de espera quirúrgica… la posibilidad de ser intervenidos en cualquier centro de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública o en los centros hospitalarios privados o pertenecientes a otras Administraciones Públicas.
[39] Artículo 20 y 22 de Decreto 62/2004.

circunstancias, pueda ser dado de baja o suspendido temporalmente en dicha lista. El desarrollo de este sistema y del *Decreto 62/2004* se hizo por medio de la *Orden 602/2004* que recoge las concretas instrucciones que permiten implementar el funcionamiento del Registro de Pacientes. Para mayor claridad, se incluyen a continuación las Instrucciones fundamentales de dicha norma:

> ***Séptima.*** *Derivación de pacientes a otros centros*. Aquellos excesos de demanda quirúrgica que no puedan ser atendidos por los hospitales de área en los plazos de demora previstos, podrán derivarse a hospitales públicos de apoyo o a centros privados concertados.
>
> Contractualmente se garantizará que los centros concertados cumplen los mismos estándares de calidad que los centros públicos pertenecientes a la Red.
>
> Asimismo, contractualmente se garantizará que los centros privados concertados cumplen las garantías de seguridad, privacidad y confidencialidad de los datos referentes a la salud de los pacientes establecidas en la *Ley 41/2002,* de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía de los Pacientes y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Pública, así como en la *Ley Orgánica 15/1999*, *de 13 de diciembre, de Protección de Carácter Personal* y la *Ley 8/2001, de 13 de julio, de Protección de Datos de Carácter Personal de la Comunidad de Madrid*, así como en las disposiciones de desarrollo de dichas normas legales.
>
> Los pacientes derivados a otro centro permanecerán en el Registro de lista de espera del hospital de origen hasta la resolución del proceso en el centro al que hayan sido derivados. La condición de paciente derivado se reflejará en el Registro.
>
> A partir de la entrada en lista de espera se podrá ofertar al paciente un centro alternativo, de apoyo o concertado, garantizando siempre el cumplimiento de las cuotas de derivación asignadas a cada hospital por la Unidad Central de Gestión de Lista de Espera. El rechazo del paciente se acreditará documentalmente (modelos en Anexos 3 y 4) y la condición de paciente en espera tras rechazo de centro alternativo se reflejará en el Registro.
>
> Si acepta la derivación a un centro alternativo, el centro de destino (público o privado concertado) actuará de acuerdo con el procedimiento establecido en el epígrafe correspondiente al flujo de pacientes.

El centro de destino del paciente será el responsable del contacto con el paciente para su programación quirúrgica.

Las direcciones de los centros de origen y destino deben poner en marcha formas fluidas de comunicación entre sí. Los Servicios de Admisión de los centros de origen y de destino son los interlocutores válidos para la transmisión de documentación clínica y datos administrativos de los pacientes. Se comunicará simultáneamente la situación del paciente y sus modificaciones a la Unidad Central de Gestión de Lista de Espera.

Cuando el centro de destino haya intervenido al paciente lo comunicará diariamente al centro de origen que lo dará de baja en lista de espera.

Una vez intervenido el paciente en el centro de destino, se remitirá una copia del Informe de Alta al hospital de origen para su archivo en la historia clínica.

Cualquier complicación vinculada con el procedimiento quirúrgico en el postoperatorio inmediato será asumida por el centro de destino. En el caso de centros concertados, la materialización de estos aspectos se ajustará a los contratos y pliegos de condiciones en vigor para dichos centros.

Los centros de destino deben informar diariamente al centro de origen sobre la situación de los pacientes derivados, recogiendo las siguientes incidencias:

- Estado del estudio preoperatorio.
- Valoración preanestésica.
- Pacientes en situación de demora clínica o personal: el centro de destino lo comunicará al centro de origen que suspenderá el cómputo del tiempo de espera, pasando el paciente a la situación de derivado transitoriamente no programable.
- Pacientes ilocalizables por el centro de destino: el centro de destino lo comunicará al centro de origen, acompañando justificación del intento de localización mediante carta certificada o burofax con acuse de recibo. Se dará de baja al paciente en lista de espera.
- Pacientes que, una vez derivados rechazan la derivación: pasarán a situación de en espera por rechazo de centro alternativo. El centro de destino lo comunicará al centro de origen, acompañando justificación mediante correo certificado o burofax con acuse de recibo.
- Pacientes rechazados por considerar que no existe indicación quirúrgica: el centro de destino deberá acreditarlo documentalmente

mediante informe clínico. Serán dados de baja en lista de espera por el centro de origen.

- Pacientes rechazados por tratarse de un diagnóstico o un procedimiento no concertado: el paciente debe ser revisado nuevamente por el centro de origen manteniendo su situación en lista de espera.
- Pacientes que renuncian voluntariamente a ser intervenidos: serán dados de baja en lista de espera por el centro de origen. El centro de destino lo comunicará al centro de origen, acompañando justificación mediante correo certificado o burofax con acuse de recibo.
- Pacientes que no acuden a la preparación quirúrgica: si el paciente no justifica debidamente la inasistencia será dado de baja en lista de espera por el centro de origen. El centro de destino debe justificarlo documentalmente.
- Pacientes que no acuden a la intervención quirúrgica: causará baja en lista de espera. El centro de destino debe justificarlo documentalmente.
- Paciente rechazado por motivos clínicos (riesgo): debe ser revisado por el centro de origen, quedando en situación de transitoriamente no programable por motivo médico. En caso de ser intervenido en el centro de origen el centro concertado será penalizado.

Octava. *Salidas del Registro de Lista de Espera Quirúrgica*. La gestión de las salidas de lista de espera quirúrgica corresponde a los Servicios de Admisión que hayan incluido al paciente en lista de espera.

Como criterio general, deberá existir una acreditación documental que justifique el motivo de salida de lista de espera. No obstante, en aquellos casos en que esto no sea posible se registrarán como mínimo los siguientes datos:

- Fecha de contacto con el paciente o familiar.
- Persona que comunica el motivo de baja.
- Motivo de salida del registro de lista de espera.
- Procedimiento de notificación: teléfono, correo certificado, telegrama, burofax.
- Persona que registra la baja.

Los motivos de salida del registro de lista de espera son:

a) Por intervención:

- Programada en el propio centro: la fecha de baja será el mismo día de realización de la intervención para la que se encontraba en espera.
- Urgente en el propio centro: la fecha de baja será el mismo día de realización de la intervención para la que se encontraba en espera.
- En otro centro alternativo de apoyo o concertado: la baja en el registro se producirá cuando se tenga constancia de la intervención, preferiblemente mediante el Informe de Alta emitido por el centro donde ha sido intervenido. La fecha de baja será la de realización de la intervención.
- Satisfacción de la demanda por otros medios: si no existe documentación específica deberán constar los datos descritos anteriormente.

b) Por otros motivos:

- Petición expresa del paciente o renuncia voluntaria.
- Revisión médica de la indicación o exclusión por motivo médico: cuando por motivos clínicos se considere que la intervención quirúrgica ya no es necesaria o aconsejable, se reflejará este hecho en la historia clínica del paciente. Además el médico especialista deberá ponerlo en conocimiento del Servicio de Admisión.
- La no asistencia a la preparación quirúrgica: si el paciente no justifica debidamente la inasistencia será dado de baja en lista de espera por el centro de origen.
- La no asistencia a la intervención programada: si el paciente es programado para intervención quirúrgica y no acude a la cita, causará baja en el registro de lista de espera.
- Paciente ilocalizable: tras tres llamadas infructuosas (una de ellas al menos por la tarde) y ausencia de respuesta en el plazo de tres días a carta o telegrama con acuse de recibo, se procederá a dar de baja en el registro de lista de espera.
- Intervención pospuesta a petición del paciente por un tiempo superior a seis meses.
- Fallecimiento del paciente.

