

XORNADA DE LOITA ESTATAL CONTRA AS LISTAS DE ESPERA. XANEIRO 2018

# AS LISTAS DE ESPERA TEÑEN SOLUCIÓN

***As listas de espera, diagnósticas e cirúrxicas, son o principal problema sanitario en todo o estado. Nos últimos anos, como resultado do plan de deterioración, desmantelamento e privatización do sistema sanitario, incrementáronse ata cifras impensables.***

Dende a aprobación en 1986 da Lei Xeral de Sanidade, todas as comunidades autónomas, independentemente do partido gobernante, atopáronse con este problema, e lonxe de solucionalo, evitaron acometer medidas radicais para solucionalo. A privatización posta en marcha tras a aprobación da Lei 15/97 de “Novas Formas de Xestión” agravou aínda máis o problema. Durante os últimos 30 anos os partidos políticos evitaron publicar os datos das listas de espera por comunidades, para evitar as vergoñentas comparacións. Só a partir de 2016 comezaron a dar cifras xerais.

## **Lista de espera cirúrxica.**

Segundo os últimos datos

oficiais dispoñibles<sup>1</sup>, en xuño de 2017 había máis de 604.000 persoas na “lista de espera estrutural”, das cales case o 15% esperaban máis de seis meses a ser intervidas. Catalunya con 157.000 persoas, Madrid 59.000 e Comunidade Valenciana 58.000, comunidades con maior privatización, achegan case a metade das persoas.

Respecto de 2008 (364.000 persoas) as cifras case se duplicaron<sup>2</sup>, mentres que o tempo medio de espera pasou

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

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

de 71 días a 104, polo que é indubidable que os recortes realizados nos últimos 10 anos afectaron gravemente ó sistema.

Catalunya con 22 por 1.000 habitantes, Estremadura con 20, Murcia con 19, Castela a Mancha con 18, e Canarias e Asturias con 17 por 1.000 persoas pendentes de intervención encabezan esta desgrazada clasificación. Respecto da espera de máis de seis meses, canarios e castelán manchegos co 33 %, e cataláns co 25 % sitúanse á cabeza. País Vasco e Asturias aseguran non ter ningún paciente esperando máis de 6 meses.

A estas 604.000 persoas habería que sumar un 20% máis (persoas que rexeitaron ser operadas en centros privados e son excluídas da lista de espera estrutural, e os pacientes “transitoriamente non programables”), polo que a cifra real podería ser próxima a 750.000 pacientes.

## **Lista de espera diagnóstica.**

Os últimos datos oficiais dan 1.863.070 persoas á espera dunha primeira consulta co



especialista, é dicir unha taxa de 44 por 1.000 habitantes, cun tempo medio de espera de 58 días. Canarias con 107 e Catalunya con 87 días de espera media son os territorios con peores datos, fronte aos 20 días do País Vasco. Por outra banda, signo da deterioración que sofre o sistema sanitario canario, o 85 % dos seus pacientes esperan máis de sesenta días a ser vistos en primeira consulta. Cantabria ocupa o segundo lugar con 76,4 %

Estas cifras, vergoñosas, implican graves danos potenciais para aqueles que se ven obrigados a esperar, podendo ocorrer que haxa persoas que falecen antes de seren atendidas. Con todo, non son reais. O sistema utiliza diferentes estratexas para falsear os datos, xa sexa mediante o atraso planificado na entrada na lista, o bloqueo peche de axendas, a utilización de “baúis” onde se gardan as citas de persoas que aínda recibindo a indicación do facultativo, non entran na lista “oficial”, ata diferentes tipos

de presións para demorar a indicación<sup>3</sup>.

Por tanto, a deterioración provocada durante os últimos anos, provocou que o “colo de botella” pasase das intervencións cirúrxicas, ao proceso diagnóstico (primeira cita co especialista), atrasando aínda máis a posible resolución dos problemas de saúde<sup>4</sup>.

