

**Gestión de listas de espera en el
Sistema Nacional de Salud.
Una breve aproximación a su análisis**

Agustín Cañizares Ruiz

Álvaro Santos Gómez

Documento de trabajo 174/2011



Agustín Cañizares Ruiz

Médico de familia con experiencia asistencial tanto en centros de salud de atención primaria de la provincia de Ciudad Real, como en el hospital de Le Mans (Francia) en la unidad 32 (medicina polivalente) y en el servicio de urgencias. Tiene una amplia trayectoria en la gestión como director médico y gerente de atención primaria, así como director médico y gerente de hospital. En los últimos años ha participado en la experiencia de la Gerencia de área única de Puertollano. En los dos últimos años ha sido responsable del área de asistencia sanitaria y procesos asistenciales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Álvaro Santos Gómez

Médico de familia, ha desarrollado su trabajo en diferentes puestos directivos, tanto en atención primaria como en hospitales. Su experiencia en la Gerencia de área de Puertollano, donde ha intervenido en la implantación de la gestión de un área única integrada con un modelo de participación ciudadana, se ha convertido en una referencia en el sector sanitario. Ha desempeñado la dirección general de asistencia sanitaria del SESCAM. Es profesor colaborador de diferentes escuelas e instituciones.

Colaboradores

En la corrección del texto final e incorporación de sugerencias ha intervenido con su trabajo y ayuda Ramón Gálvez Zaloña.


Agradecemos asimismo la ayuda paciente de Javier Rey del Castillo, inspirador de este documento.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas.

© Fundación Alternativas

© Agustín Cañizares Ruiz y Álvaro Santos Gómez

ISBN: 978-84-92957-78-1
Depósito Legal: M-42186-2011

Impreso en papel ecológico 

Contenido

Resumen ejecutivo	5
Introducción	7
1. Análisis de la situación de las listas de espera en diferentes países	14
1.1 Principales países de la Unión Europea y Noruega	14
1.2 Otras experiencias sobre listas de espera en países no europeos.....	20
1.3 Tiempos máximos de espera y normas de garantía en estos países	23
1.4 Resumen de los principales rasgos de las características y estrategias de los tiempos de demora en los países de nuestro entorno	24
2. Situación en el Sistema Nacional de Salud español y los diferentes servicios de salud de las comunidades autónomas	26
2.1 Sistema Nacional de Salud.....	21
2.2 Leyes de garantía de tiempos máximos en listas de espera, normas y actuaciones en las comunidades autónomas	31
2.3 Situación de las listas de espera por comunidades autónomas.....	39
3. Estrategias de actuación frente a las listas de espera	48
3.1 Estrategias basadas en el control de la demanda	49
3.2 Estrategias basadas en un incremento de la oferta.....	51
3.3 Estrategias para mejorar las salidas	57
4. Perspectivas de un modelo organizativo para el abordaje integral de las listas de espera	64
4.1 Algunas cuestiones específicas de las estrategias de gestión de los tiempos de espera en el Sistema Nacional de Salud	64
5. Conclusiones y propuestas	73
A manera de epílogo	75
Bibliografía	77
Índice de Gráficos y Tablas	80

Siglas y acrónimos

CC AA	Comunidades autónomas
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
LE	Lista de espera
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
SNS	Sistema Nacional de Salud

Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

Una breve aproximación a su análisis

Agustín Cañizares Ruiz
Médico de familia

Álvaro Santos Gómez
Médico de familia

En España, la Ley General de Sanidad y la Ley de Cohesión y Calidad garantizan a los ciudadanos, de manera universal y equitativa, el derecho a la asistencia sanitaria.

El objetivo de este trabajo es analizar y reflexionar sobre la realidad de la situación de las listas de espera (LE) en nuestro país. La literatura existente ha abordado a través de informes técnicos, artículos, etc., diversos aspectos de las LE que hemos intentado recoger, actualizar y analizar en este documento.

Son evidentes las dificultades que en la gestión y conceptualización de las LE ocasionan los diversos campos que se imbrican en su desarrollo: planificación sanitaria, financiación, sistemas de remuneración e incentivos (negociación con los profesionales), sistemas de información y gestión, tipo y características de la morbilidad atendida, necesidades sociales, etc. En este escenario complejo se producen contradicciones mayores frecuentes y colisión de intereses entre los diferentes actores, algunos no invitados, que intervienen de forma activa en la toma de decisiones sobre las actuaciones a seguir en LE. No debemos, por tanto, abstraer los planteamientos sobre los tiempos de demora en la atención, del sistema en el cual suceden. La LE es un indicador de medida de los resultados en salud de las organizaciones sanitarias.

La evidencia disponible demuestra que la existencia de LE tiene una causa multifactorial y, por tanto, las estrategias centradas solamente en uno o algunos de los factores que aisladamente influyen en su génesis o mantenimiento han demostrado repetidamente sus límites.

A lo largo del documento y en las conclusiones finales se exponen algunas de las líneas de trabajo que deberían permitir un rediseño de las formas de actuación y abordaje de los tiempos de demora. Señalaremos aquí:

- La necesidad de impulsar un conjunto de actuaciones encaminadas a la disponibilidad de un sistema de información y registro de pacientes en lista de espera claro, fiable y transparente. El Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad está obligado a consolidar un sistema de información de tiempos de demora común para todos los servicios de salud. Este modelo debe ser respetado por todas las comunidades y convertirse en un elemento para la reflexión y el abordaje de la investigación en procesos y formas de actuación en tiempos de demora.
- La aplicación de la Ley de garantías de tiempos de espera debe realizarse en todo el territorio para mantener los mismos niveles de equidad en el acceso y utilización. Su aplicación debe ir seguida de una evaluación de resultados junto con el establecimiento de medidas comunes para la financiación de su aplicación.
- El desarrollo de sistemas de priorización que corrijan la falta de definición de criterios específicos de clasificación y permitan una gestión adecuada y coherente basada en necesidades objetivas de los pacientes.
- Una visión integrada como marco idóneo para la incorporación sistemática de las mejores prácticas, la innovación, la coordinación intra e intersistemas, la asunción de nuevas formas de actuación, el acercamiento de la asistencia al entorno natural del paciente, la participación efectiva de profesionales y ciudadanos, etc.

Consideramos que es posible profundizar en un análisis riguroso que permita reformas organizativas y de gestión que propicien, manteniendo las bases esenciales del modelo sanitario: financiación pública, cobertura universal, buena calidad y accesibilidad asegurada y equitativa, una gestión de la LE al diagnóstico y tratamiento que responda a las necesidades reales de los ciudadanos.

La legitimidad social, que hace que el ciudadano esté dispuesto al mantenimiento de un sistema sanitario público, está basada en la capacidad de respuesta a sus necesidades consiguiendo un sistema sanitario seguro, efectivo, eficiente y equitativo. Una LE con unos tiempos de demora adecuados a las necesidades clínicas y sociales de los pacientes es un indicador de buenos resultados y una exigencia ciudadana.

Introducción

El planteamiento habitual en la gestión de la LE adolece de un análisis de profundidad. Sin embargo, existen artículos, documentos, informes, que señalan bien la necesidad de revisar y analizar los diferentes elementos relevantes que intervienen en su desarrollo y mantenimiento. A continuación revisaremos algunos de los conceptos y enfoques habituales en el discurso sobre las LE.

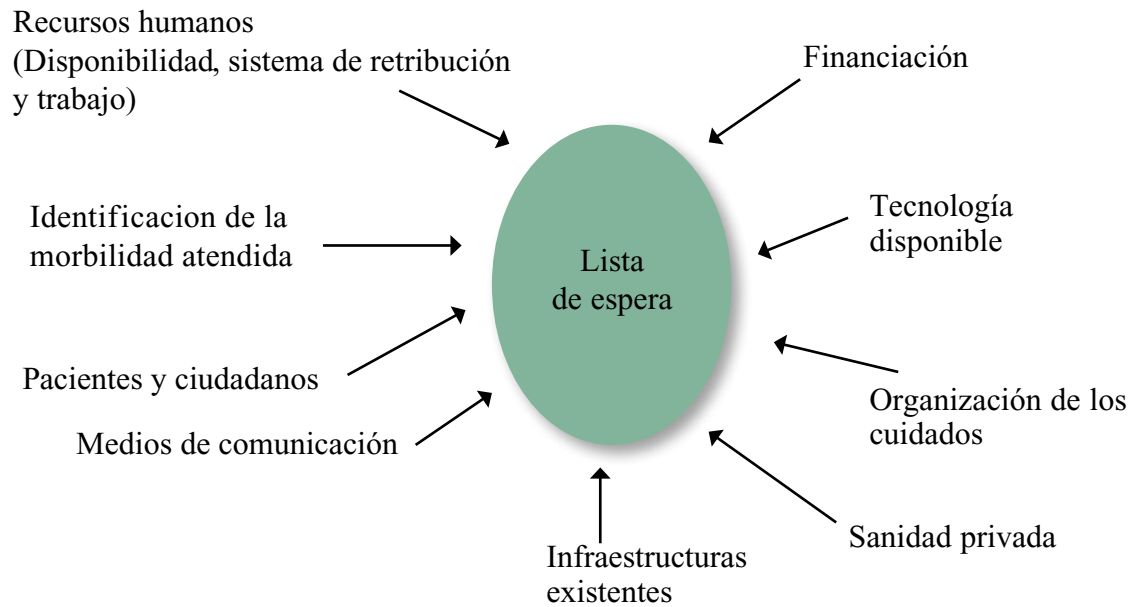
A) La lista de espera como expresión de un problema complejo

Los tiempos de demora en la atención son un indicador de la respuesta de los servicios públicos que expresan su capacidad para proporcionar la asistencia correcta en el tiempo adecuado. Pero además son la expresión de un problema multifactorial donde intervienen de forma importante factores diversos.

Como podemos observar en el Gráfico 1, en las características y configuración de la LE actúan diferentes condicionantes: los recursos humanos existentes, los sistemas de trabajo y retribución, la financiación disponible y su forma de aplicación, la organización del sistema de cuidados y el grado de complementariedad entre atención primaria y especializada, los recursos tecnológicos, la infraestructura y dotación hospitalaria, el sistema de información y registro de lista de espera con disponibilidad o no de identificación de la morbilidad, el papel de ciudadanos y pacientes, los medios de comunicación, el papel y la presión de la sanidad privada, la educación para la salud y el conocimiento disponible por el ciudadano sobre sus procesos de enfermedad.

Sin embargo, el abordaje sistemático y riguroso de estos factores no es el método habitual. Generalmente se opta por utilizar enfoques parciales, a menudo originados en un contexto determinado en el cual se exigen actuaciones a corto plazo. Probablemente esta limitación se deba al papel que las LE juegan como elemento de confrontación de los partidos políticos a favor o en contra de los resultados obtenidos, según su posición de responsable de la gestión o bien de oposición, utilizando los términos de éxito o fracaso. Además en el debate mediático este tipo de afirmaciones son formuladas con el lenguaje habitual carente de cualquier rigor que busca la repercusión en medios periodísticos, que, por otra parte tampoco suelen habitualmente entrar en el análisis. Esta forma de reducir y acortar el análisis está en el fondo de algunos de los aspectos que más negativamente influyen en la gestión de las listas de espera.

Gráfico 1. Factores que intervienen en las listas de espera



Fuente: elaboración propia

Así en España las LE son un tema prioritario, tanto desde el punto de vista social como político, en el que prima más, en ciertas ocasiones, el deseo de ofrecer buenos resultados cuantitativos a corto plazo que la búsqueda de soluciones estables y coherentes con la propia naturaleza de la atención sanitaria.

B) Una aproximación inicial a la definición de lista de espera

En la prestación de los servicios y cuidados sanitarios existen formas de racionamiento implícito y/o explícito de la demanda asistencial, entre las cuales encontramos las LE. Están presentes en gran parte de los países europeos, a pesar de que en Europa coexisten diferentes modelos sanitarios (*beveridge* y *bismarckiano*) con diferentes sistemas de organización, financiación y provisión de servicios. Pero en casi todos ellos, en mayor o menor medida, se ha observado la presencia de LE. Cabe señalar que en la cuantificación de las LE, aquellos países con sistemas nacionales de salud son más explícitos y transparentes.

Cuando observamos las LE para intervenciones quirúrgicas no urgentes financiadas con fondos públicos, es necesario señalar que no afectan a todos los países por igual. Así, mientras que en países como Australia, Canadá, Dinamarca, España, Finlandia,

Irlanda, Italia, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Reino Unido y Suecia constituyen un serio problema de política sanitaria, en otros como Alemania, Austria, Bélgica, Estados Unidos, Francia, Japón, Luxemburgo y Suiza este problema es prácticamente inexistente. Evidentemente porque los modelos sanitarios son diferentes y el proceso de racionamiento y ajuste se realiza por vías distintas.

En el ámbito estrictamente sanitario, las LE pueden definirse como **el conjunto de registros de pacientes que “precisan” una determinada prestación a la que el sistema sanitario no puede dar respuesta de forma simultánea a su prescripción.** Son, por tanto, la “herramienta de gestión” de la que se dota el sistema para, velando por los criterios de equidad exigidos a los sistemas públicos, gestionar “las colas” que genera la necesidad de una determinada intervención quirúrgica, consulta o técnica prescrita por los profesionales sanitarios a los pacientes.

C) Las listas de espera como racionamiento y limitación de recursos

Las LE son, como se afirma habitualmente, el producto resultante de un “disbalance” entre oferta y demanda, pero en el que intervienen diversos factores. Se entiende, a veces de forma reduccionista, que las LE son el resultado de un déficit de capacidad motivado por la insuficiencia de recursos, generalmente ocasionada por la falta de financiación precisa. También se suele añadir desde otro ángulo como factor complementario la gestión inadecuada con falta de productividad y rendimiento de los servicios sanitarios públicos.

Este esquema se convierte en el argumento de la trama de las películas que reponen una y otra vez en el entorno de los servicios sanitarios autonómicos : **“Intolerable situación de desastre de las listas de espera”**. Sin embargo, la complejidad, variabilidad y verdadera naturaleza de las LE no es analizada y revisada, permaneciendo como único dato las grandes cifras de pacientes en lista de espera o los más sofisticados tiempos de espera de demora media. Las discusiones, debates y opiniones que aparecen en los medios habitualmente solamente utilizan esta información con una comparación entre CC AA y en el tiempo. La consecuencia es una transmisión negativa de un problema del que los pacientes y ciudadanos desconocen las claves fundamentales y la repercusión sobre su salud. Como conclusión, los ciudadanos a nivel general consideran que las LE son un problema de falta de recursos y de mal funcionamiento del sistema sanitario. Este razonamiento sorprendentemente coincide con algunas actitudes de responsables políticos que para justificar determinadas decisiones repiten en su discurso sanitario esta argumentación.

Ahora bien, la existencia de LE, como hemos señalado anteriormente, está producida por un gran número de factores que determinan su existencia y magnitud muy relacionados con la oferta y la demanda y el grado de autorregulación entre ambas, así como con los procesos de gestión.