Novena. *Suspensión temporal*. El tiempo máximo de espera se interrumpirá cuando concurran las siguientes causas:

a) Causas clínicas que aconsejen demorar temporalmente la intervención, sin que ello suponga que sea de forma definitiva. El médico lo reflejará en la historia clínica y comunicará el plazo previsto al Servicio de Admisión que pasará al paciente a la situación de transitoriamente no programable. En los pacientes que permanezcan en esta situación más de seis meses deberá evaluarse nuevamente la procedencia de la indicación quirúrgica.
b) Motivos personales o laborales, mientras éstos subsistan, si así lo solicita el paciente. El Servicio de Admisión pasará al paciente a situación de paciente transitoriamente no programable. El paciente que solicite un aplazamiento de más de seis meses o el tiempo total de aplazamientos solicitados sea mayor de seis meses, será dado de baja en lista de espera y debe reiniciar el circuito de entrada en lista de espera.
c) Estudio preoperatorio en curso. Se suspenderá el cómputo del tiempo máximo de espera hasta que tras la valoración preanestésica el paciente pueda ser incluido en la programación quirúrgica.
d) Situaciones de catástrofe, conflictos colectivos o graves emergencias sobrevenidas hasta tanto se resuelvan las mismas. La Dirección General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública determinará para cada caso concreto y previo informe técnico justificativo de las gerencias de los centros afectados, la suspensión del cómputo del tiempo máximo de demora, su duración y la reanudación del mismo. En todos los casos de suspensión temporal el período de tiempo transcurrido no se tendrá en cuenta y el plazo máximo de demora comenzará a computar nuevamente, una vez que haya desaparecido la situación de suspensión temporal, sin tener en cuenta los plazos transcurridos con anterioridad.

Pues bien, en atención a la normativa sobre listas de espera quirúrgica que ha sido expuesta anteriormente, tanto de nivel estatal como, sobre todo, de nivel autonómico madrileño, podemos llegar a la conclusión de que 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.

Esta situación que ahora se denuncia supone la violación por parte de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid de diversos derechos establecidos en la legislación estatal y autonómica que consideramos que suponen que los pacientes que rechazan ser derivados a centros concertados (privados) ejerciendo su derecho de libre elección no son tratados en condiciones de igualdad efectiva en el acceso a

las prestaciones sanitarias, tal y como establece el artículo 3 de la Ley 14/1986, General de Sanidad

Como se verá en el epígrafe siguiente, las distintas categorías de pacientes en relación con la lista de espera quirúrgica pueden ver vulnerado el derecho a la libre elección de médico, 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 reclamados por el sistema para ofrecerles un centro alternativo.

- *Pacientes que acceden a la derivación a un centro alternativo y son devueltos* por este a la vista de las complicaciones clínicas que han observado.

V. LA FINANCIACIÓN DE LA ACTIVIDAD HOSPITALARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

V. A. La distribución territorial de la población por hospitales generales en la Comunidad de Madrid.

Aun cuando *la Ley 6/2009* para la libre elección de médico ha establecido el Área de Salud Única, la distribución de la población en función del lugar de residencia sigue teniendo aplicación para la adscripción inicial de cada beneficiario o TIS a un hospital general de referencia. El concepto de "hospital de referencia" tiene gran importancia para determinar el precio final de los contratos de concesión de la Atención Especializada de aquellos territorios cuyos hospitales han sido objeto de concesión de base capitativa, siendo el número de habitantes (población protegida por el SNS) el que determina el coste total del contrato.

La Ley establece que la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid se rige por normas comunes de calidad y acreditación. En el ejercicio 2007 la Red está constituida por 24 centros hospitalarios propios del SERMAS y por los centros públicos o privados con los que el ente público tiene establecidos convenios, conciertos o contratos para la prestación de servicios sanitarios al Sistema público.

V. B. Las fuentes de financiación de la actividad hospitalaria de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.

En el ejercicio 2007 conviven varias modalidades de colaboración para la prestación de asistencia sanitaria entre entidades privadas o públicas y el SERMAS que se describen a continuación.

- Concierto singular con una entidad privada para la prestación de asistencia especializada en determinadas áreas sanitarias, que se financia mediante el abono de un precio por las actividades efectivamente realizadas: Fundación Jiménez Díaz.

- Contrato de gestión de servicios públicos por concesión con una entidad privada para la prestación de asistencia especializada en una determinada área sanitaria, que se financia mediante el abono de una contraprestación económica en función del número de tarjetas sanitarias del área asignada: Hospital de Valdemoro.

- Conciertos, contratos y convenios con entidades privadas para ampliar la oferta asistencial pública de estancias hospitalarias y de pruebas diagnósticas y otras prestaciones extrahospitalarias, financiados por el abono de un precio por las actividades realizadas: Centros sanitarios que figuran en el anexo III.

- Convenios singulares de carácter marco con entidades públicas para la prestación de asistencia especializada en determinadas áreas sanitarias, que se financia mediante el abono de un precio por las actividades efectivamente realizadas: Hospital de Fuenlabrada, Fundación Hospital de Alcorcón y Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

- Contratos de concesión de obra pública para la construcción de 6 hospitales y la explotación de los servicios residenciales y complementarios no sanitarios, que se financia con el abono de un canon mensual y Contratos programa con las Empresas públicas creadas por la *Ley 4/2006, de 22 de diciembre*, que gestionan dichos hospitales. El contrato de concesión de obra pública ha sido utilizado también para la construcción del nuevo Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda, que forma parte de la red sanitaria propia.

- Convenios con determinadas entidades privadas para la financiación de la asistencia sanitaria prestada a sus beneficiarios: APM, Arzobispado Madrid-Alcalá y 6 entidades colaboradoras en la gestión de la Seguridad Social.

En cuanto a la forma de financiación de las actividades sanitarias realizadas por los hospitales que constituyen la Red Sanitaria Única de Utilización Pública o la de aquéllos que se hallan integrados en la misma, tienen los siguientes mecanismos de financiación:

<u>Hospitales públicos que carecen de personalidad jurídica propia diferente a la del SERMAS.</u>

Dentro del presupuesto del SERMAS, Centro presupuestario 118, de la Sección 17, Sanidad, Subfunción 416, que agrupa todos los programas presupuestarios de los hospitales, según viene establecido en el anexo II de *la Ley 8/2010 de 23 de diciembre, de presupuestos generales de la Comunidad de Madrid para el año 2011*. Tienen presupuesto propio y asignado un programa específico para cada hospital: cada año se le asigna un presupuesto y dependiendo del gasto en personal o farmacia se ajustarán al mismo. Si hay que ahorrar habrá que consumir menos en farmacia, reducir personal, pedir menos pruebas y operar menos.

<u>Los hospitales públicos constituidos como empresas públicas o fundaciones.</u>

Reciben la financiación como aportaciones financieras del capítulo 8 activos financieros del programa 750 del presupuesto de gastos del SERMAS (Centro 118), figurando en su presupuesto estimado de ingresos y aprobado por el artículo 3 de la *Ley 8/2010 de presupuestos para 2011*, como transferencias de capital (cap.7).