Un dos obxectivos desta estratexia de deterioración planificada é a de “empuxar” a sectores de poboación, que aínda dispoñen de certa capacidade económica, cara

aos seguros privados, nunha sorte de “fuxida” do sistema “público”. Así, a pesar da “crise económica”, pasouse de 5,3 millóns de persoas cun seguro sanitario privado en 2006, a 7 millóns en 2016, é dicir de 1,7 millóns de persoas máis (32 % de incremento), mentres que a recadación polas primas aumentou en 2.206 millóns de euros (un incremento do 74,89%).

Aínda que hai pequenas variacións segundo as fontes (datos de 2016) as Comunidades Autónomas que teñen unha maior penetración do seguro privado son: Madrid un 33%-34,4 % e Catalunya un 32 %-28%, Baleares 30,9 % e País Vasco con 30,6 %. Cantabria e Navarra con 9,7 % están á cola<sup>5</sup>, mentres a media estatal está no 20,6 %.

Con todo, é posible afrontar o problema das listas de espera e reducilas en gran

<sup>3</sup> Existen diferentes sistemas. Por exemplo, “baúis informáticos”. O administrativo vai apuntando pacientes para a lista de espera. Ó traspasar un número determinado de “ocos”, o sistema impide seguir apuntando pacientes á lista de espera, e pasan a unha especie de “baúl”, onde son “retidos” ata que na lista de espera “oficial” vaian quedando “ocos”. Outro son os “cartafois físicos” onde se gardan os volantes ata que a lista de espera se desbloquee ou que existan ocios nas axendas. Outro moi empregado é comunicar ao paciente que non se lle pode citar nese momento e “que xa se lle chamará”. Mentres iso ocorre, o paciente permanece nun limbo: con indicación do médico, pero sen entrar realmente na lista de espera.

<sup>4</sup> Cada vez comunicannos máis casos contrastados de pacientes con sospeita de enfermidades graves, cuxas probas diagnósticas demoráronse ata 4-5 meses, ou pacientes con cancro confirmado cuxa intervención cirúrxica demorouse varios meses.

<sup>5</sup> Taxas de penetración do seguro de saúde por comunidades autónomas. Informe Estamos Seguros 2016. UNESPA <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/unespa-web/main-files/uploads/2017/06/Informe+2016+Estamos+Seguros.pdf>



parte, reduciendo a dor dos pacientes e as súas familias, e mesmo reduciendo o gasto sanitario. Pero iso esixe tomar unha serie de medidas de sentido común, comezando por utilizar ao 100 por 100 os recursos existentes no Sistema Nacional de Saúde. Quirófanos, alta tecnoloxía diagnóstica, laboratorios, consultas, deben de ser utilizados como mínimo de 8 a 21 horas<sup>6</sup> para sacarlles rendemento. O que chocará con intereses particulares que están instaurados con moita forza dentro da Administración Sanitaria:

**1 Creación dunha quenda de tarde nos hospitais nas categorías que sexan necesarias.** Ao contrario que a atención primaria, onde nalgunhas localidades existen quendas de mañá e tarde, nos hospitais, a partir das 15 horas, soamente permanecen médicos de garda ata as 8 horas do día seguinte. A xornada de tarde, de 15 a 21 horas pasa a ser un

<sup>6</sup> Non se pode permitir que alta tecnoloxía, como os PET por exemplo, funcionen nalgúns grandes centros menos de 7 horas ao día.

tempo no que moitos recursos só se utilizan se existe unha urxencia. A instauración desta quenda para os médicos, como xa teñen o resto das categorías, implicaría:

- Crear emprego nas especialidades médicas que se necesiten e noutras categorías.
- Reducir as listas de espera desde o sector “público”.
- Evitar o malgasto que supón que profesionais cuxa formación nos custou entre 250.000-300.000 € emigren a outros países.

**2 Supresión das “horas extra”<sup>7</sup>.** A realización de actividade fóra da xornada ordinaria, xeralmente polas tardes (“peonadas”, “autoconcertación”...) como método para reducir as listas de espera, sería innecesaria xa que habería profesionais, con empregos dignos facendo ese

<sup>7</sup> En todo o estado existe dende hai décadas este sistema perverso, en parte alimentado por determinados sectores e posto en marcha polos políticos en moitas ocasións ante a proximidade de procesos electorais. En esencia son horas fóra da xornada ordinaria, que se pagan aos profesionais ou economicamente ou con tempo libre.

traballo e optimizando os recursos do sistema.