D) Las listas de espera como instrumento de planificación y gestión

Las LE deben responder en el proceso de análisis a un esquema sencillo de preguntas. Un bloque está destinado a responder cuestiones relacionadas con la demanda de servicios sobre la base de criterios basados en la evidencia disponible.

El segundo bloque de preguntas debe dirigirse a la oferta de servicios y a las formas de incrementar la actividad. Pero también debe permitir afirmar o no que el aumento de la oferta es una solución adecuada a la demanda.

Por último, no debemos obviar cuestiones relacionadas con el proceso y finalmente con los resultados obtenidos. El planteamiento de estas cuestiones es un elemento clave para proporcionar un conocimiento adecuado del problema en cada centro, área, región o país.

La finalidad de la lista de espera es la de servir como instrumento de planificación del trabajo. Es, sin duda, un método de organizar la actividad sanitaria. La lista de espera tiene un carácter técnico y los tiempos de demora responden a la necesidad de proporcionar una respuesta estable de actividad en función de las fluctuaciones de la demanda. Existe, por tanto, una demora técnica con tiempos de espera limitados que responde a una gestión adecuada y no supone problemas para el paciente. Se convierte en un problema de mala gestión y pierde su sentido si el número de pacientes es elevado y el periodo de espera se prolonga cada vez más.

La planificación y racionalización de la demanda y la gestión efectiva y eficiente de la oferta son obligación clave de los servicios sanitarios para conseguir resultados adecuados en LE.

E) Las listas de espera y la equidad

Cuando las LE alcanzan un número elevado pueden alterar la equidad de utilización y la equidad en el acceso. Efectivamente, la equidad en el acceso se altera cuando el paciente no puede acceder al servicio asistencial cuando lo precisa.

La equidad de utilización se plantea cuando los pacientes que precisan por razones urgentes, tanto clínicas como sociales, atención adecuada no la reciben antes que otros pacientes en mejor situación. Esta situación puede ocurrir con cierta facilidad cuando la clasificación de pacientes en lista de espera no está basada en criterios de prioridad.

En los servicios sanitarios públicos de las CC AA se vienen registrando tiempos de demora aceptables para aquellas intervenciones quirúrgicas no demorables: cirugía cardíaca programada, cirugía oncológica, etc. Las decisiones de los clínicos actúan como elemento de seguridad. Recordemos el conflicto que se produjo en cirugía cardíaca con intervención de la sociedad científica de la especialidad, por el aumento excesivo de

los tiempos de demora en cirugía extracorpórea y que determinó la fijación de tiempos máximos.

Pero no ocurre siempre así, y en el ámbito de técnicas y sobre todo de consultas la falta de información disponible impide la adopción de medidas parcelares e individuales de los clínicos.

F) Las hipótesis de interpretación de las listas de espera

Además, se interpretan de forma muy diversa, en función de los intereses y el objetivo de quién analiza (FSS-CCOO, 2004). Así, desde el punto de vista de la economía de la salud, se interpretarán las LE como un mecanismo de racionamiento en ausencia de precios y capacidad/disponibilidad a pagar: listas de espera frente a línea de espera. Se plantea así que, en la sanidad privada, el mercado es el que ajusta la relación entre oferta y demanda a través del coste soportado por el paciente.

Desde otro ángulo para los profesionales sanitarios y pacientes en espera, será un indicador de necesidades no servidas o de escasez de recursos. En el caso de los gestores sanitarios, lo verán como indicador de asignación inadecuada de recursos o de baja productividad de los mismos, pero también como un instrumento necesario para la programación eficiente de los servicios sanitarios. Si lo analizan políticos con responsabilidad de gobierno, verán un problema (no tan grave) que ha mejorado “un porcentaje desde que gobernamos”; y si finalmente son políticos sin responsabilidad de gobierno, verán un grave problema y una evidencia incontestable del “fracaso” de la “política” sanitaria del Gobierno.

G) Las listas de espera no representan problemas de carácter homogéneo y uniforme

Por tanto, permanecer en una lista de espera no es necesariamente un problema, aunque puede serlo (Peiró, 2000a y 2000b), y el número de pacientes en espera no tiene, en sí mismo, ningún significado, aunque este dato sea el utilizado de forma reiterada.

Unos pocos pacientes esperando cuatro meses, por ejemplo, para una intervención de cáncer de mama, o confinados en su domicilio por una limitación de visión grave mientras esperan una intervención de cataratas, son un problema grave; por el contrario, cientos o miles de personas con limitaciones de visión menores o esperando la revisión de la agudeza visual que no les impide su actividad habitual son un problema menos importante y, de hecho, muchos de ellos pueden decidir no intervenir.

H) Las listas de espera como expresión de la influencia de los diferentes actores que intervienen en su desarrollo

Pero parece que esta explicación lógica no satisface a la mayoría de los actores que intervienen en la gestión de las LE.

Pues en un número importante de ocasiones, las listas están influenciadas por los responsables políticos para su propio interés y respaldadas por técnicos que ajustan el sistema a la consecución de unos resultados predeterminados. La innovación en este campo es notable: listas inexistentes o desaparición de listas, cambios en los criterios de inclusión, modificaciones en la fecha de inicio de cálculo de tiempo de espera, depuraciones administrativas abusivas, derivación a la sanidad privada con desaparición inmediata de la lista, fraccionamiento en pequeñas listas, etc.

Los profesionales influyen fuertemente, como veremos a lo largo del trabajo, tanto en la demanda como en la oferta. Su papel es clave en la gestión y resultados de la LE. Sencillamente, por ejemplo, un cambio en la indicación determina modificaciones notables en la LE.

Las organizaciones sanitarias y los gestores son responsables de factores ligados a los rendimientos y productividad de los servicios, y su enfoque de la LE condiciona también los resultados.

Los ciudadanos y los pacientes adoptan un papel a través de la demanda y de las expectativas que tienen sobre el sistema sanitario.

D) El enfoque tradicional de respuesta a las listas de espera

La lista de espera se ordena por orden de llegada de los pacientes, en lugar de la mayor o menor necesidad, en los procedimientos. Primero se atiende a aquellas personas con patologías de urgencia vital, después a los pacientes con patologías graves y, en tercer lugar, a los pacientes con patologías ni urgentes ni graves que son clasificados por la fecha de envío.

La respuesta tradicional es ajustar la oferta de recursos (profesionales, quirófanos, consultas) a la demanda existente, pero hay evidencias que apuntan en el sentido de que el aumento aislado de los recursos no es la solución, ya que el tiempo medio de espera parece disminuir, pero la lista se alarga por la cola. (Como luego analizaremos, esto es lo que ocurrió, por ejemplo, en Noruega en la década de los ochenta).

La tendencia a convertir el “exceso de demanda” en tiempo de espera puede variar de un país a otro, como respuesta a las distintas formas de estimular los procedimientos de abordaje de la LE y a la posibilidad de adoptar diferentes umbrales clínicos que regulan la inclusión de pacientes. Descrito de otra manera, la gestión de la demanda puede variar; por ejemplo, en un régimen de pago por contratación donde, sin duda, es preferible para los cirujanos evitar la formación de LE visibles, puesto que ello puede ir en detrimento de que acudan pacientes futuros (en ese caso “el dinero sigue al paciente”).

Por el contrario, en los sistemas que utilizan planes extraordinarios establecidos de forma periódica por la Administración en función de las necesidades (del estado de las LE), se fomenta su existencia, puesto que “el dinero sigue a la lista de espera”.

Serán necesarias, pues, otras medidas de gestión enfocadas al abordaje integral del problema, que analizaremos a lo largo de este trabajo.

1. Análisis de la situación de las listas de espera en diferentes países

Revisaremos a continuación la situación de las LE y las diferentes estrategias y medidas adoptadas. Uno de los trabajos que revisaban este tema de forma amplia y rigurosa fue el Informe Tècnic: Situación y abordaje de las listas de espera en Europa, elaborado por Mireia Espallargues en el año 2000, realizado a iniciativa de la Comisión de Listas de Espera del Parlamento de Cataluña (Espallargues *et al.*, 2000).

1.1 Principales países de la Unión Europea y Noruega

Como hemos apuntado, en Europa coexisten diferentes modelos sanitarios con diferentes esquemas organizativos de la sanidad, resultado de combinar de diferente forma los tres elementos básicos con los que están contruidos todos los sistemas sanitarios: fuentes de financiación –recursos económicos–, proveedores –médicos, hospitales, farmacias, etc.–, y mecanismos de asignación de los recursos a los proveedores.

Los sistemas sanitarios son las formas de organización que la sociedad establece para dar respuesta a los problemas de salud de los ciudadanos con los recursos que puede y quiere destinar a la sanidad. Como señala Lamata, las variables de primer nivel que definen el sistema, cobertura, gasto sanitario total y porcentaje de gasto sanitario público, prestaciones y resultados determinan la naturaleza del modelo.

Un sistema nacional de salud otorga beneficios por el hecho de ser ciudadano y se financia con impuestos generales. Un sistema de seguro social protege a los afiliados y se financia a través de cotizaciones.

En la Tabla 1 podemos observar las principales líneas de abordaje de los tiempos de demora que posteriormente revisaremos en el documento.

En el **informe de la OCDE del año 2003** sobre tiempos de espera en cirugía electiva en doce países de la OCDE (Hurst y Siciliani, 2003), se afirma que “los tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes constituyen un problema de salud pública mayor en prácticamente la mitad de los países de la OCDE”. Se añade que los tiempos

Tabla 1. Abordaje de las listas de espera en países europeos (continúa)

País	Acciones	Resultados
Suecia	<ul style="list-style-type: none"> - Introducción de tiempos de garantía. - Creación de registros nacionales de la lista de espera (cataratas). 	<ul style="list-style-type: none"> - Se reducen las listas de espera tras la introducción, pero por corto espacio de tiempo. - En diciembre de 1996 se llega a los niveles del año 1992-1993.
Dinamarca	<ul style="list-style-type: none"> - Introducción de tiempos de garantía. 	
Finlandia	<ul style="list-style-type: none"> - Publicación de los datos sobre listas de espera (1993). - Introducción de tiempos de garantía (1996). 	
Irlanda	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de choque (<i>Waiting list initiative</i>) en 1993. - Mejora de los sistemas de información. - Establecimiento de un sistema de medida de resultados. - Establecimiento de prioridades de forma explícita y objetiva desde el Gobierno, pero teniendo en cuenta las preferencias de los ciudadanos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción del número de personas en lista de espera hasta 1996 con posterior aumento en 1997 y 1999. - El grupo de revisión efectúa recomendaciones a corto, medio y largo plazo en atención primaria, hospitalaria y geriátrica.
Reino Unido	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de choque (<i>Waiting list initiative</i>) desde 1987 - Introducción de tiempos de garantía (<i>Patient's Card 1991</i>). - Publicación de datos sobre listas de espera para tratamientos hospitalarios (años ochenta) y consultas externas (1994). - Sistema de priorización de pacientes para <i>by-pass</i> coronario y angiografía coronaria. - Establecimiento de un sistema de medida de resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes conocen el tiempo de espera. - Preocupación de los médicos por la posible pérdida de importancia del criterio de prioridad clínica ante la política basada en el número de pacientes y su tiempo de espera. - Posibles problemas legales para los hospitales que pueden ser acusados de negligencia al priorizar enfermos para cumplir el tiempo máximo de espera por delante de otros con mayor necesidad clínica. - Informe del grupo de expertos: <ul style="list-style-type: none"> • Se detectan variaciones considerables entre centros en el número de pacientes dentro de cada categoría de priorización. • Necesidad de mayor transparencia y consenso para asegurar la aplicación del sistema de priorización.
Italia	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema de priorización para intervenciones cardiacas (Padua). - Utilización de la atención sanitaria en otros países (E-112). 	

Fuente: elaboración propia modificada a partir de Esparllargues *et al.*, 2000

Tabla 1. Abordaje de las listas de espera en países europeos

País	Acciones	Resultados
Holanda	<ul style="list-style-type: none"> - Introducción de tiempos de garantía. - Plan de choque y políticas integradoras a medio y largo plazo (Plan estratégico para las listas de espera y <i>Annual Health Care Survey</i>; Ministerio de Sanidad, Bienestar Social y Deportes; 1998-2000) - Aplicación de un método uniforme y coordinado de recogida de datos sobre listas de espera. - Publicación de la lista de espera para atención domiciliaria. - Creación de un grupo coordinador (1999) en atención domiciliaria y residencias. - Actuaciones específicas: <ul style="list-style-type: none"> • Incremento de la capacidad de atención de la enfermería (atención domiciliaria, <i>nursing homes</i> y convalecencia). • Medidas de tipo organizativo encaminadas a mejorar la eficiencia. - Mejora de la información sobre listas de espera. - Establecimiento de un sistema de medida de resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabilización de las listas de espera y reducción moderada en el tiempo medio de espera.
Alemania	<ul style="list-style-type: none"> - Política a largo plazo: se establece la obligatoriedad del seguro de dependencia (<i>Care Insurance Act</i>, 1994) 	<ul style="list-style-type: none"> - Desaparecen prácticamente las listas de espera para residencias geriátricas.

Fuente: elaboración propia modificada a partir de Esparllargues et al., 2000

medios son superiores a varios meses en varios países y en algunos alcanzan años. Se señala cómo los tiempos de espera óptimos varían entre los diferentes países.

Como acciones planteadas se describen las medidas que conciernen a la oferta, reforzando la capacidad del hospital mediante el aumento de recursos humanos y camas disponibles, así como elevando la productividad bien financiando actividades suplementarias, poniendo el acento sobre la cirugía ambulatoria, ligando la remuneración de los médicos y del hospital al volumen de actividad realizada.

Las actuaciones sobre la demanda se refieren, sobre todo, a la clasificación por orden de prioridad de los pacientes en función de la necesidad de intervención.

En el estudio, cuando se revisan los resultados obtenidos, se comentan las mejoras por incremento de la capacidad en Dinamarca, Inglaterra y España. En el caso específico de España, se considera que las ventajas financieras planteadas dentro de los objetivos de INSALUD a partir de 1998 como una de las razones para la mejora de los tiempos de

espera. El informe no explica las características del modelo de financiación, algo que, sin duda, hubiera sido muy útil tanto para la comparación de resultados como para explicar los buenos resultados aparentes.

En Nueva Zelanda, la bajada espectacular de los tiempos de espera fue esencialmente consecuencia de la actuación sobre la demanda: elaboración de directivas clínicas y clasificación por prioridades.

A) Reino Unido

En las LE del *National Health Service* (NHS) están regulados tiempos de garantías: La Carta del paciente (1991) establecía unos tiempos máximos de respuesta (18 meses) para algunos procedimientos quirúrgicos: cadera, rodilla y cataratas. En 1995, se amplía la garantía de tiempos de respuesta a consultas externas de especialista con el objetivo de garantizar que nueve de cada diez pacientes esperen menos de tres meses para acceder al especialista.

En la actualidad, se plantea garantizar tiempos máximos de respuesta de seis meses para intervenciones quirúrgicas, tres meses para consultas externas de especialista y dos días para acudir al médico de cabecera (hoy se puede esperar entre siete y quince días para el médico de cabecera). Así mismo, se plantea derivar pacientes a otros Estados de la Unión Europea para reducir sus LE.