Los hospitales públicos que tienen asignada Atención Especializada global en un límite territorial, que se gestionan por una empresa concesionaria (P.ej. Valdemoro y Torrejón)

Reciben la financiación mediante una aportación fija por titular de Tarjeta Individual Sanitaria (TIS) residente en el territorio que tiene asignado el hospital, con cargo al capítulo II del programa 750 del presupuesto del SERMAS (Centro presupuestario 118). Dado que la financiación es ajustada al número de asegurados y no al número de procesos, y al ser entidades con ánimo de lucro, se busca el beneficio económico mediante selección de riesgos: mantener pacientes que aportan fondos sin consumir apenas servicios y si es posible que salgan o no entren aquellos que consumen una enorme cantidad de recursos. Esto se logra mediante la creación de políticas de incentivación de pacientes de bajo riesgo (bonificaciones, publicidad, servicios satisfactorios…) y de penalización de pacientes de alto riesgo (limitación de prestaciones y servicios, exclusiones de cobertura…). Además se puede proporcionar incentivos a los profesionales sanitarios para que favorezcan esta selección de riesgos (ingresen lo mínimo e intentar captar pacientes de bajo riesgo de otras áreas)[40].

Los hospitales públicos o privados, diferentes a los anteriores, que tienen asignadas, mediante conciertos específicos, funciones generales de Asistencia Especializada para un colectivo residente en una determinada zona (P.ej. UTE Fundación Jiménez Díaz).

Reciben la financiación en función de los servicios realmente prestados y siempre con cargo al capítulo II. Si bien puede ser del programa 750 si el concierto está centralizado, suele ser con cargo al respectivo programa del hospital que ha realizado el concierto o contrato singular, o ha requerido la prestación concreta, siempre, claro está, del presupuesto del SERMAS.

V. C. Fiscalización del programa presupuestario de la atención especializada del Servicio Madrileño de Salud.

El artículo 44 del Estatuto de Autonomía, aprobado por *Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero,* conforme a la redacción introducida por la *Ley Orgánica 5/1998, de 7 de julio,* dispone que el control económico y presupuestario de la Comunidad de Madrid se ejercerá por la Cámara de Cuentas, sin perjuicio del que corresponda al Tribunal de Cuentas, de acuerdo con lo establecido en los artículos 136 y 153.d) de la Constitución. De la misma forma, la *Ley 11/1999, de 29 de abril, de la Cámara de Cuentas* otorga a este órgano el ejercicio del control económico y presupuestario del Sector Público de la Comunidad de Madrid.

La Cámara de Cuentas, en virtud de la iniciativa fiscalizadora que le otorga el artículo 10.1 de su Ley reguladora, acordó incluir en el Programa de Fiscalizaciones para el ejercicio 2009 la Fiscalización del Programa Presupuestario 750.-Atención

[40] Repullo Labrador J.R. Sistemas Sanitarios y Aseguramiento de riesgos para la salud [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012 [consultado 3 de mayo de 2015]. Tema 5.1. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500619/n5.1.-_Sistemas_Sanitarios.pdf.

especializada del Servicio Madrileño de Salud, cuyo resultado se materializa en la aprobación del presente informe.

Las principales conclusiones de dicho informe son:

1) En relación con estas formas de colaboración del SERMAS con entidades privadas o públicas, se ha constatado la existencia de estudios de viabilidad que justifican las necesidades asistenciales que las motivan, pero no se han aportado informes, memorias, dictámenes o cualquier otra documentación en los que se justifique la procedencia del sistema elegido, es decir, la gestión de la asistencia sanitaria mediante la colaboración con entidades privadas o públicas, ni de la forma de financiación, por la actividad realizada o capitativa (número de tarjetas sanitarias del área a cubrir).

2) En definitiva no se han aportado estudios realizados por la Administración en los que se analice, en términos de economía, eficiencia y eficacia, las condiciones de las diferentes modalidades de gestión, comparándolas entre sí y con las que resultarían si la Comunidad hubiese llevado a cabo el objeto de contratación a través de un hospital de la red propia del SERMAS.

V. D. Operativa de la facturación intercentros.

El flujo de pacientes que se produce a través del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid como consecuencia de la Ley de Libre Elección y el Área Única, se crea la necesidad del control del lugar de atención sanitaria a estos pacientes, ya que inicialmente se encuentran adscritos a un centro u hospital de referencia que recibe financiación por ello. La facturación intercentros es la que se produce derivada de la atención a pacientes asignados en principio a otro centro u hospital de referencia en un centro diferente. Es responsabilidad de la comunidad de Madrid la determinación de estos eventos para que el flujo de pacientes de un centro a otro se traduzca también en el flujo de recursos económicos asociados.

Con este fin la Comunidad de Madrid diseña un procedimiento para la notificación de la actividad realizada en cada centro y su vinculación a un área sanitaria, para que pueda ser traducido en facturación intercentros, tal y como se detalla a continuación:

1. Se parte de la información clínica recogida en los sistemas de información de los hospitales, extraída de las historias clínicas (papel o informatizada) que tras un proceso de codificación y agrupación se carga en distintas bases de datos comunes para el conjunto del Servicio Madrileño de Salud (C.M.B.D., S.I.C.Y.T., S.I.A.E. y Farm@drid) y de la registrada en los sistemas de información propios de cada hospital. El registro de la actividad asistencial es una obligación de cada centro sanitario.

2. Se obtiene en los servicios centrales del SERMAS cuando está disponible la de todos los hospitales, que suele ser en el mes de abril del ejercicio posterior al que se trate.

3. Centralizadamente se procede a la vinculación y asignación de la actividad realizada a cada uno de los hospitales a través del CIPA, que es el número de identificación del paciente que lo vincula con un determinado hospital.

4. Se depura y valida la información para aplicar los criterios de facturación.

5. Se intercambia, entre el SERMAS y la Concesionaria, la información resultante a través de un repositorio común (que es un entorno seguro) y se procede a su validación por ambas partes.

Herramienta informática CM-FAINT

Para identificar el gasto asociado a la FIC correspondiente a hospitales, el SERMAS ha desarrollado recientemente una herramienta de SAP Business que capturando datos de los múltiples sistemas de información (Cibeles, CMB, SYCIT…) permite conocer flujos de actividad intercentros y vincular la actividad realizada al paciente con su hospital de referencia.

No es hasta el año 2011 que la Comunidad de Madrid diseña y desarrolla dicha herramienta informática, no existiendo previamente sistema similar para dicho fin. En junio de 2012 empieza a funcionar en pruebas, y en diciembre de ese mismo año se pone en marcha como un instrumento para analizar los movimientos de lista de espera entre hospitales y como soporte al nuevo contrato programa capitativo que en 2012 se implantó para todos los hospitales de gestión directa del SERMAS. Se denomina CM-FAINT (Cuadro de Mandos de Flujo de Actividad Intercentros), aunque en el Auto del Juzgado de Instrucción nº. 4 de Madrid se hace referencia a ella como SAP Business.

Permite automatizar gran parte del proceso de la facturación intercentros de los hospitales concesionados. En concreto, permite automatizar los puntos 1, 2, 3 y 4 al recoger el 80% de la actividad de los hospitales en términos homogéneos (toda la recogida en las bases de datos a las que antes se ha hecho referencia). El resto de la información se captura con descargas que envía cada uno de los hospitales (dispensación hospitalaria farmacológica a pacientes externos prosereme, urgencias y algunos procedimientos diagnósticos y terapéuticos).

De esta manera se publica el *Decreto 30/2013 , de 11 de Abril, del Consejo de Gobierno,* de seguimiento y control de calidad asistencial en el Servicio Madrileño de Salud, creando, ex novo, la Dirección General de Seguimiento y Control de los Centros de Gestión Indirecta , previstas en la normativa vigente.

Criterios de Facturación.