**3 Incompatibilidade absoluta público-privado.** Establecemento de incompatibilidades médicas absolutas para evitar a parasitación do sistema público. É inconcebible que o sistema sanitario público permita esta dobre vinculación. Que empresa automobilística, por exemplo, permite que os seus enxeñeiros traballen para a competencia? No sistema público permitiuse e deu lugar á corrupción que todos coñecemos.

**4 Supresión dos concertos con centros privados.** Implica a derogación do artigo 90 da Lei Xeral de Sanidade<sup>8</sup>. Coa desculpa de “complementar” e “apoiar” ao sistema público, desde 1986 utilizouse este

<sup>8</sup> Artigo 90 1. As Administracións Públicas Sanitarias, no ámbito das súas respectivas competencias, poderán establecer concertos para a prestación de servizos sanitarios con medios aellos a elas. A tales efectos, as distintas Administracións Públicas terán en conta, con carácter previo, a utilización óptima dos seus recursos sanitarios propios.

artigo para derivar aos centros privados pacientes rendibles, intervencións sinxelas, probas diagnósticas, etc., mentres nos centros “públicos” quedan o complexo e o “non rendible”.

Ademais, o seguimento das intervencións e as súas complicacións recae con posterioridade no “sector público”, non en quen realizou a intervención na privada. Produciríase un aforro considerable e unha mellora da calidade da atención dado que as intervencións en centros privados teñen peores resultados<sup>9-10</sup>, son máis caras<sup>11</sup>, á parte de que en moitas ocasións son realizadas por facultativos diferentes dos que realizaron o diagnóstico e seguimento aos pacientes.

<sup>9</sup> Devereux, PJ, CMAJ, may 28, 2002. A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals.

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

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

**5 Establecemento de garantías e prazos para a atención, similares en todo o estado, independentemente do lugar de residencia.** É absolutamente necesario acabar coas enormes diferenzas na atención. Tres décadas despois da aprobación da LXS, as diferenzas entre comunidades autónomas son vergoñentas e van en aumento. As diferenzas de financiamento sanitario por territorios, e por tanto no gasto por paciente deu lugar a servizos sanitarios de primeira e outros que raian o terceiro mundismo. Hai vergoñentas diferenzas no acceso ao sistema e nas lista de espera, que se traducen en morbilidade e mortalidade innecesarias. Débense de establecer prazos similares para o acceso ás probas diagnósticas e para cirurxía.

**6 Asignación automática e entrega dun código ao paciente no momento da decisión clínica de petición de proba diagnóstica ou intervención.** Para evitar os “limbos”, “pre-

listas”, e demais sistemas de enxeñaría, utilizados por todos os servizos autonómicos de saúde para maquillar e atrasar a entrada dos pacientes na lista de espera, débese de entregar ao paciente no momento da indicación, algún tipo de documento que permita asegurar a entrada automática na lista de espera e o seu seguimento posterior por parte do paciente.

**7 Democratización do sistema.** Transparencia absoluta e acceso sinxelo a todos os datos de actividade, calidade, gasto, adxudicacións, do SNS. Políticos e xestores ocultan todos os datos sensibles que permiten coñecer o funcionamento real do sistema. Non é posible acceder aos datos de actividade desagregados, por servizos ou profesionais, indispensables para coñecer a utilización eficiente dos recursos. Tampouco é posible acceder aos datos económicos desagregados, ao gasto de moitas compras, ao prezo dos medicamentos e moitas outras licitacións.

**AS LISTAS DE ESPERA MATAN**

**HOSPITAIS INFRAUTILIZADOS, PACIENTES ESPERANDO**

**DEROGACIÓN DA LEI 15/97 E DE TODAS AS LEIS AUTONÓMICAS QUE PERMITEN A PRIVATIZACIÓN**