B) Irlanda

Los procedimientos utilizados para el abordaje de las LE se inician con un plan de choque para un número específico de procedimientos quirúrgicos (*Waiting list initiative*, 1993). Deciden tiempos máximos de atención de doce meses en adultos y seis meses en niños. En 1999 se crea un grupo de revisión con el objetivo de hacer diferentes tipos de recomendaciones a corto, medio y largo plazo, debido al aumento de las LE (introducen mejoras en los sistemas de información, establecen un sistema de medida de los resultados, establecen prioridades teniendo en cuenta las preferencias de los ciudadanos).

En el Plan de Salud 2000-2004 se propone como objetivo final tiempos máximos de respuesta de tres meses para consultas externas de especialista. Así, se establecen para el 2002 tiempos máximos de doce meses para adultos y seis meses para niños; en el 2003 serían seis meses para adultos y tres meses para niños, para finalmente en el 2004 el estándar marcado en el Plan de Salud, es decir, ningún paciente por encima de tres meses.

C) Suecia

Fue el primer país en introducir tiempos máximos de respuesta en lista de espera en la atención sanitaria (acuerdo entre el Gobierno y la Federación de Consejos de los

Condados en 1992). De esta forma, se establecieron tiempos máximos de tres meses para doce procedimientos: cirugía cardíaca, artroplastia de cadera y rodilla, cirugía de cataratas, colecistectomía, herniorrafia, cirugía por hiperplasia benigna de próstata, cirugía por prolapso de útero, tratamiento de incontinencia y test de prótesis auditivas.

En un principio, las listas y los tiempos de espera se redujeron, pero por corto espacio de tiempo, ya que en 1996 las listas llegaban a los mismos niveles del año 1992. A finales de 1996 se abandona el tiempo de garantía en su forma original.

D) Dinamarca

Se estableció para las LE tiempos de garantías de tres meses para dos patologías en 1993. En 1995 garantizaban 90 días para algunos procesos, pero no se cumplieron los plazos y no existieron sanciones (ausencia de ley reguladora).

En julio del 2002, el Gobierno promulgó una garantía de dos meses para intervenciones programadas “electivas” no urgentes y garantizó que si no se cumplían los plazos, el paciente podía acudir a cualquier hospital privado.

En la actualidad se habilita un presupuesto adicional que se da a los condados que consigan disminuir las LE y reducir los tiempos. Se utiliza la posibilidad de acudir a países de la UE para reducir lista y tiempos de espera mediante el envío de pacientes.

E) Finlandia

En Finlandia, para la mayoría de los pacientes, el médico del centro de salud es el primer punto de contacto con el sistema de atención sanitaria. Los médicos de centros de salud remiten al 3%-8% de sus pacientes al segundo nivel. Se admiten pacientes directamente a este nivel solamente en casos de accidentes y enfermedades agudas graves.

En 1996 se estableció en las LE una garantía de tres días para acceder a atención primaria, y de siete a quince días para atención especializada. No se establecieron tiempos máximos para tratamientos específicos ni para procesos (en la actualidad pueden existir tiempos máximos para algunos procesos en algunos distritos).

En 1993 se aprobó la *Act on Status and Rights of Patients*, que establece que el paciente tiene derecho a conocer la duración de las LE y puede protestar y presentar una queja si no queda satisfecho.

F) Holanda

En 1990 se establecieron tiempos de garantías con la puesta en marcha del Plan Simón (establece la libre competencia entre los *Sickfunds* y las entidades de seguro privado).

En 1991 se presentó el Informe Dunning (1994), donde la Comisión para las Alternativas en la Atención Sanitaria en el campo de las LE propuso dos recomendaciones que señalamos a continuación:

- La Comisión considera que las LE deben estar basadas, ante todo, en criterios médicos. Estos deben ser hechos públicos y disponibles para su evaluación. Debe establecerse un tiempo de espera límite. Es posible y necesario hacer comparaciones entre las LE y sugerir prioridades para su reducción.
- La Comisión cree que cuando el tiempo de espera o el racionamiento de la asistencia es inaceptable deben revisarse las prioridades. La asistencia menos urgente debe eliminarse del paquete básico definido legalmente para eliminar los problemas de espera y racionamiento.

Las LE representaban un gran problema que muchos achacaban a la escasa dotación y severo control de costes de años anteriores con escasez de personal y recursos materiales, mientras que otros incidían en que el problema radicaba en la carencia de eficiencia en la asistencia sanitaria. En el año 2002 iniciaron un plan de choque con políticas integradoras a medio y largo plazo: método uniforme y coordinado de recogida de datos sobre LE, creación de un grupo coordinador en atención domiciliaria y residencias, publicación de lista de espera para atención domiciliaria, incremento de capacidad del sistema, atención a la incapacidad, atención de enfermería, medidas de tipo organizativo encaminadas a mejorar la eficiencia, mejora de la información sobre LE, establecimiento de un sistema de medida de los resultados, etc.

En la actualidad, se observa una estabilización de las LE con disminución moderada de los tiempos de espera, aunque no hay normas definidas ni garantizadas por ley. Existen una especie de normas llamadas *treeknorms*, formuladas por las partes implicadas (hospitales, aseguradoras y especialistas), que son utilizadas para ofrecer cuidados dentro de tiempos razonables, “siempre que sea posible”.

G) Noruega

El Informe Dunning, anteriormente citado, comenta el caso de Noruega para ilustrar lo que denomina la “magia” de las LE. Efectivamente, durante la década de los ochenta las LE se convirtieron en el elemento central de la política sanitaria noruega. Se consideró que estas eran inaceptables y se invirtió una considerable cantidad de dinero suplementario para conseguir su reducción. Así, en 1984 se dedicaron 15 millones de coronas noruegas para reducir LE en traumatología y ortopedia. En los años sucesivos hasta 1987 se invirtieron cantidades adicionales, incluida la financiación para llevar a pacientes de cirugía cardíaca a otros países europeos. Este enorme esfuerzo concluyó paradójicamente en una escasa disminución de las LE, pese a que se trataban muchos más pacientes. Parecía claro que los problemas de la atención sanitaria no se resolvían, o al menos no solamente, con una financiación extraordinaria y que la oferta influenciaba fuertemente la demanda de

atención. Se señaló ya en ese momento la necesidad de observar de una manera más amplia y crítica las LE.

Posteriormente se han establecido tres directrices en las LE:

- Los pacientes de prioridad primera, urgente, reciben tratamiento de inmediato.
- Los pacientes de segunda prioridad (enfermos graves) tienen garantía de lista de espera y tratamiento antes de tres meses.
- Los demás enfermos deben esperar en lista hasta que se produzcan vacantes (no se especifica tiempo).

En los derechos del paciente establecen que un enfermo remitido al hospital público o especialista tiene derecho a una evaluación de su estado médico a los 30 días siguientes a la petición de la cita, realizando un examen de sus necesidades sanitarias y dándole información sobre cuándo se llevará a cabo el tratamiento.

1.2 Otras experiencias sobre listas de espera en países no europeos

A) Nueva Zelanda

Se han elaborado un conjunto de actuaciones en LE, entre las cuales señalamos:

- Creación de un comité asesor para aconsejar sobre medidas de resolución de las listas de espera y orientar sobre tipos y prioridades de servicios sanitarios.
- Sistema de priorización de la lista de espera (sistema lineal de puntos) para procedimientos evaluados (cirugía de catarata, *by-pass* coronario, artroplastia de cadera y rodilla, colecistectomía, operaciones de tímpano y servicios de fertilización).
- Implementación del *booking system*: los pacientes pueden saber en función de los puntos que tienen el plazo de tiempo en que serán atendidos.
- Plan de choque para modificar el sistema de priorización de la lista de espera y para reducir el tiempo de espera y adaptarlo a las recomendaciones de los expertos.

B) Canadá

Dentro de las actuaciones respecto a LE, se desarrolló un sistema de priorización de pacientes para procedimientos de revascularización coronaria (según acuerdo entre

proveedores y Gobierno): criterios (solo clínicos) establecidos por técnicas de consenso por un panel de 16 cardiólogos y cirujanos cardiacos.

En el informe *VI Maîtriser les files d'attente. Amélioration du roulement des patients* (Nason y Robert, 2009) se describen de forma muy completa los aspectos que hay que considerar en la demanda, la oferta, el proceso, los múltiples niveles y los aspectos transversales. Este documento es el resultado de un encuentro donde se han incluido las perspectivas de profesionales, médicos de familia, especialistas, enfermeras y pacientes, así como del Instituto Canadiense de Información sobre la Salud (ICIS), entre otros participantes (es la sexta edición de unas conferencias que se celebran anualmente en Ottawa que comenzaron en el 2004 como medio de atacar un problema grave para la sanidad canadiense).

Esta metodología de trabajo lamentablemente no se ha desarrollado en nuestro medio y hubiera sido de singular importancia que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, o bien alguna comunidad autónoma, hubieran puesto en funcionamiento iniciativas similares.

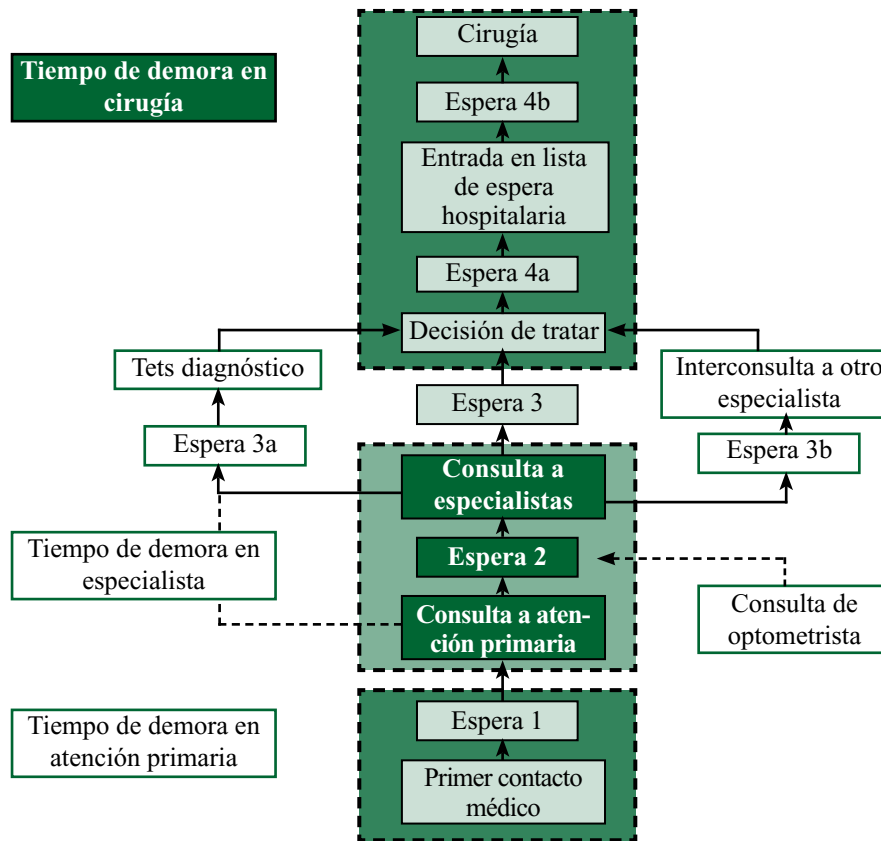
Dentro de las diferentes reflexiones que se recogen en el documento de síntesis interesa destacar algunas por su singularidad e importancia.

Así, Goodhand, desde una perspectiva de paciente, señala que los enfermos tienen su propia percepción individual de los tiempos de demora. Las estadísticas generales no les preocupan, sino la información sobre sus demoras de carácter personal.

La Dra. Sanmartin señala que los tiempos de demora para primera cita con el médico de familia muestran que un 74% de los canadienses no tuvieron la visita en el día solicitado. En atención especializada (consultas, cirugías no urgentes y pruebas diagnósticas), el 42% de los pacientes tienen demoras de dos o más meses. Ha identificado que las mujeres tienen tiempos de demora más largos, así como los pacientes que provienen de médicos de familia.

En el Gráfico 2 se puede observar dónde se producen los tiempos de espera. Como indica el esquema, se producen demoras en tres áreas del recorrido del paciente. Para el enfermo, la carga de intranquilidad y desasosiego comienza cuando se perciben los síntomas de la enfermedad y se incrementa a lo largo del recorrido. Esta sencilla realidad explica la cólera de algunos pacientes que tienen la sensación de tiempos de demora muy largos. En atención primaria los tiempos de espera se refieren a la realización de la primera visita. La segunda área de espera se refiere a la consulta con el especialista, donde se introducen a su vez puntos concretos como el tiempo de espera para otros especialistas y las pruebas diagnósticas. Finalmente, se encuentran los puntos de espera del área quirúrgica, una vez adoptada la decisión de tratamiento.

Gráfico 2. Proyecto LAOC (listas de espera en el oeste de Canadá)



Fuente: elaboración propia a partir de Eddy Nason y Glen Roberts, Raport de Recherches des RCPP, junio 2009, Maîtriser les files d'attente

Otros participantes describen las aproximaciones para poner a punto un sistema de priorización para las referencias que provienen del médico de familia. El proyecto LAOC (listas de espera en el oeste de Canadá) ha establecido la puntuación de priorización mediante un panel de expertos, especialistas y médicos de familia. El panel elaboró criterios ponderados y transformados en puntuación acumulativa de 0 a 100. Sugieren que los sistemas de priorización son una aproximación que permite reducir y mantener cortas LE. Pero se trataría de una más de las estrategias que pueden contribuir a la reducción de las LE. Dentro de los criterios se recogen aquellos que tienen incidencia sobre la vida del paciente.

Otro elemento que considera es el papel de las tecnologías de la información en la gestión de los tiempos de demora, donde se señala su utilidad para el análisis del equilibrio entre oferta y demanda generada por los profesionales.

Una práctica que se analiza en el documento es el arte de saltarse la lista de espera. Es evidente que en nuestro medio este arte adquiere un volumen considerable y en ocasiones puntuales, fenómenos indeseables de facilitación de la entrada a través de la atención privada. Aquí se comenta cómo los pacientes más susceptibles de dedicarse a esta práctica son los políticos, las personas de prestigio y todos aquellos ciudadanos que tienen relaciones personales con los médicos.

C) Australia

Las LE de los hospitales públicos son largas y la espera media para la resolución de una litiasis vesicular es aproximadamente de seis meses a un año en los centros terciarios más importantes, aunque la causa principal no es la falta de recursos materiales, sino la falta de recursos médicos. Se han planteado:

- Sistema de priorización de la lista de espera en la región de Victoria: los especialistas clasifican a los pacientes en tres categorías de acuerdo con criterios de urgencia específicos de la especialidad (urgente, semiurgente y no urgente).
- Cambio en la política de financiación de los proveedores. Los hospitales públicos cambian el sistema de financiación por presupuestos globales a uno basado en el *case-mix*, ligando el reembolso con la actividad, especialmente en relación con la lista de espera.