Los criterios de facturación son reglas para la aplicación del clausulado recogido en el contrato con la finalidad de hacer posible la aplicación de las mismas. Son reglas interpretativas imprescindibles para el funcionamiento homogeneizado de la facturación.

Son establecidos por el órgano de contratación, previa audiencia de los concesionados a través de la Comisión Mixta.

El origen son las normas de facturación que, desde hace décadas, aplicaba el INSALUD con las preceptivas actualizaciones:

1. Se asigna precio a la actividad resultante, aplicando la Orden *629/2009, de 31 de agosto*, por la que se fijan los precios públicos para la prestación de los servicios sanitarios de la red de centros de la Comunidad de Madrid y se realiza la correspondiente propuesta de liquidación.

2. Esta propuesta de liquidación se expone y analiza en la Comisión Mixta que reúne a representantes del SERMAS y de la sociedad concesionaria y se aprueba por resolución de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria.

VI. LA VULNERACIÓN DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y LOS DIFERENTES SUPUESTOS.

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 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 de opacidad impropias para un procedimiento de carácter público y tal trascendencia asistencial.**

Se oferta al paciente una lista de centros mayoritariamente de carácter privado y ánimo lucroso, de entre los que puede elegir aquel que pueda ser de su apetencia. En este listado sólo aparece el nombre de la empresa. **No se acompaña de histórico de resultados ni acreditación alguna**. Si el paciente acepta la derivación, la Consejería da por resuelto el problema de la lista de espera. Se descarga RULEQ, se cumple la promesa electoral y el paciente percibe calidad.

Si el paciente no es derivable, porque en la mayoría de los casos no es rentable para el hospital al que se deriva, se tipifica por la administración como "paciente diana" y se ordena al hospital de referencia del paciente que éste sea intervenido en dicho hospital en un plazo máximo de 30 días, con independencia de criterios de urgencia, gravedad o espera previa que pudieran tener otros pacientes anteriormente incluidos.

Cuando el paciente rechaza derivación, lo más natural dada la fidelización y la relación de confianza con su médico, expresa su renuncia a la propuesta privatizadora de su intervención, y queda a la espera de ser intervenido por su cirujano habitual. Pero, de forma periódica, a lo largo de su permanencia en el listado RULEQ se le contactará vía telefónica desde una central externalizada, para continuar intentando la derivación. El paciente debe mantenerse firme ante la coacción, cada una de las veces en las que se le ofrezca derivarse, más de cuatro veces en muchos de los pacientes quirúrgicos del año pasado, siendo la media de 2,1 intentos. Se procede al suministro de información sesgada, alejada de la propia realidad de cada Servicio y cada médico, que incluirá datos de la demora e incluso aspectos del hospital de referencia o de su cirujano habitual, incorporando muchos elementos de confusión.

El paciente que rechaza activamente la derivación, sale de la lista de espera quirúrgica y ya no es prioritario para la Consejería.

La codificación de los procesos se realiza habitualmente por personal no facultativo, administrativos entrenados para simplificar elementos técnicos de diagnóstico y procedimiento en códigos que permitan agrupar y empaquetar los lotes de pacientes.
Si esa codificación, como se ha recogido en algunos casos, se hace erróneamente, el procedimiento quedará así registrado en RULEQ, y dado que se excluye al cirujano que indicó la intervención, nadie sino él puede advertir dicha incidencia. **Desconocer la singularidad del paciente y su historial médico, y excluir al médico responsable, lleva siempre a error. Este es un hecho gravísimo y uno de los primeros riesgos de este sistema mercantilista.**

Vulneración de la relación médico-paciente

El hecho de que en un mismo proceso terapéutico intervengan dos facultativos responsables implica lo absurdo del sistema. El cirujano habitual incluye a su paciente en la lista de espera quirúrgica, con el objetivo de intervenirle según la técnica explicada y consentida por el paciente. Sin cerrarse administrativamente dicho proceso, y por supuesto sin mediar alta médica del mismo, el paciente es derivado a un centro alternativo de forma sistemática, que continúa de forma intercurrente con el acto médico.

Una vez completada la intervención, el paciente retorna a su hospital de referencia y el proceso sigue abierto. Es el hospital de referencia el que asumirá además las posibles complicaciones o el proceso rehabilitador que fuera necesario tras una cirugía no realizada en dicho centro ni por su cirujano habitual, en la que incluso puede haberse modificado la indicación quirúrgica.

Nos encontramos así, más que ante una derivación realizada por circunstancias excepcionales y clínicamente justificadas, ante todo un "secuestro asistencial" y una interrupción intrusista por parte de la administración de la relación médico-paciente.

Es fundamental resaltar además que al ser incluidos en lista de espera, los pacientes reciben una información escrita en la que se les dice literalmente " este hospital cuenta con el apoyo de otros centros sanitarios autorizados para la realización de la intervención quirúrgica que usted precisa con las mismas garantías que en este"; es evidente que si un paciente es extraído desde su hospital de referencia para ser intervenido por un cirujano que no es el suyo y que ni el nuevo centro ni el nuevo cirujano asumirán las complicaciones posibles derivadas de dicha cirugía no se están

dando las mismas condiciones en su tratamiento que las disponibles en su hospital de referencia. **No se está dando por tanto información veraz a la hora de ser derivados, situación de enorme gravedad y responsabilidad para los responsables sanitarios de la Comunidad autónoma de Madrid.**

Cambios de indicación quirúrgica:

El paciente es incluido en LEQ para someterse a una intervención muy concreta, en cuanto a lo que la técnica quirúrgica e implantes previstos se refiere, pero codificado para un procedimiento general. Existe un abanico de posibilidades terapéuticas que hace imposible sintetizar el procedimiento adoptado a las necesidades del enfermo en un simple código. Para ofrecer un tratamiento correcto es imprescindible tener acceso a toda la historia clínica del paciente, conocer al enfermo, y, sobretodo, continuar más allá del acto quirúrgico, para analizar resultados y otras opciones terapéuticas futuras.

Porque claro, en el precio ofertado por las empresas adjudicatarias, se incluye sólo el procedimiento quirúrgico, en su sentido más concreto y acotado. **En este precio se encuentra el margen de beneficio de la empresa, que optará por distintas estrategias de ahorro de costes, es decir, de aumento de ganancia.** La costosa estancia media, la posibilidad de recurrir a implantes de menor precio o el prescindir de tratamientos asociados como la rehabilitación postoperatoria, les hace muy fácil poder cumplir con ese objetivo.

Ausencia de análisis de calidad asistencial

Si no se registran elementos clave como los errores de codificación, los cambios de indicación quirúrgica, las suspensiones por falta de medios o tecnificación del Centro alternativo, o las complicaciones derivadas de la intervención que son tratadas, desconocemos los riesgos potenciales que asume el paciente y los costes reales.

Existen limitaciones en la comunicación entre centros privados y hospitales públicos y la falta de sistemas de información que permitan conocer los detalles de los procedimientos derivados, como se haría si se interviniese en el hospital público de referencia del paciente.

Vulnerabilidad del profesional:

La lista de espera quirúrgica conlleva la vulnerabilidad de nuestra profesión, a destacar tres puntos:

- Presión para sacar adelante la “lista diana”, siendo presionados a priorizar dichas intervenciones.
- Incentivos por peonadas para sacar adelante la lista de espera quirúrgica.
- Las 37,5 horas semanales se transforman en disminución del sueldo en las guardias.

VI. A. Pacientes que rechazan la derivación a centro privado.

La Comunidad de Madrid asumió las competencias en materia sanitaria tras la aprobación del *Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid* que atribuye en sus *artículos 27.4 y 27.5* a la Comunidad de Madrid la competencia de desarrollo legislativo, la potestad reglamentaria y de ejecución en materia de sanidad e higiene y de coordinación hospitalaria en general y en el *artículo 28.1.1* la ejecución de la legislación del Estado en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

En este marco competencial, la Comunidad de Madrid dictó *la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria*, cuyo artículo 27.10 establece que el ciudadano tiene derecho a que las prestaciones sanitarias le sean dispensadas dentro de unos plazos previamente definidos y conocidos.

Además, como establece la legislación estatal, en particular, la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud,* en su *artículo 4.1.b*) reconoce a los ciudadanos el derecho a recibir asistencia sanitaria en su Comunidad Autónoma de residencia en un tiempo máximo.

Asimismo, el *Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de Ordenación de las Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud*, reglamentó los derechos de los ciudadanos respecto a las prestaciones mínimas que el sistema debe ofrecerles en todos los servicios de salud.

Además, el *Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo*, por el que se establecen *Medidas para el Tratamiento Homogéneo de la Información sobre Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud*, insta a las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus competencias y atendiendo a los criterios de planificación y utilización eficiente de sus recursos, a informar sobre las garantías de tiempos máximos de demora en el acceso a los servicios de atención sanitaria, así como a adaptar sus sistemas de información sobre listas de espera quirúrgicas.

Por otra parte, con la finalidad de que el ciudadano pueda ejercer su derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, así como acerca de los requisitos y acceso a las mismas, se establece un sistema de información al ciudadano en materia de Listas de Espera Quirúrgica, de conformidad con lo dispuesto tanto en el *artículo 10.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad* como en el *artículo 12 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, y en el *artículo 4 del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo*, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

En este contexto normativo, el actual Gobierno de la Comunidad de Madrid asumió como uno de sus compromisos prioritarios acometer la reducción de la lista de espera quirúrgica y del tiempo máximo de los pacientes en esta situación, constituyendo el cumplimiento de dicho objetivo un elemento primordial de garantía de equidad y un indicador de calidad de las prestaciones sanitarias.

Por otra parte, mediante el *Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo*, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, se puso en marcha el sistema de información de listas de espera.

Así, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid dictó la *Orden 602/200*4, de 14 de junio sobre instrucciones de gestión del registro de pacientes en lista de espera quirúrgica de la red sanitaria única de la Comunidad de Utilización Pública en la que se realiza una clasificación de pacientes, contemplando como una de las clasificaciones los *"pacientes en espera tras rechazo a la propuesta de intervención en un centro alternativo".*

Sorprende que la mencionada Orden, no haga una distinción de las diferentes causas que pueden llevar a un paciente a rechazar la propuesta de intervención y si la misma podría estar amparada en el ejercicio de derechos legalmente reconocidos en la legislación estatal y autonómica, como serían el ejercicio de la libre elección de centro hospitalario y de médico especialista.

Muy al contrario, por parte de la Consejería de Sanidad se considera que el paciente que rechaza la propuesta de intervención en un centro alternativo está ejerciendo el derecho a la libre elección, lo cual implica que por parte de la administración no se le garanticen los plazos de intervención establecidos en la normativa que regula la lista de espera quirúrgica, que según la instrucción décima de la Orden será superior a los 180 días.

Esta situación que ahora se denuncia supone la violación por parte de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid de diversos derechos establecidos en la legislación estatal y autonómica que consideramos que suponen que los pacientes que rechazan ser derivados a centros concertados (privados) ejerciendo su derecho de libre elección no son tratados en condiciones de igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones sanitarias, tal y como establece el artículo 3 de la *Ley 14/1986, General de Sanidad.*

Asimismo, dicha decisión del paciente por la que rechaza su derivación a un centro de salud concertado estaría amparada por varios textos legales, entre otros, por lo dispuesto en:

El artículo 2 de la *Ley 14/1986, General de Sanidad* que establece los principios básicos (…) que dispone:

1. *Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.*
2. *El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.*

El *artículo 9 de la Ley 14/1986, General de Sanidad* que establece:

> *"Los poderes públicos deberán informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público, o vinculados a él, de sus derechos y deberes.*
>
> *"7.- A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.*
> *13.- A elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas, en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las que regulen el trabajo sanitario en los Centros de Salud."*

El artículo 3 que viene a regular las definiciones legales como:

> "*Libre elección: la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entre dos o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes, en cada caso."*

El *artículo 138 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, en la que se define, de forma genérica, como:

> "la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entre dos o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales."

En el caso de la Comunidad de Madrid, el *artículo 27.9º de su Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria*, consagra el derecho a:

> *"la libre elección de médico y centro sanitario, así como a una segunda opinión, en lo términos que reglamentariamente se determinen."*

La Ley madrileña viene a desarrollar y a hacer efectivo el derecho del paciente a la libre elección del profesional sanitario, servicio y centro en la atención especializada, estableciendo en el *artículo 2 de la Ley 6/2009, de 16 de noviembre*, que dispone:

> *"La libertad de elección de médico de familia, pediatra o enfermero en atención primaria y de médico y de hospital en atención especializada podrá ejercerse en todo el territorio de la Comunidad de Madrid."*

VI. B. Pacientes que son mal informados desde el servicio de call center.

Los pacientes son mal informados, indicándoles desde el servicio de call center la imposibilidad de ser atendidos de su cirugía por su médico especialista y en su hospital de referencia en los plazos establecidos en la *Orden 602/2004 de 14 de junio*, que regula la lista de espera quirúrgica, y teniendo conocimiento posterior a través de su centro de referencia de que la cirugía se encontraba o podía ser programada en dichos plazos legales.

En este supuesto, la Administración infringe el derecho a la información asistencial, tal y como se regulan en los artículos 4 y 12 de la *Ley 14/1986, General de Sanidad*, que disponen el derecho de los pacientes a conocer toda la información disponible con motivo de cualquier actuación en el ámbito de la salud, así como, el derecho a recibir información por parte de la Administración sanitaria de los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos.

Asimismo, con este tipo de prácticas la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid incumple su propia legislación sanitaria[41] , que dispone en su artículo que:

1. *Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.*

2. *La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.*

Asimismo, a dichos usuarios de la sanidad madrileña se les vulnera los derechos y garantías contemplados en el *artículo 12[42] y 27.1[43] de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.*

Es preciso denunciar que estas prácticas pueden conllevar otras violaciones de las garantías establecidas en la mencionada legislación autonómica, por cuanto se da uso de datos sanitarios por personal no facultativo que trabajan en el Call Center, los cuales tienen acceso a su historia clínica y pueden acceder a los datos clínicos en el ejercicio de su labor lo que supone una violación del derecho a mantener su privacidad, según lo dispuesto en el *artículo 27.3[44] de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre*, y un uso o acceso ilegal de la historia clínica del paciente, según se encuentra regulado en el *artículo 19[45] y 16.5[46] de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la*

---

[41] Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

[42] Art. 12 Ley Orgánica Sanitaria: "Además de los derechos reconocidos en los artículos anteriores, los pacientes y los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos".

[43] Art 27.1 Ley Orgánica Sanitaria: "El ciudadano tiene derecho a ser verazmente informado, en términos comprensibles en relación con su propia salud, para poder tomar una decisión realmente autónoma. Este derecho incluye el respeto a la decisión de no querer ser informado."

[44] Art 27.3 LOS El ciudadano tiene derecho a mantener su privacidad y a que se garantice la confidencialidad de sus datos sanitarios, de acuerdo a lo establecido en la legislación vigente.