1.3 Tiempos máximos de espera y normas de garantía en estos países

Analizaremos aquí brevemente la existencia o no de normativa con respecto a tiempos de espera y las características principales desde el punto de vista organizativo de los diferentes países (Tabla 2).

Con respecto al establecimiento de tiempos máximos de acceso, vemos que en Europa tan solo seis países (Suecia, Reino Unido, Irlanda, Holanda, Dinamarca y Finlandia) establecen tiempos de garantías para procedimientos seleccionados. En un principio no se establecen periodos de garantías para consultas externas ni para técnicas diagnósticas.

Tabla 2. Países europeos con referencias a garantías

Europa	Garantía	Procedimientos	Regulación
Reino unido	6 meses 3 meses 2 días	I. quirúrgicas C. externas M. cabecera	Carta del paciente, 1991
Irlanda	3 meses	C. externas	Plan de salud, 2000-2004
Suecia	3 meses	12 procedimientos quirúrgicos	Acuerdo Gobierno-Consejo condados, 1992
Dinamarca	2 meses	Cirugía electiva	Acuerdo presupuestario, 1993
Finlandia	3 días 15 días	Acceso primaria Acceso especializado	Act on Status and Rights of Pa- tients, 1996
Holanda	7 semanas 5 semanas	Hospitalización C. externa	Competencia Sickinds-Seguros privados, 1990

Fuente: elaboración propia

1.4 Resumen de los principales rasgos de las características y estrategias de los tiempos de demora en los países de nuestro entorno

Podemos resumir las diferentes formas de actuación en el planteamiento de las LE en los países de nuestro ámbito en tres tipos básicos, como señala también Sánchez Martínez *et al.* (2008) en:

1. Reducción del tamaño de las LE por la vía del aumento de la oferta o de la moderación de la demanda.
2. Reducción de los tiempos de espera, mediante el incremento de la oferta, cambios en la práctica clínica y utilización de tiempos de garantía.
3. Racionalización de las LE mediante la mejora de los sistemas de información y la aplicación de sistemas de priorización.

Como hemos podido comprobar la introducción de garantías de tiempos de demora ha sido utilizada de forma dispar en varios países de la Unión Europea tanto en el campo

de su utilización: procedimientos quirúrgicos, consultas de especialidades, atención primaria, etc., como en los tiempos máximos fijados.

Se considera en general que la garantía de tiempos demora mejora parcialmente y a corto plazo los resultados de la LE, pero no garantiza realmente la equidad en el acceso si no se establecen criterios de priorización.

Los tiempos de demora en la primera visita en atención primaria se señalan en algunos países, como, por ejemplo, Canadá, donde adquieren una importancia considerable. Se han propuesto alternativas a diferentes niveles: prevención primaria y secundaria, utilización de consultas de enfermería, etc.

2. Situación en el Sistema Nacional de Salud español y los diferentes servicios de salud de las comunidades autónomas

2.1 Sistema Nacional de Salud

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) acordó en el año 2000 la constitución de un grupo de expertos para el análisis de la problemática de las LE y la elaboración de propuestas técnicas.

El grupo de expertos, tras constatar que los criterios de cómputo y medida de las LE variaban de unos servicios de salud a otros, formuló una serie de propuestas para homogeneizar la información. Así, se definieron unos criterios objetivos para el cómputo de pacientes pendientes de consultas externas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas, y para la obtención de datos agregados que cumpliesen los requisitos básicos de disponibilidad, consistencia y facilidad de interpretación.

La Ley de Cohesión y Calidad del SNS de mayo del 2003 planteaba como derecho del ciudadano la asistencia sanitaria en un tiempo máximo de espera y establecía el compromiso del Consejo Interterritorial de establecer unos criterios consensuados para todas las CC AA.

La Oficina del Defensor del Pueblo, en un estudio monográfico sobre la situación de las LE en España (Múgica, 2002), señalaba también que “los datos estadísticos que pueden permitir una aproximación al análisis causal de la dimensión de las listas de espera son escasos, desagregados y, en ocasiones, poco veraces”, y llamaba la atención sobre “la opacidad y falta de suficiente información a los pacientes sobre tiempos de espera”. Ante esta situación, el informe recomendaba que “a fin de establecer conceptos y criterios de medida que permitan disponer de información para el análisis de la situación de las listas de espera en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, se adopten, en el ámbito de cada servicio de salud, los criterios objetivos diseñados y reflejados en el correspondiente informe técnico, por el grupo de expertos del Consejo Interterritorial, respecto a los registros de pacientes y al cómputo, clasificación, medida de la espera y datos e indicadores básicos en consultas externas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas programadas”.

Fueron estas reiteradas recomendaciones del defensor del pueblo y del grupo de expertos, entre otras, las que motivaron la aprobación por parte del Ministerio de Sanidad del Real Decreto 605/2003 (BOE de 23 de mayo), de medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las LE en el Sistema Nacional de Salud, por el que se establecen los criterios, indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en materia de información sobre LE en consultas externas, pruebas diagnósticas y terapéuticas e intervenciones quirúrgicas con el fin de lograr un tratamiento homogéneo en todo el territorio nacional, que permita su análisis y comparativa, así como transparencia y uniformidad en la información facilitada al ciudadano.

Los primeros datos homogéneos recogidos del total de los servicios de salud correspondieron a diciembre del año 2003 y constituyeron la primera información global del Sistema Nacional de Salud sobre LE quirúrgicas.

En marzo de 2010, el Consejo Interterritorial del SNS acordó desarrollar una serie de acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del SNS, entre las que se incluye la necesidad de “mejorar las garantías de los ciudadanos mediante una norma para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del SNS, que incorpore criterios marco acordados en el seno del Consejo Interterritorial, tal como establece la Ley de Cohesión y Calidad del SNS”.

Como podemos observar, el enfoque del SNS sobre LE puede considerarse claramente insuficiente. No se ha logrado un Sistema de Información respetado por todos los Servicios de Salud que permitiera un análisis de datos sobre LE identificando adecuadamente los problemas y proponiendo soluciones comunes para todos los Servicios de Salud. No se han planteado actuaciones sobre la demanda dirigidas a aumentar el conocimiento de los pacientes sobre los procesos de enfermedad. No se ha puesto en marcha una reflexión a nivel de SNS de un sistema de priorización común para todas las CC AA. Como veremos más tarde actuaciones específicas de cada comunidad autónoma pueden poner en riesgo la equidad a nivel del SNS.

Se ha abordado la garantía de tiempos de demora pero de forma tardía, una vez que diversas CC AA habían iniciado ya esta estrategia y sin un consenso de todos los actores implicados.

La situación actual en el SNS adolece, por tanto, de un rigor y trabajo común que pueda permitir un plan de trabajo definido y estructurado en LE.

• Tiempos de demora quirúrgica en el SNS

Los datos disponibles de tiempos de demora quirúrgica existentes en la base de datos del SNS se exponen a continuación en las Tablas 3 y 4.

Tabla 3. Demora media en el SNS por especialidades

Especialidades	30 de junio de 2010		31 de diciembre de 2003	
	N.º de pacientes	Demora media (días)	N.º de pacientes	Demora media (días)
Cirugía general y digestivo	68.950	58	92.020	70
Ginecología	21.086	51	28.997	68
Oftalmología	77.660	54	87.786	69
Otorrinolaringología	29.782	61	33.510	84
Traumatología	101.989	68	106.033	87
Urología	25.913	52	30.325	62
Cirugía cardiaca	2.544	62	2.345	66
Angiología/ Cirugía vascular	10.349	64	10.787	93
Cirugía maxilofacial	5.973	65	5.726	162
Cirugía pediátrica	10.720	71	11.812	77
Cirugía plástica	12.017	84	10.817	83
Cirugía torácica	1.135	46	998	70
Neurocirugía	6.439	72	6.714	96
Dermatología	7.304	41	8.358	113
Total	381.753	61	436.228	77

Fuente: Sistema Nacional de Salud

Como podemos observar, los tiempos de demora por especialidades se han reducido en el 2010 con referencia al año 2003 en todas ellas, pasando de una demora media de 77 días a 61 y disminuyendo el total de pacientes en aproximadamente 50.000.

Cuando este análisis se realiza en función de los procesos quirúrgicos más frecuentes, se observa también una reducción significativa de la demora media del año 2010 con respecto al 2003, como podemos observar en la Tabla 4.

En la Tabla 5 se plantea la actividad relacionándola con la lista de espera. El porcentaje de salidas sobre entradas muestra que las reducciones antes comentadas se han obtenido

Tabla 4. Demora media en el SNS por procesos quirúrgicos más frecuentes

Procesos	N.º de pacientes y demora media en los procesos quirúrgicos más frecuentes			
	30 de junio de 2010		31 de diciembre de 2003	
	N.º de pacientes	Demora media (días)	N.º de Pacientes	Demora media (días)
Catarata	60.608	60	71.504	81
Hernia inguinal/crural	16.551	66	25.659	77
Prótesis de cadera	7.634	86	9.563	132
Artroscopia	16.494	85	14.675	91
Varices de los miembros inferiores	10.691	84	14.157	86
Colecistectomía	9.866	72	9.849	78
<i>Hallux valgus</i>	13.214	109	17.003	266
Adenoamigdalectomía	9.471	70	9.841	78
Hipertrofia benigna de próstata	4.471	69	5.122	71
Quiste pilonidal	3.813	66	6.593	126
Túnel carpiano	8.594	63	8.378	78
Total	161.407	72	192.344	102

Fuente: Sistema Nacional de Salud

Tabla 5. Evolución de la actividad relacionada con la lista de espera quirúrgica

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
N.º total de entradas	652.828	636.323	654.551	679.407	750.130	729.532	709.198
Tasa por 1.000 habitantes	21,120	20,59	21,18	21,44	23,67	23,024	22,38
Nº de salidas por intervención	518.338	508.842	556.596	593.149	637.319	613.376	606.776
Población protegida	30.094.010	30.907.201	31.354.137	31.685.757	32.119.709	32.139.600	32.443.691
% de salidas sobre entradas	79,39	79,96	85,03	87,30	84,96	84,07	85,55

Fuente: Sistema Nacional de Salud

fundamentalmente con incrementos de la actividad, esto es, de la oferta, mientras que las entradas no solo se han mantenido, sino que han aumentado a partir del 2008, como se observa en la evolución de la tasa por mil habitantes protegidos. Probablemente, este “menor umbral clínico” esté relacionado con el mecanismo descrito en los diferentes trabajos citados anteriormente de demanda inducida por la oferta.

En el campo de tiempos de demora en consultas externas, hasta 2006 no figuraban datos en el portal estadístico del Ministerio de Sanidad, Políticas Públicas e Igualdad.

En la Tabla 6 observamos que la demora media no se ha reducido, permaneciendo prácticamente en la misma cifra, pero habiendo aumentado en oftalmología, dermatología, neurología, urología y digestivo.

En cuanto al registro de lista de espera en pruebas diagnósticas, a pesar de que en el RD 605/2003, de 23 de mayo, se señala como objeto del mismo “la implantación de un

Tabla 6. Demora media en consultas externas

	Demora media (días) consultas			
	Junio de 2010		Diciembre de 2006	
	Pacientes por 1.000 habitantes	Demora media (días)	Pacientes por 1.000 habitantes	Demora media (días)
Ginecología	3,06	69	4,64	74
Oftalmología	7,48	63	7,62	61
Traumatología	5,76	44	5,30	44
Dermatología	4,29	51	3,45	44
Otorrinolaringología	2,00	30	1,98	33
Neurología	1,75	62	1,38	49
Cirugía general y aparato digestivo	1,39	35	1,53	39
Urología	1,79	57	1,50	40
Digestivo	1,99	51	1,69	43
Cardiología	1,53	57		
Total	39,84	53	35,41	54

Fuente: Sistema Nacional de Salud

sistema de información en materia de LE para consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas en el Sistema Nacional de Salud”, hoy en día esta información no se ofrece en el sistema de información sobre LE en el Sistema Nacional de Salud (SISLE-SNS).

2.2 Leyes de garantía de tiempos máximos en listas de espera, normas y actuaciones en las comunidades autónomas

En las diferentes CC AA se han desarrollado normativas y planes de actuación sobre las LE, siendo en este sentido destacables las “leyes de garantía” que otorgan al ciudadano el derecho a hacer uso de medios ajenos al sistema. Las Leyes de Garantía marcan las condiciones, en el caso de que la espera supere unos tiempos máximos marcados, siempre y cuando el proceso esté incluido como “garantizado” dentro de la propia norma. Estas actuaciones han sido previas, como señalábamos anteriormente, a la regulación de tiempos de espera realizada por el Ministerio de Sanidad.

En este desarrollo, en el periodo inmediato postransferencial, la situación en España era la siguiente. Hasta el año 2003, tan solo cinco CC AA (Navarra, Cataluña, Valencia, Andalucía, y Castilla-La Mancha) hacían referencia a tiempos máximos de demora. En Andalucía se establecieron mediante Decreto tiempos máximos de demora de seis meses para lista de espera quirúrgica y Decreto de Registro de pacientes en lista de espera quirúrgica (efectivos desde el 3 de octubre de 2002). Navarra, en la Ley Foral 12/1999, de 6 de abril, estableció garantías de tiempos máximos (sin especificar) para regular la lista de espera quirúrgica.

Cataluña introdujo de forma progresiva desde el año 2000 un tiempo de garantía de asistencia para algunas intervenciones quirúrgicas, cuyo tiempo máximo de espera está en seis meses. Así, en el año 2000 se incluyen procedimientos quirúrgicos, como colecistectomía, prostatectomía, liberación del canal del carpo e histerectomía; en el 2001 se añaden cataratas, herniorrafia femoral, artroscopia y circuncisión; en el 2002, varices, vasectomía y prótesis de cadera; finalmente, en el 2003, septoplastia, amigdalectomía y prótesis de rodilla.

Valencia, mediante el Decreto 97/96 adopta medidas excepcionales para eliminar la lista de espera quirúrgica, estableciendo tiempos máximos de 90 días. En la actualidad, el Decreto no es operativo, no existen órdenes de regulación y se encuentra en preparación una regulación de consultas externas para aplicar todas las medidas conjuntamente.

La primera comunidad autónoma que estableció una normativa de garantía de lista de espera de carácter integral abarcando tanto procedimientos quirúrgicos como consultas externas y técnicas diagnósticas es Castilla-La Mancha, mediante la Ley de Garantías de

Atención Sanitaria Especializada para lista de espera quirúrgicas, consultas externas de especialista y pruebas diagnósticas especializadas.

En Aragón, el acuerdo postransferencial con los sindicatos recoge un plan para disminuir las LE donde no se especifican tiempos de demora. En estos momentos están preparando una regulación de tiempos de garantía (poco avanzado).

En el Plan de Calidad 2002 de la Comunidad Autónoma de Madrid se recoge la regulación de tiempos máximos de espera para LE quirúrgica, consultas externas y pruebas diagnósticas, y se propone la creación de un comité de expertos que establezca tiempos máximos por patologías.

En el País Vasco, en comparecencia parlamentaria al inicio de la VII legislatura, el consejero de Sanidad anunció la necesidad de establecer tiempos de garantías para algunos procesos quirúrgicos y anunció que estos tiempos serían regulados por ley.

Entre los objetivos marcados dentro del presupuesto sanitario de Murcia para el 2003 figura la reducción de la lista de espera quirúrgica a 5 meses, 50 días la primera consulta y 30 días las pruebas complementarias.

La aplicación de estas medidas ha sido muy diversa. En alguna comunidad autónoma ha sido solamente una declaración de intenciones. En todo caso, no se disponen de estudios de evaluación sobre los efectos de estas medidas, lo cual es ciertamente sorprendente, sobre todo si se tiene en cuenta la rapidez con que las diferentes CC AA han introducido este discurso. El Ministerio de Sanidad ha reaccionado tardíamente ante el riesgo cierto de que estas actuaciones de las CC AA de carácter diferente y fragmentario pudieran romper la equidad en el SNS.

En la Tabla 7 podemos observar la situación de las CC AA con referencias a los tiempos de garantía en el año 2003.

En la actualidad, Castilla-La Mancha, Cantabria y Navarra son las únicas regiones que disponen de una normativa que regula los tiempos de espera en atención especializada, con rango de ley. En el resto de regiones esta normativa tiene rango de decreto, orden o bien no existe normativa alguna. En Castilla y León existe una Ley de Derechos y Deberes, y en Galicia se garantiza atención quirúrgica como máximo en 180 días en la Ley de Ordenación Sanitaria.

El panorama actual sobre los tiempos que se garantizan es variopinto. Se consideran desde procedimientos en las tres LE consideradas (Andalucía, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Murcia, Navarra y La Rioja), hasta solo algunos procesos en alguna de las listas (Cataluña, Canarias, etc.). La Tabla 8 ilustra la variedad de situaciones entre CC AA.

Tabla 7. Situación de las comunidades autónomas con referencias a los tiempos de garantía, año 2003

Comunidades autónomas	Garantías	Introducción	Procedimientos	Regulación	Desarrollo
Andalucía	6 meses	2002	Lista de espera quirúrgica	Decreto	Sí
Navarra	-	1996	Lista de espera quirúrgica	Ley Foral 12/1996 de 6 de abril	No
Cataluña	Según procedimientos	2002	12 procedimientos quirúrgicos	-	Sí
Valencia	-	1996	Lista de espera quirúrgica Consultas externas	Decreto 99/96	No/ Sí
Castilla-La Mancha	6 meses 2 meses 1 mes	2003	Lista de espera quirúrgica Consultas externas Procedimientos diagnósticos	Ley	Sí

Fuente: elaboración propia

Si realizamos una comparación en las cifras de tiempos de demora garantizados, podemos comprobar que, en la atención quirúrgica, mientras que Valencia garantiza 60 días, Castilla-La Mancha garantiza un plazo máximo de 90 días, Murcia 150, La Rioja 100 y Galicia 180 (Gráfico 3).

En consultas externas, Castilla-La Mancha es la región que garantiza un tiempo menor para consultas externas de 15 días, le sigue Navarra con 30, mientras que La Rioja y Murcia plantean tiempos de 45 y 50 días, respectivamente (Gráfico 4).

Tabla 8. Tiempos de demora en garantía en las comunidades autónomas

Comunidades autónomas	Quirúrgica	Consultas	Procedimientos diagnósticos
Andalucía	180	60	30
Aragón	Algunos procedimientos de 30 a 180		
Canarias	Algunos procedimientos máximo de 150		
Cantabria	180	60	30
Castilla-La Mancha	90	15	7
Castilla y León	120	35	22
Cataluña	Algunos procedimientos máximo de 180		
Extremadura	180	60 (preferentes 15)	30
Galicia*	180 (140 objetivo de gestión)	45	45
Islas Baleares	180 (excluidos algunos procesos)	60	30
Madrid**	30	40	40
Murcia	150	50	30
Navarra	180		
País Vasco***	180		
Comunidad Valenciana	60		

* Objetivo de gestión.

** Objetivo institucional.

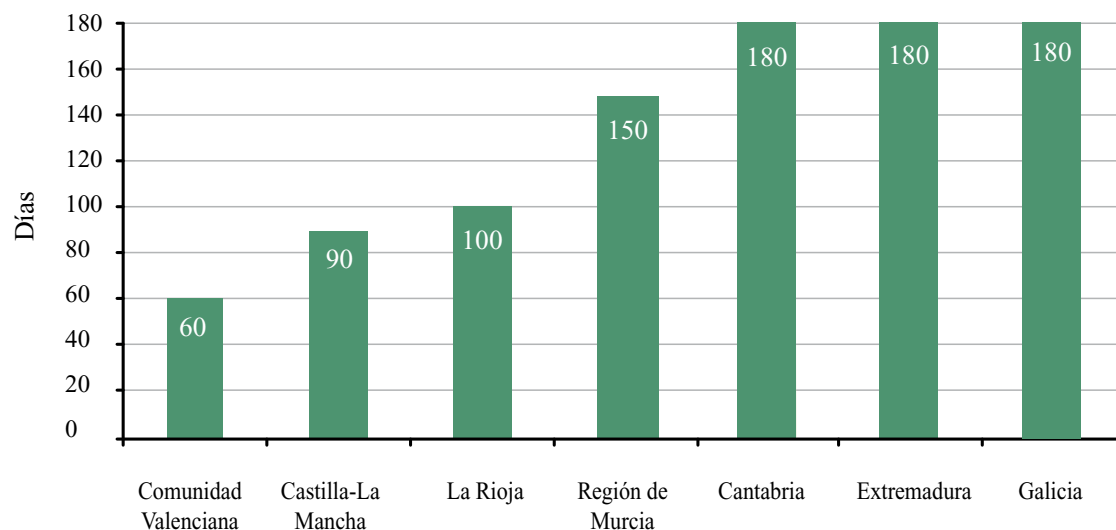
*** Cirugía oncológica, 30 días. Cirugía cardiaca, 90 días.

Cifras expresadas en días.

Fuente: elaboración propia

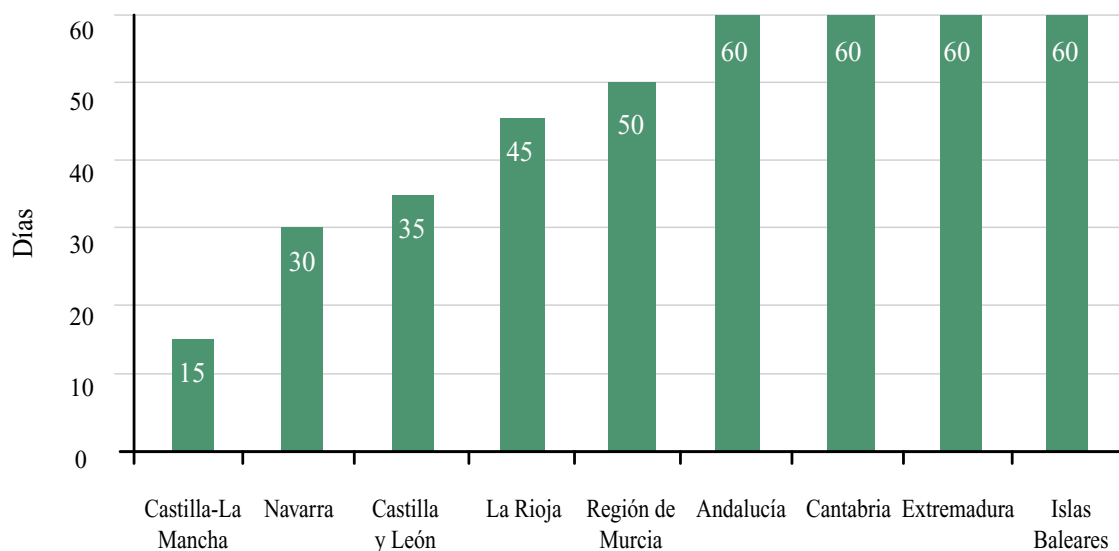
Las pruebas diagnósticas muestran también singulares diferencias: Castilla-La Mancha es la región que garantiza un tiempo menor para realizar pruebas diagnósticas (7 días), mientras que Cantabria, Murcia y La Rioja garantizan 30 días y Navarra 45 días (Gráfico 5).

Gráfico 3. Tiempos máximos de espera quirúrgicos garantizados



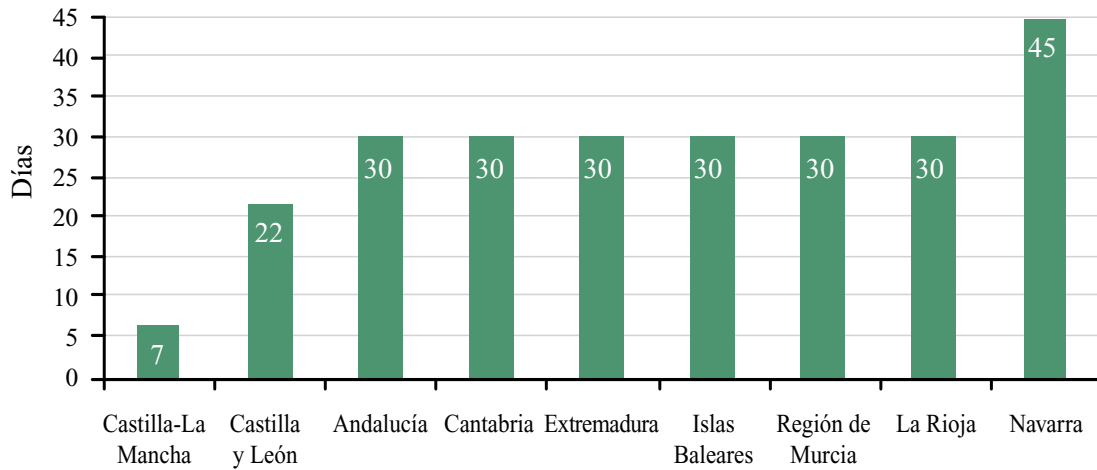
Fuente: elaboración propia

Gráfico 4. Tiempos máximos de espera en consulta garantizados



Fuente: elaboración propia

Gráfico 5. Tiempos máximos de espera en procedimientos diagnósticos garantizados



Fuente: elaboración propia

Tabla 9. Normativa de las comunidades autónomas sobre la garantía de tiempos máximos de espera (continúa)

	Normativa	Normativa sobre la que parten
Andalucía	Decreto 209/2001, de 18 de septiembre (quirúrgica) Orden de 20 diciembre de 2006 Decreto 96/2004 (pruebas diagnósticas y consultas de especialista)	Ley 2/1998, de 15 de junio, de salud de Andalucía
Aragón	Decreto 83/2003, de 29 de abril	Ley 6/2002, de 15 de abril, de salud de Aragón

Fuente: elaboración propia

Tabla 9. Normativa de las comunidades autónomas sobre la garantía de tiempos máximos de espera (continúa)

	Normativa	Normativa sobre la que parten
Asturias	No existe normativa como tal	Existe compromiso del Gobierno de hacer pública la lista de espera quirúrgica todos los meses, según nota de prensa del 22 de febrero de 2010.
Baleares	Decreto 83/2006, de 22 de septiembre	Ley 5/2003, de abril, de Salud de las Islas Baleares.
Canarias	Orden de 15 mayo de 2003 Orden de 17 de noviembre de 2005 Orden de 26 de noviembre de 2006	Resolución aprobada por el Parlamento Canario con motivo del debate sobre el Estado de la Nacionalidad del 23 de octubre de 2002, que garantiza unos plazos máximos de respuesta quirúrgica del Sistema Canario de Salud.
Cantabria	Ley 7/2006, de 15 de junio	Tiene Ley de Garantías.
Castilla y León	Decreto 68/2008, de 4 septiembre	Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud. En la disposición adicional segunda establece el derecho a tiempos máximos y se remite a un posterior desarrollo reglamentario para la regulación de las garantías de demora máxima.
Castilla-La Mancha	Decreto 9/2003, de 28 de enero Decreto 1/2004, de 13 de enero Decreto 8/2005, de 25 de enero Decreto 10/2006, de 31 de enero Decreto 6/2007, de 30 de enero Decreto 8/2008, de 22 de enero	Ley 24/2002, de 5 de diciembre, sobre garantías de atención especializada. Establece la aprobación por parte del Consejo de Gobierno, antes del 31 de enero de cada año, del marco normativo del derecho a garantía, en el que se concretarán los tiempos máximos de espera de respuesta, las prestaciones objeto de garantía, las tarifas máximas y el abono por gastos de desplazamiento del paciente y, en su caso, del acompañante.
Cataluña	Decreto, 354/2002 Orden 203/2004	Decreto 418/2000, de 5 de diciembre, por el que se crea el Registro de seguimiento y gestión de pacientes en lista de espera para procedimientos quirúrgicos, para gestionar sus flujos, su seguimiento y poder garantizar a los ciudadanos un tiempo máximo de espera.
C. Valenciana	Ley 97/1996, de 21 de mayo Decreto, 191/2005 de 16 de diciembre Decreto 15/2007, de 9 febrero (procesos oncológicos)	Ley 97/1996, de 21 de mayo, por la que se adoptan medidas para eliminar las listas de espera

Fuente: elaboración propia

Tabla 9. Normativa de las comunidades autónomas sobre la garantía de tiempos máximos de espera

	Normativa	Normativa sobre la que parten
Extremadura	Ley 1/2005, de 24 de junio	Ley 10/2001, de 28 de junio, de salud de Extremadura
Galicia	Decreto 104/2005, de 6 de mayo	Ley 7/2003, de ordenación sanitaria de Galicia, donde se establece un plazo máximo de 180 días para operación quirúrgica (art. 133, letra u)
Madrid	Dispone de un Plan de reducción de lista de espera que acabó en 2005 y un Decreto 62/2004 de creación de la Unidad Central de Seguimiento y Evaluación y el Registro Unificado de Pacientes del Plan Integral de Reducción de Listas de Espera Quirúrgica	Resolución aprobada por el Pleno de la Asamblea de Madrid, de 12 de febrero de 2004, en la que se acuerda elaborar un Plan Integral de Gestión y seguimiento de lista de espera
Murcia	Decreto 25/2006, de 31 de marzo	
Navarra	Ley Foral 14/2008, de 2 de julio	Tiene Ley de Garantías
País Vasco	Decreto 65/2006, de 21 de marzo	Ley 8/1997, de ordenación sanitaria de Euskadi
La Rioja	Decreto 56/2008, de 10 de octubre	Ley 2/2002, de 17 de abril de salud de La Rioja

Fuente: elaboración propia

La aprobación de leyes que garantizan un plazo máximo de atención en algunas CC AA tiene un valor positivo desde el punto de vista ciudadano, puesto que supone el reconocimiento de un derecho (Tabla 9).

Generalmente, en este tipo de normativa (leyes, decretos, orden...) se otorga al ciudadano el derecho a hacer uso de medios ajenos al sistema, con las condiciones que en ellas se marcan, en el caso de que su espera supere unos tiempos máximos, siempre y cuando su proceso esté incluido como “garantizado” dentro de la propia norma.