[45] Art. 19 Ley 41/2002, de 14 de noviembre El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia permitirá la recogida, la integración, la recuperación y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad con arreglo a lo establecido por el artículo 16 de la presente Ley.

[46] Art. 16.5 Ley 41/2002, de 14 de noviembre El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria.

autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La Comunidad de Madrid a través de sus centros sanitarios está cediendo dichos datos de la historia clínica a la empresa que gestiona el call center, los cuales son gestionados por personal no facultativo y sin que exista un procedimiento que deje constancia del acceso a los datos de la historia clínica y cual ha sido su uso, 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[47].

El Estado y las Comunidades Autónomas adoptarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, las medidas necesarias para la efectividad de esta Ley.

VI. C. Pacientes que aceptan ser derivados a un centro alternativo y son devueltos por éste porque cuentan con alguna complicación de carácter clínico.

Se han detectado casos en los que un paciente al que la Comunidad de Madrid, bien a través del servicio de admisión o bien por medio del servicio de call center, ofrece ser derivado a un centro alternativo para que se le practique la cirugía por la que se encuentra incluido en la lista de espera quirúrgica puede que no sea, finalmente, intervenido en dicho centro alternativo.

Las razones de la no intervención en el centro alternativo pueden ser dos, la primera, que el paciente rechace la derivación (supuesto estudiado al inicio de este epígrafe) o, segunda, que quien rechace al paciente sea el centro alternativo una vez le ha recibido y estudiado su historia clínica.

Este supuesto viene previsto en la Instrucción Séptima *in fine* de las *Instrucciones de gestión del registro de pacientes en lista de espera quirúrgica de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública* que se contienen en la *Orden 602/2004, de 14 de junio*, por la que se aprueban las instrucciones de gestión del Registro de Pacientes en los siguientes términos:

> *Los centros de destino deben informa diariamente al centro de origen sobre la situación de los pacientes derivados, recogiendo las siguientes incidencias:*

[47] Art. 16.7 Ley 41/2002, de 14 de noviembre "Las Comunidades Autónomas regularán el procedimiento para que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso. "

- Paciente rechazado por motivos clínicos (riesgo): Debe ser revisado por el centro de origen, quedando en situación de transitoriamente no programable por motivo médico. En caso de ser intervenido en el centro de origen, el centro concertado será penalizado.

Lo que se ha comprobado es que el rechazo realizado por el centro alternativo es causa de unas situaciones muy concretas. Se trata de pacientes que tienen algún tipo de complicación, de tipo clínico, que hacen poco interesante para el centro alternativo asumir los riesgos derivados de este tipo de intervenciones. Los riesgos no tienen que ver, únicamente, con los peligros que para la salud del paciente tiene la intervención sino que parecen estar insertos en motivos que guardan relación con los costes de ese tipo de actuaciones, es decir, un paciente "complicado" puede necesitar de más días de internamiento en el centro hospitalario, de un mayor o más largo tratamiento con medicamentos o puede necesitar de más días de consulta, dicho sea todo ello a título de ejemplo porque se pueden dar otras situaciones que conllevarán, en todo caso, que el coste de la intervención se incremente.

Cuando el centro alternativo observa que se trata de un paciente con complicaciones de la referidas anteriormente, procede a su rechazo y devolución al centro de procedencia. En tal caso, el paciente ha sufrido unos perjuicios inmediatos que no son otros que la pérdida de la oportunidad de ser intervenido con mayor celeridad en el centro alternativo y los distintos traslados hasta dicho centro hasta que fue rechazado, amén de otras molestias propias de este tipo de actividad.

Por otro lado, debemos suponer que si al paciente se le ha ofrecido un centro alternativo es porque el centro de origen no podía atender a su intervención quirúrgica dentro de los tiempos de espera previstos en la normativa aplicable. El rechazo del centro alternativo bien puede suponer que ya no será posible atender a este paciente adecuadamente o habrá que ofrecerle otro centro alternativo con las complicaciones y molestias que ello lleva consigo. Eso sí, tendrán que ofertarle un centro alternativo de carácter público porque los centros alternativos privados están siguiendo la misma política en relación con los casos de cirugías complicadas.

La situación que corresponde a este tipo de pacientes en el Registro de Pacientes es la de *transitoriamente no programable por motivo médico* lo que supone que se suspende el cómputo del tiempo máximo de espera quirúrgica según dispone la Instrucción Quinta de la *Orden 602/2004*. Se comprueba, pues, que el paciente rechazado por un centro alternativo sufre graves perjuicios que pueden poner en serio riesgo su salud, vulnerando el artículo 43 de la Constitución Española y las normas que lo desarrollan.

VI. D. Pacientes que tienen determinadas circunstancias personales, patologías previas y/o complicaciones clínicas (mujeres embarazadas, hemofílicos, enfermos de VIH, etc.) y que, por estos motivos, no son reclamados por el sistema para ofrecerles un centro alternativo.

A partir de la entrada en lista de espera se podrá ofertar al paciente un centro alternativo, de apoyo o concertado, garantizando siempre el cumplimiento de las cuotas de derivación asignadas a cada hospital por la Unidad Central de Gestión de Lista de Espera. Se debe destacar, en primer lugar, que ese "podrá" debe ser siempre en términos de respeto del principio igualdad y no discriminación.

Una vez es adjudicada la realización de determinadas intervenciones quirúrgicas, a quienes se encuentren adscritos en la oportuna Lista de Espera Quirúrgica, éstas deberían ser ofertadas a todos aquellos que forman parte de la misma.

Sin embargo, se tiene constancia de que directamente, ciudadanos que cuentan con antecedentes previos, otras patologías, situaciones personales que dificultan tales intervenciones, etc... no son derivados, ni reciben tal oferta, ni puede por tanto, hacer uso efectivo del supuesto derecho de libertad de elección, además de que implica una alteración en las supuestas comparaciones de costes y gastos entre las intervenciones realizadas por centros concertados externalizados y las realizadas en el sistema sanitario público.

Esta situación que ahora se denuncia supone la violación por parte de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid de diversos derechos fundamentales constitucionales, además de aquellos más concretos establecidos en la legislación estatal y autonómica al objeto del presente informe, como su derecho de libre elección, y no ser tratados en condiciones de igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones sanitarias, tal y como establece el artículo 3 de *la Ley 14/1986, General de Sanidad.*

El *artículo 2 de la Ley 14/1986, General de Sanidad* que establece los principios básicos (…) dispone:

3. *Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.*
4. *El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.*

El artículo *9 de la Ley 14/1986, General de Sanidad* que establece:

> *"Los poderes públicos deberán informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público, o vinculados a él, de sus derechos y deberes.*
>
> *"7.- A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.*
> *13.- A elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas, en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las que regulen el trabajo sanitario en los Centros de Salud."*

El *artículo 3* que viene a regular las definiciones legales como:

> *"Libre elección: la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entre dos o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes, en cada caso."*

El *artículo 138 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre*, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en la que se define, de forma genérica, como la

> "*facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entre dos o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales."*

En el caso de la Comunidad de Madrid, el artículo *27.9º de su Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria,* consagra el derecho a la

> *"libre elección de médico y centro sanitario, así como a una segunda opinión, en lo términos que reglamentariamente se determinen."*

La Ley madrileña viene a desarrollar y a hacer efectivo el derecho del paciente a la libre elección del profesional sanitario, servicio y centro en la atención especializada, estableciendo en el *artículo 2 de la Ley 6/2009, de 16 de noviembre*, que dispone:

> *"La libertad de elección de médico de familia, pediatra o enfermero en atención primaria y de médico y de hospital en atención especializada podrá ejercerse en todo el territorio de la Comunidad de Madrid."*

En el presente supuesto nos encontramos con que ante la falta de recursos establecidos por la propia Comunidad de Madrid, la política de derivaciones y privatización encubierta por medio de los convenios o conciertos sanitarios, etc... nos encontramos con que se realiza una cada vez mayor política de gestión de tratamientos quirúrgicos por parte de la Comunidad de Madrid en favor de centros hospitalarios privados.