La evaluación de los resultados obtenidos con la aplicación de este tipo de normas está pendiente de realizar. No se ha presentado ningún estudio que analice su repercusión sobre los tiempos de demora, ni siquiera sobre el incremento posible de la satisfacción de los ciudadanos con estas medidas.

Considerando aisladamente su efecto, en términos cuantitativos, sobre la reducción de las LE, ha sido escaso o cuanto menos discutible, puesto que la situación y dinámica de las listas antes y después de su aprobación apenas ha variado. Es llamativo el escaso porcentaje de pacientes que, pudiendo hacer uso de su derecho, prefieren esperar para ser vistos en el sistema público. Esto es especialmente aplicable a la espera para intervenciones quirúrgicas, siendo su uso proporcionalmente mayor para consultas y procedimientos diagnósticos. Curiosamente, son consultas de oftalmología, posiblemente relacionadas con agudeza visual, de ginecología con revisiones periódicas planteadas como nuevas citas, y de traumatología las que representan el mayor volumen de aplicación de las normas de garantía.

Por otra parte, los tiempos garantizados de demora se han convertido en “objetivos de gestión de lista de espera” en la mayoría de las CC AA. De manera que los gestores de los hospitales derivan a los pacientes al concierto con entidades privadas, teniendo en cuenta como única variable el tiempo de permanencia en la lista de espera, consiguiendo de esta forma estar dentro de los plazos marcados por la norma. Esto conlleva que se deriven recursos públicos (con la consiguiente pérdida de oportunidad de dotar a la sanidad pública de los recursos necesarios para una solución estable del problema) para la gestión de las LE en la sanidad privada, constituyendo en estos casos la práctica privada, más que una complementariedad, una vía de escape para la pública. Los procedimientos adoptados para esta derivación de pacientes consisten en sistemas de procedimiento negociados con diferentes proveedores privados. El control de calidad y resultados es inexistente o débil, pues el objetivo final es puramente cuantitativo.

Sería necesario estudiar cómo las normas y leyes de garantía afectan realmente al ciudadano y cuáles son sus efectos: ¿Disminuye la ansiedad ante las demoras? ¿Es un instrumento realmente apreciado y utilizado? ¿Quién es el ciudadano que utiliza esta posibilidad? ¿Existen diferencias de utilización en relación con la oferta de servicios sanitarios privados? ¿Qué resultados en salud se obtienen con la aplicación de estas normas? Estas cuestiones y otras similares deben ser analizadas, incluyendo la valoración del gasto incurrido.

Es obligado reiterar que el desarrollo diferente del sistema de garantías de tiempos de demora en LE en las CC AA, como hemos constatado en las tablas anteriores, cuestiona abiertamente la equidad en el SNS.

2.3 Situación de las listas de espera por comunidades autónomas

En cuanto a la información sobre LE, imprescindible para fijar estrategias de conjunto y una toma de decisiones basada en datos claros y transparentes, está aún insuficientemente desarrollada como herramienta de gestión. Este rasgo, como podemos ver, aparece en las distintas CC AA del territorio español.

A la tradicional información que cada cierto periodo se da desde los organismos competentes sobre LE, habría que añadir la publicación periódica de las LE en distintos medios, por ejemplo Internet.

A este respecto, en Europa solamente publican datos sobre LE en la red países como el Reino Unido (www.doh.gov.uk) y Dinamarca (www.im.dk), mientras que en España la información disponible es la que se refleja en la Tabla 10 y que ha sido extraída de las páginas web de las distintas CC AA. No existe, por tanto, una información centralizada que permita obtener información fiable.

En primer lugar, hemos de reseñar la disparidad de información que aparece en las diferentes páginas web de las CC AA. En casi todas encontramos información sobre lista de espera quirúrgica, aunque los datos se ofrecen de manera diferente (agregados, desagregados, solo con referencia a esperas de más de seis meses...). La información sobre esperas de consultas externas hospitalarias y técnicas diagnósticas es aún más variable y ofrecida solo en algunas de ellas.

Tabla 10. Información ofrecida sobre listas de espera en las diferentes comunidades autónomas (abril de 2011)

Comunidades autónomas	Listas de espera quirúrgicas	Listas de espera para consultas	Listas de espera para procedimientos diagnósticos	Fecha
Andalucía	Sí	Sí	Sí	Junio de 2010
Aragón	Sí	Sí	Sí	Diciembre de 2010
Asturias	Sí	-	-	Diciembre de 2010
Cantabria	Sí	-	-	Diciembre de 2010
Castilla-La Mancha	Sí	Sí	Sí	Marzo de 2011
Castilla y León	Sí	-	-	4º trimestre de 2010
Cataluña	Sí	-	Sí	Junio de 2010
Com. Valenciana	Sí	-	-	Diciembre de 2010
Extremadura	Sí	Sí	Sí	Junio de 2010
Galicia	Sí	Sí	Sí	Diciembre de 2010
Madrid	Sí	-	-	Diciembre de 2010
Murcia	Sí	Sí	Sí	Diciembre de 2010
Navarra	Sí	Sí	Sí	Marzo de 2011
País Vasco	Sí	Sí	Sí	4º trimestre de 2010
La Rioja	-	-	-	-
Islas Baleares	Sí	-	-	Diciembre de 2010
Islas Canarias	Sí	Sí	-	Diciembre de 2010

Fuente: elaboración propia a partir de las páginas web de las CC AA

En términos generales, de los tres tipos de lista de espera y con los datos facilitados por las páginas web de cada comunidad autónoma a diciembre de 2009, podemos decir que el País Vasco es la comunidad autónoma con demora media más baja, seguida de Castilla-La Mancha.

En los tiempos de demora en procedimientos quirúrgicos, se pueden observar (Tabla 11) diferencias importantes entre comunidades. La comunidad con mayor demora media en el periodo 2010-2011 es Cantabria, seguida de Cataluña.

Tabla 11. Listas de espera para cirugía

Comunidades autónomas	N.º de pacientes	Demora media (días)		Fecha
		2010-2011	Dic. 2009	
Andalucía* (180 días) (120 días)	51.686 24.486	54 45	90,5	Junio de 2010
Aragón**	-	-		Diciembre de 2010
Asturias	16.454	65	69	Diciembre de 2010
Cantabria	9.677	140,4	156,72	Diciembre de 2010
Castilla-La Mancha**			41,61	
Castilla y León	23.821	45	51	31 de marzo de 2011
Cataluña	53.610	3,97 meses	115,5	Junio de 2010
C.Valenciana	26.174	45	44	Diciembre de 2010
Extremadura	13.182	62	66	Junio de 2010
Galicia	34.343	75,8	79,6	Diciembre de 2010
Madrid	51.191	10,7 60,3 (si rechazan)	37,1	Diciembre de 2010
Murcia	18.750	-	236	Diciembre de 2010
Navarra	7.832	46 (días hábiles)	55	Marzo de 2011
País vasco	16.337	39,76	53,18	4º trimestre de 2010
La Rioja	-	-		-
Islas Baleares	11.993	51,40	62,53	1 de marzo de 2011
Islas Canarias	21.322	-		Diciembre de 2010

* En las regiones con intervalos de demora media, consideramos la demora media como el valor central del intervalo.

** Ofrecen información desagregada.

Fuente: elaboración propia a partir de las páginas web de las distintas comunidades autónomas

La demora en consultas externas resulta más difícil de analizar, dada la falta de datos en varias comunidades y su falta de precisión (Tabla 12).

Esta situación descrita para las consultas se reproduce también en las técnicas diagnósticas (Tabla 13).

Un punto de interés para la valoración de las demoras es conocer su tasa por 1.000 habitantes. Para el cálculo hemos utilizado los datos disponibles en diciembre de 2009 de cada una de las CC AA, extraídos de las páginas web.

Como observamos en la Tabla 14, la comunidad autónoma con una tasa mayor de pacientes en lista de espera quirúrgica es Cantabria, existiendo una gran diferencia entre CC AA. La importante variabilidad de las tasas que se observa sugiere fuertemente problemas en los sistemas de medida que no permiten comparaciones reales.

Tabla 12. Listas de espera para consultas externas hospitalarias

Comunidades autónomas	N.º de pacientes	Tiempo medio (días)		Fecha
		2010-2011	Dic. de 2009	
Andalucía	186.387	39	48	Junio de 2010
Aragón	Desglosados	-		Diciembre de 2010
Asturias	-	-		-
Cantabria	-	-	53,2	-
Castilla-La Mancha	Desglosados	-	32,89	-
Castilla y León	-	-	-	-
Cataluña	-	-		-
Com. Valenciana	-	-	-	-
Extremadura	35.992	30	36	Junio de 2010
Galicia	209.482	66,4	68,9	Diciembre de 2010
Madrid	-	-	-	-
Murcia	43.207	-	-	Diciembre de 2010
Navarra	20.246	19 días hábiles	21	Marzo de 2011
País Vasco	69.583	21,30	27,71	4º trimestre de 2010
La Rioja	-	-	-	-
Islas Baleares	-	-	38,47	-
Islas Canarias	26.581	-	-	Diciembre de 2010

Fuente: elaboración propia a partir de las páginas web de las CC AA

Tabla 13. Listas de espera para procedimientos diagnósticos

Comunidades autónomas	N.º de pacientes	Tiempo medio (días)		Fecha
		2010-2011	Dic. 2009	
Andalucía	19.029	18	23	Junio de 2010
Aragón	Desglosados	-		Diciembre de 2010
Asturias	-	-		-
Cantabria	-	-		-
Castilla-La Mancha	Desglosados		33,04	
Castilla y León	-	-	-	4º trimestre de 2010
Cataluña	144.317	48	46	Junio de 2010
Com. Valenciana	-	-		-
Extremadura	15.662	19	29	Junio de 2010
Galicia	Desglosados	Desglosados		Diciembre de 2010
Madrid	-	-		-
Murcia*	22.456	-	70	Diciembre de 2010
Navarra	Desglosados	Días hábiles		Marzo de 2011
País Vasco	19.870	21,60	15,7	4º trimestre de 2010
La Rioja	-	-		-
Islas Baleares	-	-		-
Islas Canarias	-	-		-

* En las regiones con intervalos de demora media, consideramos la demora media como el valor central del intervalo.

Fuente: elaboración propia a partir de las páginas web de las CC AA

Para técnicas diagnósticas, la información disponible muestra mayor dispersión aún. Las diferencias son agudas entre Andalucía, con 1,60, y Galicia, con 31,40. Es difícil llegar a conclusiones sobre las causas de este hecho. Pueden señalar, como en el caso anterior, problemas derivados de la utilización de diferentes criterios a la hora del registro y no, por tanto, alteraciones del equilibrio oferta/demanda (Tabla 15).

Esta hipótesis de justificación no está soportada por datos objetivos. Cuando analizamos los tiempos de demora en consultas externas, se vuelve a observar el mismo fenómeno descrito anteriormente (Tabla 16).

Tabla 14. Tasas sobre listas de espera quirúrgicas por comunidades autónomas

Comunidades autónomas	Población (1 de enero de 2009)	Lista de espera quirúrgica	
		N.º de pacientes	Tasa por 1.000 hab.
Aragón	1.345.473	3.651	2,71
Com. Valenciana	5.094.675	26.934	5,29
Cataluña	7.475.420	50.705	6,78
Castilla-La Mancha	2.081.313	14.284	6,86
País Vasco	2.172.175	15.536	7,15
Castilla y León	2.563.521	19.607	7,65
Madrid	6.386.932	50.689	7,94
Canarias	2.103.992	20.063	9,54
Andalucía	8.302.923	85.965	10,35
Murcia	1.446.520	16.273	11,25
Baleares	1.095.426	12.376	11,30
Navarra	630.578	7.312	11,60
Galicia	2.796.089	35.318	12,63
Extremadura	1.102.410	14.346	13,01
Asturias	1.085.289	16.090	14,83
Cantabria	589.235	10.528	17,87
La Rioja	321.702		

Fuente: elaboración propia a partir de las páginas web de las CC AA

Como resumen de los datos que hemos revisado anteriormente, podemos obtener algunas conclusiones iniciales. Así, constatamos que la información sobre LE que ofrecen las diferentes CC AA es completamente heterogénea. En algunas CC AA se reduce a la lista de espera quirúrgica y es estrictamente numérica. La calidad de la información es dudosa y resulta aventurado realizar afirmaciones o extraer conclusiones comparativas.

La información aportada sobre LE de consultas y sobre todo de procedimientos diagnósticos se restringe a unas pocas comunidades. Esta falta de datos impide el análisis adecuado de la demora real de los pacientes.

Esta dificultad se agrava, si consideramos que, para mantener los objetivos de LE, se utilizan diferentes “procedimientos” para conseguir los resultados deseados.

Entre los procedimientos para “disfrazar” la realidad de las LE utilizados más comúnmente cabe citar los siguientes (Rodríguez *et al.*, 2007):

Tabla 15. Tasas sobre listas de espera diagnósticas por comunidades autónomas

Comunidades autónomas	Población (1 de enero de 2009)	Lista de espera quirúrgica	
		N.º de pacientes	Tasa por 1.000 hab.
Andalucía	8.302.923	13.300	1,60
Castilla-La Mancha	2.081.313	7.290	3,50
País Vasco	2.172.175	27.755	12,78
Extremadura	1.102.410	14.479	13,13
Cataluña	7.475.420	122.891	16,44
Murcia	1.446.520	25.797	17,83
Cantabria	589.235	12.691	21,54
Galicia	2.796.089	87.785	31,40
Aragón	1.345.473		
Asturias	1.085.289		
Baleares	1.095.426		
Canarias	2.103.992		
Castilla y León	2.563.521		
C. Valenciana	5.094.675		
Madrid	6.386.932		
Navarra	630.578		
La Rioja	321.702		

Fuente: elaboración propia a partir de las páginas web de las CC AA

Tabla 16. Tasas sobre listas de espera para consultas por comunidades autónomas

Comunidades autónomas	Población (1 de enero de 2009)	Lista de espera para consultas	
		Nº de pacientes	Tasa por 1.000 hab.
Baleares	1.095.426	26.852	24,51
Andalucía	8.302.923	210.418	25,34
Castilla-La Mancha	2.081.313	61.903	29,74
Murcia	1.446.520	43.298	29,93
Extremadura	1.102.410	36.183	32,82
Navarra	630.578	23.228	36,84
País Vasco	2.172.175	95.558	43,99
Cantabria	589.235	39.505	67,04
Galicia	2.796.089	214.672	76,78

Fuente: elaboración propia a partir de las páginas web de las CC AA

- Fraccionar listas en cada uno de los pasos necesarios previos a la intervención para que no se refleje la espera real que soporta el paciente.
- Reiniciar el cómputo del tiempo de espera, previo cambio del paciente de una lista a otra.
- No registrar la espera desde la indicación de la intervención, sino una vez pasado un cierto tiempo coincidiendo con alguno de los pasos previos a la misma, por ejemplo: la consulta preanestésica, última consulta con el especialista, tras la finalización de tratamiento de prueba, etc.
- Eliminar de la lista de forma inmediata a los pacientes una vez derivados a centros concertados, en lugar de hacerlo cuando se realiza realmente la intervención indicada.
- Eliminar a los pacientes que rechazan la derivación a centros concertados que pasan a una lista B oculta y no registrada como LE.
- Realizar la inclusión del paciente una vez transcurrido cierto tiempo (realizadas reprogramaciones de consultas o pruebas diagnósticas, etc., mediante agendas sin cita). Esta situación es muy frecuente y su reflejo son frases como “ya le llamaremos para decirle cuándo...”.