Dichos centros hospitalarios son adscritos por medio de los conciertos o convenios que se realiza por parte de la Comunidad de Madrid, conciertos que son adjudicados para realizar determinadas intervenciones concretas y que no recogen ni incluyen, ni actuaciones médicas conexas, ni actuaciones médicas ajenas a dicha intervención y relacionadas con patologías previas que puedan sufrir los pacientes.

Es decir, nos encontramos con pacientes que ven vulnerado su derecho a la libre elección por enfermedad, en tanto en cuanto, no son derivados a otros centros hospitalarios por las previas patologías que padecen (patologías tales como hemofilias), pacientes con otras patologías que obligatoriamente complican o pueden complicar la concreta intervención quirúrgica, o en situaciones que requieran distintos tratamientos médicos tales como un simple estado de gestante.

Todos estos pacientes ven vulnerado sus derechos, en la medida en que los conciertos o convenios suscritos por la Comunidad de Madrid, con los centros hospitalarios privados, son sólo comprensivos de las operaciones concretas que son concertadas o convenidas, que se realizan por medio del sistema de *lotes*, es decir, por medio del sistema de adjudicar determinados tratamientos quirúrgicos para cada prestador privado de los mismos.

El funcionamiento para externalizar servicios, o acudir al sistema privado de centros hospitalarios, que son requeridos para realizar actuaciones quirúrgicas de la Lista de Espera Quirúrgica, para la Sanidad Pública madrileña, es por medio una invitación por parte de la Administración Sanitaria a las clínicas acreditadas mediante el sistema Ocaña a participar en el reparto en la adjudicación de la externalización de procedimientos quirúrgicos.

Esta adjudicación se produce por lotes, es decir, por grupos de actuaciones quirúrgicas, a las que se debe que presentar un precio y una documentación respecto de las mismas.

La Consejería de Sanidad tiene estipulado un precio máximo, por lo que conforme, fundamentalmente a procedimientos de contratos negociados sin publicidad, es decir, contrataciones administrativas en las que una vez acreditado el contratante con la

Administración, es llamado por ésta para la realización de dicha actividad, careciéndose de concurso público para cualquier oferente y sin publicidad.

En 2012 la Consejería de Sanidad realizó al menos nueve bloques de adjudicaciones, que no se publican en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid pero sí en el portal online de contratos públicos, en el apartado de los negociados sin publicidad. Se trata de cirugías menores de traumatología, implantes (cadera, rodilla...), cirugía de columna como las hernias discales, oftalmología, procedimientos pediátricos y generales como varices o vasectomías.

El Informe aprobado por la Cámara de Cuentas de Madrid, en el año 2012, en su labor de fiscalización de la actividad y gasto público, realizada sobre el ejercicio de 2007, establece entre sus conclusiones que las obligaciones de asistencia sanitaria y servicios sociales con medios ajenos alcanzan 446.912.447 euros, que supone el 94% del gasto reconocido en el capítulo 2. De este importe, un 97% corresponde a un concierto, un contrato de gestión y tres convenios singulares suscritos por el SERMAS con dos entidades privadas y tres públicas para la prestación de la asistencia sanitaria especializada que contempla el RD 1030/2006. El resto proviene de la asistencia hospitalaria o de tratamientos y pruebas diagnósticas realizadas por entidades privadas a las que el ente público deriva determinados pacientes, sin que siempre haya formalizado con ellas el correspondiente contrato o concierto. (Apartado III.3.1.3).

Es en dichos contratos pues, en los cuales los enfermos no pueden ser adscritos por las patologías, circunstancias personales, antecedentes previos o cualquier otra circunstancia que, en definitiva, conlleva una mayor dificultad, un mayor requerimiento dotacional y/o de medios materiales y/o humanos, y como no, un mayor gasto asociado.

La discriminación o el trato diferenciado para aquellos ciudadanos que tienen cualquier tipo de discapacidad implican una discriminación conforme ha establecido claramente la doctrina comunitaria.

Forma parte del acervo comunitario el principio de igualdad de trato, establecido para todos los ámbitos, como el empleo y la ocupación, pero más aún debe entenderse aplicable en el marco de la propia asistencia sanitaria.

Así, se estaría produciendo una clara discriminación por motivo de discapacidad, conforme ha sido establecido jurisprudencialmente por el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas, en relación con el empleo, citando entre otras las de fechas 11.07.2006 o la de fecha 11.04.2013, que debe interpretarse en el sentido de que comprende una condición causada por una enfermedad diagnosticada médicamente

como curable o incurable, derivada en particular de dolencias físicas, mentales o psíquicas.

En igual sentido se ha establecido por nuestros propios Tribunales. Así podemos invocar precedentes jurisprudenciales existentes en relación con la inclusión en listas de espera por patologías previas, como la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Extremadura de fecha 19.06.2007 que sostiene "(...) *vinculando por tanto la negativa al trasplante con la discapacidad, razones que atentan contra el principio de igualdad efectiva y no discriminación por razón de dicha discapacidad que afecta al menor desde el nacimiento*" o del Tribunal Superior de Justicia de Asturias de fecha 11.11.1994.

Por tanto, sujetos que tienen otra enfermedad previa, o que tienen otros procesos asociados o situaciones vitales que podrían suponer una complicación, no sólo quedan relegados en la lista de espera quirúrgica por mera conveniencia económica de las empresas que realizan los conciertos o convenios, sino que, además de incrementar el supuesto coste medio que en ocasiones ofrece la propia Consejería de sanidad de la Comunidad de Madrid, son claramente discriminados respecto de otros pacientes, y se les vulneran los derechos y garantías contemplados en el artículo 12[48] y 27.1[49] de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

[48] Art. 12 Ley Orgánica Sanitaria "Además de los derechos reconocidos en los artículos anteriores, los pacientes y los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos".

[49] Art 27.1 LOS "El ciudadano tiene derecho a ser verazmente informado, en términos comprensibles en relación con su propia salud, para poder tomar una decisión realmente autónoma. Este derecho incluye el respeto a la decisión de no querer ser informado."