Aun teniendo en cuenta que en teoría la información facilitada en las páginas web de las CC AA tiene como finalidad mantener informado al paciente o a los ciudadanos sobre los tiempos de espera para ser atendido en consulta, intervenido quirúrgicamente, etc., en muy pocas ocasiones se constata su utilidad. El paciente no dispone de una referencia real sobre el tiempo de espera que deberá soportar.

Su utilización para cualquier mínimo análisis sobre la aportación de cada comunidad autónoma a los datos globales que ofrece el SNS es prácticamente nula.

En un somero análisis de la información que aportamos, se observan tasas de inclusión en las tres LE estudiadas, difícilmente explicables desde el punto de vista de la evidencia científica, que debe ser objeto de un profundo análisis.

Es evidente que el SNS carece de los sistemas de información que demanda una planificación y gestión lógica, para responder a los objetivos que se pretenden de mejora de los tiempos de demora. De hecho, si las listas se construyen adecuadamente, se controlan, se auditan y se coordinan, deben convertirse en una herramienta de gestión de utilidad en el SNS.

La descentralización sanitaria ha supuesto una pérdida de información para el sistema ocasionada por la falta de una actuación consensuada en el Consejo Interterritorial del SNS que constituyera las bases de un Sistema de Información serio y riguroso dirigido a la investigación de los problemas de salud y en el tema que nos ocupa de la LE. Es difícil pero necesario que se replantee este tema y que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad asuma el liderazgo en la implantación de bases de datos homogéneas sobre LE. Pero también en la definición de criterios de priorización comunes para todo el sistema, realizados a través de un consenso con los profesionales y la participación de los pacientes.

Los indicadores habitualmente utilizados para la medición de los tiempos de demora suelen ser cuantitativos: número de pacientes por proceso, tiempos medio y máximo de espera... Esto, en cierta medida, refleja una prioridad de los gestores (generalmente política), tener “buenos números” en sus diferentes LE, puesto que es el criterio que se introduce en los acuerdos de gestión anual con los centros: cumplir con cifras fijadas de pacientes en demora.

No se analizan los diferentes factores que influyen en la relación demanda/oferta. No se evalúan los resultados obtenidos en términos de calidad y satisfacción del ciudadano.

Evidentemente, no se especifica la financiación destinada a la reducción de los tiempos de demora. Tenemos dificultades sensibles e importantes para conocer la cantidad de dinero destinada directa o indirectamente para el abordaje de las LE.

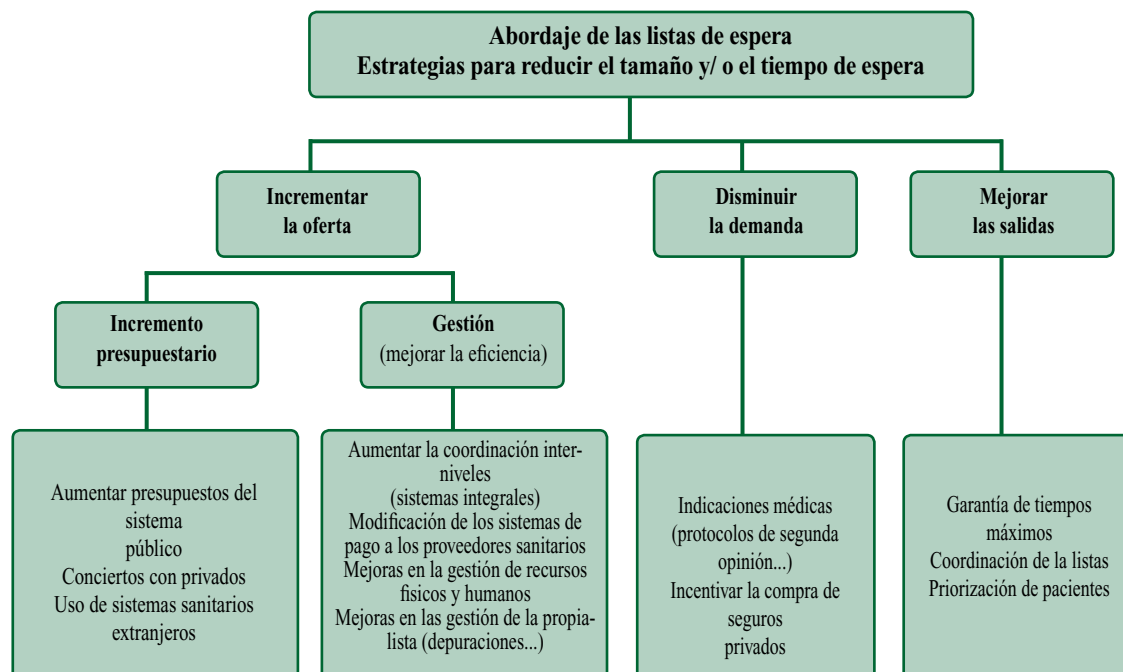
Esta falta de información constituye un grave problema que aflora cuando se plantean recortes en el gasto. La estrategia de algunas consejerías es reducir la actividad fuera de jornada que se dedica a la resolución de lista de espera, aunque no solo a ella, y de la disminución de actividad, calcula el porcentaje estimado de ahorro obtenido. Sin embargo, esta poco consistente manera de abordar la obtención de ahorros no analiza el impacto real sobre la LE, probablemente porque no se dispone de datos ciertos de correlación entre actividad LE y financiación. Se recurre, por tanto, a afirmaciones simples: “la LE aumentará en los próximos meses” como única información al ciudadano.

3. Estrategias de actuación frente a las listas de espera

De forma esquemática, en el Gráfico 6 podemos observar las actuaciones habitualmente planteadas. Estas se refieren al incremento de la oferta a través de medidas de mejoras en la gestión, dirigidas a aumentar el rendimiento y la productividad, o bien aquellas otras dirigidas a disminuir la demanda. Finalmente, se añaden actuaciones dirigidas a incrementar las salidas, mediante criterios de priorización o con el establecimiento de tiempos máximos.

Es imprescindible analizar los tiempos de demora de una forma longitudinal desde la demanda de la atención a los resultados. Por lo tanto, hay que incluir todo el recorrido,

Gráfico 6. Estrategias de actuación frente a las listas de espera



Fuente: elaboración propia

desde la percepción por el paciente de un problema de salud y su demanda de atención hasta la finalización, incluyendo los resultados obtenidos. Este enfoque permite revisar y comprender todos los factores que influyen en los tiempos de demora.

En los tiempos de demora, como ya hemos señalado repetidamente, intervienen de manera clave factores que podemos agrupar de forma gráfica en cuatro áreas:

- Demanda
- Oferta
- Proceso
- Resultados

3.1 Estrategias basadas en el control de la demanda

Tratan de disminuir la presión de la demanda de atención sobre los servicios sanitarios públicos. Aquí debemos preguntarnos sobre dos cuestiones. Por una parte, cuáles son las necesidades de los pacientes y su percepción de los tiempos de espera y, por otra, qué aspectos y factores del sistema sanitario influyen en la lista de espera.

Es necesario insistir de nuevo que la experiencia de los pacientes se inicia en el periodo de sospecha de la enfermedad. Una vez iniciado el proceso de prestación de cuidados, los tiempos de demora se convierten en elementos de ansiedad y temor ante posibles complicaciones o mala evolución de su enfermedad por retrasos en el proceso de diagnóstico y tratamiento.

En este segmento de la demanda pueden intervenir favorablemente las medidas de prevención y sensibilización, así como la disponibilidad de una información personalizada desde el inicio del proceso. Conocemos bien que la demanda fluctúa dependiendo de factores como la época del año, la localización geográfica, las noticias en los medios de comunicación, etc. Las medidas dirigidas a utilizar la información disponible para organizar y gestionar la demanda son herramientas a utilizar.

En el campo de las modificaciones en las indicaciones médicas, los estudios sobre variaciones en la práctica médica demuestran que dos personas con la misma dolencia, residentes en diferentes zonas geográficas, tienen probabilidades distintas de recibir un mismo tratamiento.

La existencia de variabilidad en el diagnóstico y tratamiento en el abordaje clínico de una misma enfermedad sugiere que el conocimiento disponible no se está aplicando de

manera eficaz. La variabilidad de la práctica médica se convierte en un asunto de gestión cuando responde principalmente a diferencias en la actuación de los profesionales sanitarios ante situaciones clínicas similares, y se convierte en un problema cuando conduce a indicaciones inapropiadas de tratamientos e intervenciones.

Esta “variabilidad problema” se ha observado en casi todos los aspectos de las indicaciones médicas (ingresos hospitalarios, indicación de cirugías, prescripción, etc.).

Como factores causales de la existencia de esta variabilidad se consideran un amplio número. Así, se señalan las diferencias en los factores de estructura, organización y volumen de oferta sanitaria que relacionan la dotación de recursos por habitante; la existencia de sistemas de pago que inducen prescripciones excesivas de tratamientos o intervenciones quirúrgicas (por ejemplo, el pago por acto médico o mediante grupos de diagnóstico relacionado); las características propias de cada centro: especialización, tamaño y tipo de centro, etc.; la hipótesis de la incertidumbre. Varios autores (Baptista, 2009) ya señalaban que la lista de espera se genera en parte como consecuencia de la situación de incertidumbre en la que trabaja el médico, consecuencia de la falta de evidencias o de la ignorancia del propio profesional. Por último, la hipótesis de la fascinación tecnológica de Peiró y Bernal (2005), que ha destacado en varios artículos el énfasis en el uso de las propuestas tecnológicas más punteras en detrimento de los procesos más comunes. La relevancia de la variabilidad clínica fue también ya señalaba por el mismo autor (Peiró *et al.*, 1998).

La monitorización del trabajo clínico, con indicadores de adecuación a la evidencia (protocolos, guías o vías clínicas), tendría un papel trascendental en la disminución de la variabilidad clínica, en la mejora de la calidad asistencial y en los resultados en tiempos de demora.

En este mismo sentido, la extensión de programas de segunda opinión y/o la valoración de casos conjuntos (sesiones clínicas...) favorecen un “mejor ajuste” de las indicaciones quirúrgicas a la evidencia científica disponible.

Una alternativa de carácter macro para disminuir los tiempos de demora desde la demanda es la incentivación de la compra de seguros privados por los ciudadanos. Esta es una de las medidas que el consejero de Sanidad de Cataluña propone dentro de su dura política de recortes presupuestarios en la sanidad pública. Evidentemente, este tipo de propuestas rompen el modelo sanitario, pues afectan a dos de sus variables de primer nivel, la financiación y la prestación de servicios.

La incentivación por parte de los Gobiernos para la compra de seguros privados mediante, por ejemplo, desgravaciones fiscales, persigue desviar parte de la demanda hacia la sanidad privada y, por tanto, reducir el volumen total de las LE. Esta estrategia tiene efectos en el modelo sanitario público de profundidad y calado indudablemente

mayor que la propia disminución de las LE, que se utilizan en este caso para otros fines. Sin embargo, este argumento es bien soportado a nivel de los medios de comunicación neoliberales y también de un grupo relevante de economistas de la salud para señalar la necesidad de una reforma que introduzca la sanidad privada.

3.2 Estrategias basadas en un incremento de la oferta

Señalaremos aquí el amplio abanico de propuestas dirigidas a aumentar la oferta como forma de responder a los tiempos de demora.

- **Aumento de la oferta y de la capacidad de respuesta mediante el incremento de recursos destinados a la resolución de los tiempos de demora en los propios centros sanitarios**

Podemos hacer una distinción, clara en lo que se refiere al incremento de recursos, entre los estructurales, de carácter permanente (apertura de nuevos hospitales para aumentar la accesibilidad, ampliación de recursos humanos para ampliar la oferta de especialidades o incrementar el uso de quirófanos, consultas, etc.) y los de carácter coyuntural o puntual, con la intención de reducir las LE en determinados momentos.

Estas estrategias de carácter coyuntural a su vez pueden ser ocasionales (por ejemplo, ante un posible crecimiento de listas no planificados) o periódicas (por ejemplo, planes de choque fijos dos veces al año). Estas últimas acciones son las más usadas en las diferentes CC AA. En general, se aplican dos veces al año para recortar las LE en junio y diciembre, evidentemente dirigidas a mejorar la imagen y responder con un cumplimiento de objetivos de LE.

Los efectos de este tipo de medidas sobre la dinámica de las LE varían en función del tipo de que se trate, aunque, en general, no arrojan resultados positivos. En todo caso, cuando se trata de aumento de recursos estructurales, suelen provocar e ir acompañados de un aumento de la demanda, lo que genera habitualmente un aumento en el número de pacientes en espera. Como ya vimos anteriormente, este era uno de los efectos que ya se comprobaron en la década de los ochenta en Noruega, donde se observó que se obtiene algún efecto en el acortamiento o al menos en la estabilización del tiempo medio de espera de forma puntual y recortada en el tiempo. Esta constatación se confirma en otros trabajos. Así, Hanning y Lundstron (1998) afirmaban que, cuando se trata de fondos de carácter coyuntural, la experiencia, allí donde se han utilizado, demuestra que tienen un efecto inmediato en el acortamiento del número y tiempo medio de espera a corto plazo. Estos efectos desaparecen en cuanto dejan de usarse (generalmente con un efecto de aumento reactivo en ambos parámetros).

Podemos afirmar, por tanto, que el aumento de la oferta no es siempre la solución a las demoras y en algunos casos puede traducirse en un aumento de la demanda. Es necesario un análisis riguroso de los factores que determinan los tiempos de espera en cada caso (obviamente, la excepción es una situación de partida donde los recursos humanos o materiales eran claramente insuficientes, como ocurrió en algunas CC AA en el periodo inmediato postransferencial).

Se ha observado también que este tipo de medidas generalmente llevan aparejadas reducciones en el umbral de necesidad a partir del cual se indica o prescribe un tratamiento o intervención. Esta disminución puede verse agudizada si, además, los médicos tienen incentivos económicos ligados al incremento de la demanda (por ejemplo, pago por actividad).

Por último, señalar el efecto pernicioso que produce la inyección de este tipo de recursos sobre la gestión de los propios centros hospitalarios cuando no se tienen en cuenta criterios de rendimiento de los mismos, pues se destinan fondos a los hospitales con grandes LE, incentivando de forma anómala su mantenimiento. Al mismo tiempo que se consigue desincentivar a aquellos centros en los que las LE son menores como consecuencia de una buena gestión. Esta situación ocurre de forma similar a nivel de servicio y especialidad, generándose tensiones dentro de los profesionales que ven con profundo malestar cómo aquellas especialidades de mayores demoras reciben retribuciones adicionales.