VII. LAS CIFRAS DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID:

Datos de 2014

	Nº de pacientes pendientes de IQ		Tiempo medio espera (días)		Número de pacientes por tramos de espera (días)		
PERIODO	**Jun 2014**	**Dic 2014**	**Jun 2014**	**Dic 2014**	**Tramos**	**Jun 2014**	**Dic 2014**
Número de pacientes en espera estructural*	17945	18998	10,8	12.6	0-30	17945	18998
Porcentaje	24.9%	24.5%				100%	100%
Número de pacientes transitoriamente no programables**	17928	20362					
Porcentaje	24.9%	26.2%					
Número de pacientes que voluntariamente han preferido mantenerse en espera de ser intervenidos ***	**36180**	**38329**	**105,6**	**117.9**	**0-30**	**7245**	**7118**
					31-180	**22899**	**23057**
					181-365	**5191**	**6674**
					>365	**845**	**1480**
Porcentaje	**50.2%**	**49.3%**			**0-30**	**10%**	**9.2%**
					31-180	**31.8%**	**29.7%**
					181-365	**7.2%**	**8.6%**
					>365	**1.2%**	**1,9%**
TOTAL	72053	77689					

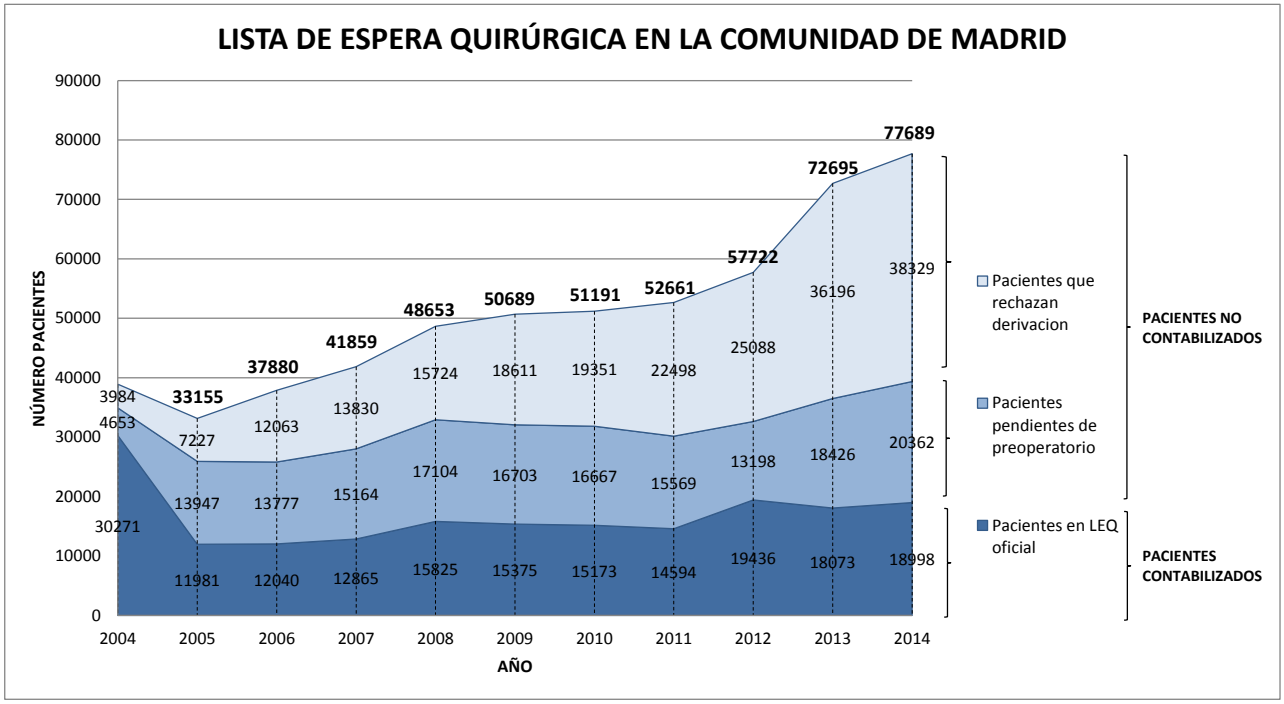
(*) Número de pacientes en espera estructural: pacientes que, en un momento dado, se encuentran en situación de ser intervenidos quirúrgicamente y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles

(**) Número de pacientes transitoriamente no programables: pacientes en espera de una intervención quirúrgica, cuya programación no es posible en un momento dado por alguno de los siguientes motivos:

- Pacientes en espera médica por motivos clínicos que contraindican o no aconsejan temporalmente la intervención
- Pacientes en espera por solicitud de aplazamiento de la intervención (motivos personales/laborables)
- Pacientes en estudio preoperatorio, que son aquellos que requieren estudio preoperatorio y valoración preanestésica para su programación quirúrgica y están pendientes de su realización.

(***) Número de pacientes que voluntariamente han preferido mantenerse en espera para ser intervenidos en el hospital de elección. Es el número de pacientes que han escogido un centro de intervención diferente al que les ha sido propuesto por la Unidad Central de Gestión de Lista de Espera Quirúrgica.

<u>Evolución lista de espera quirúrgica 2004-2014</u>



Fuente: datos publicados por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Tanto en el cuadro que resume los datos de pacientes en lista de espera publicados por la consejería de Sanidad durante el año 2014, como en la gráfica que recoge la evolución desde el año 2004, año en el que el gobierno de la Comunidad de Madrid dictó la *Orden 602/2004, de 14 de junio sobre instrucciones de gestión del registro de pacientes en lista de espera quirúrgica de la red sanitaria única de Utilización Pública,* es posible observar como dicha orden no ha sido capaz de paliar el crecimiento exponencial de los pacientes en lista de espera de intervención quirúrgica. Dicho crecimiento se ha venido produciendo a pesar del intento de derivación indiscriminada a centros privados por parte de la consejería de sanidad, encontrándonos a día de hoy con más de 70000 pacientes pendientes de intervención quirúrgica.

Analizando con más detalle los datos es posible identificar como los pacientes que la consejería contabiliza como *"pacientes en lista de espera estructural"*, representan únicamente un 24.5% del total de pacientes pendientes de intervención quirúrgica, siendo únicamente estos pacientes en "lista de espera estructural" los que tienen reconocido su derecho a ser operados en menos de 30 días.

Si nos centramos en el grupo *"pacientes que rechazan derivación"*, grupo que representa el 50% del total de pacientes y siendo por tanto el grupo más numeroso, se aprecia como los plazos de espera se disparan, debido a que según el método de contabilización de la consejería, este grupo pierde su derecho a ser operado en menos de 30 días. Es decir, en el 50% de los pacientes incluidos en lista de espera, se vulneran los plazos legales por el simple hecho de ejercer su derecho de libre elección reconocido por el gobierno de la Comunidad de Madrid, alargándose dichos plazos de forma alarmante, y encontrándose un 30% del total de los pacientes en lista de espera quirúrgica entre los 30 y los 365 días de espera.

VIII. 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 dadas las graves consecuencias que puede tener para el paciente rechazar ser intervenido en otro centro sanitario, es decir, se conculca la libertad de elección.

2. En los últimos dos 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 en la calidad de la atención son también 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 una treta administrativa 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 otros 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 laborable. Se extre de ello que se prefiere que el cirujano opere menos y cobre menos a que opere mas y cobre los mismo, reduciendo así la lista de espera y la necesidad de derivación de los enfermos a centros privados concertados.

6. Los procesos políticos de toma de decisión cuyos resultados se exponen en este informe generan una profunda desconfianza en la capacidad de planificación de nuestras autoridades sanitaria, tanto por parte de los profesionales que trabajan 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 auditorías.

4. Mejora de la **coordinación** entre los distintos niveles asistenciales: potenciación de la Cirugía Mayor Ambulatoria, mejora de la capacidad resolutiva 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.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Informe de Fiscalización de los Convenios y Conciertos de los Hospitales de la Red Pública del SERMAS con entidades privadas para prestación de los Servicios sanitarios. Ejercicio 2011.

2. Informe Sanidad UGT-Madrid.

3. Informe IDIS Sanidad Privada Analisis de la situación 2014 . Comunidad de Madrid, página 41.

4. Libro blanco de la Sanidad impulsado por el Partido Socialista de Madrid. Co-editor José Ramón Repullo.

5. J. Martí La gestión de las listas de espera quirúrgicas por los centros sanitarios y los profesionales. Gac Sanit 2002;16(5): 440-443.

6. Modelos alternativos de gestión de la lista de espera en sanidad: aplicación al Servicio Gallego de Saúde.