- **Aumento de la oferta mediante la concertación de la prestación de servicios con el sector privado para la resolución de listas de espera**

Se trata de utilizar proveedores privados financiados con fondos públicos para disminuir tanto el número como el tiempo medio de espera (cirugía, consultas, exploraciones...). Este sistema se utiliza de forma amplia en la mayoría de los servicios de salud de las CC AA. Está incluido en la sistemática de trabajo de los servicios de admisión, control y seguimiento de los tiempos de demora que “derivan” pacientes en lista de espera, cuando observan que los objetivos anuales de lista de espera planteados por la Administración al hospital están sobrepasados o en riesgo de incumplimiento.

Esta “derivación” de pacientes se realiza por volumen para conseguir la reducción del número total de pacientes en lista de espera y también, mediante un adecuado *mix* de pacientes en tramos diferentes, de los tiempos de demora media. Habitualmente, el método utilizado es el procedimiento negociado con diferentes proveedores privados, adjudicándose el “paquete” al que cumple los criterios, generalmente el de menor precio, o aquellos proveedores implantados en la región. En ocasiones, este proceso de derivación se da sin conocimiento de los profesionales implicados y, por tanto, sin asumir responsabilidad alguna en su utilización y resultados.

Se producen, además, situaciones perversas que afectan directamente a los pacientes. El rechazo por el paciente de la alternativa privada suele acompañarse de su paso a otra lista paralela, desapareciendo de la lista de espera general (situación que se da en la mayoría de las CC AA españolas). El resultado es una reducción en parte artificial de las LE que afecta tanto al número de pacientes como al tiempo medio de espera. Por otra parte, mediante este sistema se suelen derivar aquellos pacientes de complejidad baja o media que son los habitualmente aceptados por los proveedores, dada su rentabilidad ante el bajo riesgo de complicaciones. Por esta razón permanecen en lista de espera los pacientes de mayor complejidad y que requieren mayores recursos.

Pero lo que tiene una mayor gravedad es la inexistencia de una evaluación de resultados donde se controle tanto la calidad técnica como la satisfacción de los ciudadanos.

La disponibilidad de información económica de la financiación destinada a la utilización de proveedores sanitarios privados es escasa y no hay información disponible a nivel de todo el país. Este es un campo de considerable interés que debía suscitar la revisión y el análisis, además del coste de oportunidad que supone la derivación de dinero público al sector privado en situaciones en que la dotación de recursos humanos o infraestructuras del sector público es insuficiente o cuando los recursos públicos se utilizan de manera ineficiente.

• **Utilización de sistemas sanitarios extranjeros**

Esta estrategia en nuestro medio tiene una repercusión nula. Se comenta aquí por sus posibilidades en un futuro.

En la Unión Europea, hasta ahora, el protocolo denominado E-112 permitía a pacientes no urgentes recibir asistencia sanitaria en otro país miembro (el único país que lo ha utilizado con frecuencia en los años 2000-2003 es Holanda).

El Parlamento Europeo, en su sesión plenaria del 18 de enero de 2011, ha aprobado la Directiva sobre asistencia sanitaria transfronteriza, que regula el reembolso de los gastos ocasionados al recibir tratamiento en otro Estado miembro y establece el marco para el desarrollo de la receta electrónica en la Unión Europea. El objetivo es establecer unas reglas para facilitar el acceso a una asistencia sanitaria transfronteriza segura y de gran calidad en la Unión, así como garantizar la movilidad de los pacientes de conformidad con los principios establecidos por el Tribunal de Justicia y promover la cooperación en materia de asistencia sanitaria entre los Estados miembros.

Las autoridades nacionales podrán exigir una autorización previa cuando los pacientes deban ingresar en el hospital al menos una noche o en el caso de tratamientos especializados.

Los países tendrán que explicar los motivos por los que rechazan una autorización, de acuerdo con una lista recogida en la Directiva. Podrá denegarse el tratamiento cuando suponga un riesgo excesivo para el paciente o la población o cuando haya dudas sobre su calidad. El rechazo de una autorización no puede basarse en la existencia de LE en el territorio nacional.

La falta de experiencias al respecto no permite una valoración sobre su efecto en las LE.

• **Aumento de la oferta mediante la introducción de mejoras en la gestión**

Se intenta un aumento de la productividad y rendimiento de los recursos sin implicar, necesariamente, un aumento de la financiación. En esta línea estratégica se aplican diferentes medidas que afectan a diversos ámbitos de la prestación de cuidados.

En primer lugar, abordaremos aquellas relacionadas con las modificaciones de los sistemas de retribución a los profesionales sanitarios con la introducción de sistemas vinculados a la actividad.

Pretenden conseguir mejoras en la productividad (pagos por proceso). Un ejemplo es el pago prospectivo por grupos de diagnóstico relacionado. Esta modalidad de pago se utiliza con correctores diversos en diferentes países. Sin embargo, en nuestro país su utilización para la financiación de centros y servicios es irrelevante y su empleo se reduce a los análisis comparativos entre hospitales y servicios.

Este sistema de pago puede conllevar graves problemas de eficiencia, ya que premia la actividad hospitalaria independientemente de su necesidad. Los hospitales pueden primar la actividad en aquellos procesos por los que son remunerados de forma más beneficiosa, postergando otros tratamientos e intervenciones con el consiguiente aumento de las LE de estos últimos procedimientos.

En 1997, el Gobierno noruego introdujo una remuneración basada parcialmente en la actividad que cubría aproximadamente un 30% del coste mediante grupos de diagnóstico relacionado, que posteriormente fue ampliado a un 50% en 1999 y a un 55% en 2002. Un estudio referido a la actividad de 48 hospitales entre 1992 y 2000 mostró que esta política de remuneración condujo a un aumento de la actividad. Sin embargo, no existe evidencia sobre modificaciones en los tiempos de espera.

Un segundo grupo de medidas se refieren a los sistemas de incentivación económica por cumplimiento de resultados. En la mayoría de los sistemas públicos de salud, los médicos son asalariados, lo que se considera que tiene repercusiones en su productividad. Este sistema salarial cerrado se considera como desincentivador, puesto que remunera en la misma cuantía al profesional independientemente de su esfuerzo y/o grado de

compromiso con los objetivos del servicio/hospital. Se intenta corregir con la introducción de medidas de incentivación dentro del acuerdo anual de objetivos por el cumplimiento de los mismos. Su repercusión sobre las LE podría teóricamente ser positiva al introducir los tiempos de demora como objetivos de los profesionales y los servicios. No existen apenas publicaciones que analicen este tema con rigor.

Un tercer grupo afecta a medidas planteadas desde la organización de los servicios y los modelos de atención a los ciudadanos. El desarrollo e implantación de unidades de cirugía mayor ambulatoria ha tenido un efecto importante sobre los tiempos de demora. Llama la atención, por un lado, la lentitud con la que se aplican estas unidades y, por otro, la ampliación de los procesos que se pueden atender en estas unidades que permite el desarrollo tecnológico actual.

Sin embargo la cirugía mayor ambulatoria, pese a constituir una estrategia reconocida como la adecuada en la mayor parte de los procedimientos que más frecuentemente forman las LE quirúrgicas, tiene todavía un camino por desarrollar. El porcentaje global de realización de procedimientos quirúrgicos de manera ambulatoria en el SNS alcanza solo el 40,46%.

En este grupo de medidas se incluyen también las denominadas consultas de alta resolución que, con su enfoque de integración entre primaria, especializada y técnicas diagnósticas, deben permitir, mediante la utilización de protocolos definidos, menores tiempos de demora y una información personalizada al paciente. Sin embargo, en nuestro medio es mayor la literatura que la realidad y este tipo de aproximaciones se encuentra lejos de constituir hoy un elemento de respuesta a las demoras.

• Aumento de la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales

Esta estrategia de colaboración en la prestación de los cuidados de salud tiene singulares ventajas desde una perspectiva de trabajo conjunto sobre las LE con un enfoque de complementariedad de actuaciones. Sin embargo, a pesar de los intentos de coordinación entre niveles que se han hecho en España, desde la etapa de gestión de INSALUD (véase INSALUD, 1998) (comisiones paritarias, comisiones de coordinación, objetivos de coordinación en los contratos de gestión anuales, protocolos comunes...) hasta los diferentes intentos de las CC AA, podemos afirmar que, en general, el grado de coordinación conseguido no se ajusta a una integración de actuaciones. En este resultado ha tenido un papel relevante la no incorporación del lenguaje clínico y la inexistencia de factores clave como el reconocimiento interprofesional o el desarrollo de protocolos conjuntos. Han dominado sobre el escenario los elementos administrativos y de gestión que no han sido reconocidos como herramientas válidas al no estar soportados sobre el conocimiento clínico. Los resultados, por tanto, en el aspecto específico de LE son escasos o nulos.

Esto solo sería posible con un cambio profundo en la metodología de trabajo. La incorporación de una atención primaria con verdadera capacidad resolutoria, donde las consultas a los diferentes especialistas estén sometidas a un marco de trabajo conjunto, facilitando así que solo se produjeran en los casos “adecuados” y en las condiciones “adecuadas”, donde, además, se realizara el seguimiento de la mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas.

El efecto perseguido con actuaciones como las consultas de alta resolución o la aplicación sistemática de protocolos consensuados es el aumento de la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria. Desde el punto de vista de las LE, determinan una información clara y explícita para el paciente sobre el recorrido a seguir. Pero también una disminución de la presión sobre los hospitales, con un mejor aprovechamiento de los recursos (tiempo médico, camas, quirófanos...). Existe una relación clara entre el número de personas atendidas en las consultas y el número de inclusiones en lista de espera (intervenciones, derivaciones a otras especialidades, pruebas diagnósticas...) pues la dinámica general que se desencadena provoca la realización de consultas y pruebas sucesivas.

- **Aumento de los rendimientos y del aprovechamiento y gestión de los recursos físicos e infraestructuras disponibles**

Una mayor eficiencia en la utilización de los recursos físicos disponibles puede mejorar significativamente la actividad asistencial. Una mejor gestión de camas, quirófanos, etc., tratando de minimizar los tiempos muertos (rendimientos apropiados), puede mejorar significativamente las LE quirúrgicas. La utilización eficiente de las tecnologías de diagnóstico puede permitir una reducción importante de tiempos de demora.

La aplicación de tecnologías de la información (TIC) permite el aprovechamiento de los recursos tecnológicos y su disponibilidad espacial y temporal.

La introducción de modelos como la reingeniería de procesos en el manejo de la LE ha demostrado su eficacia en la detección de puntos críticos y cuellos de botella en las patologías con tiempos de demora, permitiendo, por tanto, reorientar las actuaciones. Como señalamos anteriormente, en este campo trabajan diferentes grupos de investigación en algunos países.

- **Mejoras en la gestión administrativa de los tiempos de demora**

Diversos estudios publicados señalan que la realización de depuraciones administrativas de la LE demuestra que se encuentran en lista de espera pacientes ya intervenidos, pacientes que ya no desean operarse o incluso personas ya fallecidas. El volumen de pacientes en estas situaciones supone en algunos casos hasta el 20%-30% del total de la lista.

Son, pues, importantes las depuraciones administrativas frecuentes, las llamadas de confirmación de la cita y las auditorías de las listas para comprobar que persiste la indicación. Estas actuaciones, además de tener un efecto real sobre la reducción de las LE, contribuyen a tener una información veraz sobre los pacientes que realmente esperan a ser llamados. Además, a más tiempo de espera más eficaces se revelan estas medidas.

Existen experiencias que muestran la eficacia de la introducción de mejoras en la gestión de la lista. Por ejemplo, en Australia, la aplicación de una serie de medidas para mejorar la gestión de la cirugía electiva obtuvo resultados positivos. Transcurridos 18 meses de la implantación del programa, el número de procedimientos por hora se incrementó un 5,5% y las cancelaciones de la intervenciones quirúrgicas programadas decrecieron un 59%.

La aplicación de herramientas de mejora en la gestión administrativa de la LE es un elemento a considerar en las estrategias de abordaje dirigidas a disminuir la demanda. En este sentido, la disponibilidad de herramientas informáticas que permiten una revisión automatizada está siendo considerada en diferentes experiencias de forma favorable.

3.3 Estrategias para mejorar las salidas

A) Tiempos máximos de espera garantizados

Hemos comentado anteriormente la aplicación de las denominadas leyes de garantía de tiempos de espera o bien las normas que garantizan tiempos y facilitan al ciudadano la utilización de servicios sanitarios privados. Como señalábamos, no existen estudios que evalúen los resultados obtenidos tanto en calidad y satisfacción de los pacientes, como en repercusión en tiempos de demora general. Tampoco existen datos que informen sobre el volumen de recursos económicos utilizados.

Pese a estas limitaciones, puede considerarse que la aplicación de estas normas supone para el enfermo elementos de seguridad y de aumento de su capacidad de decisión. Sin embargo, existen factores importantes, como la falta de información adecuada o la inexistencia de recursos disponibles alternativos en un área geográfica determinada, que pueden alterar su aplicación.

El Real Decreto publicado en el BOE de 29 de agosto del 2011 garantiza el derecho de todos los españoles a tiempos de demora máximos de seis meses para intervenciones quirúrgicas en todas las CC AA. Los servicios de salud autonómicos están obligados, pasado ese plazo, a proporcionar la asistencia en el sistema privado y, cuando no se oferte

esta posibilidad, al reintegro de gastos. El RD prevé un periodo desde su publicación de seis meses de adaptación para los servicios de salud autonómicos.

Es difícil precisar la trayectoria que seguirá la aplicación de este Decreto. Algunos datos ensombrecen una aplicación uniforme en todo el SNS. Como hemos revisado, la situación actual es de una gran variedad en los criterios aplicados. La resistencia de la Comunidad de Madrid a aplicar la normativa anterior sobre criterios de inclusión en lista de espera indica la alta probabilidad de que se produzca el mismo fenómeno. La evolución en Cataluña parece señalar un camino contrario después de la decisión de anular temporalmente los tiempos de demora garantizados. La evolución de las comunidades con gobierno conservador se dirigirán más, posiblemente, como plantea el Sr. Boi Ruiz, a la introducción de la sanidad privada y al estímulo para la contratación de seguros privados que a la consolidación de tiempos de garantía en la sanidad pública.

B) Coordinación de listas

Se trata de centralizar las LE que cubren a los pacientes de todos los médicos de un área concreta y para una especialidad en particular (generalmente quirúrgica) con el fin de obtener una mayor eficiencia y capacidad de responder a un criterio de prioridad relativa.

Para su correcto funcionamiento, tanto la población como los médicos y los gestores necesitan un conocimiento pleno de las listas y tiempos de espera a fin de adoptar decisiones bien informadas.

Para conseguir los efectos positivos de la coordinación de LE, todos los profesionales sanitarios deben comprender la eficacia de esta medida, pero además la seguridad y calidad del modelo debe estar garantizada. Es imprescindible que el planteamiento de una LE centralizada esté soportado por un planteamiento clínico riguroso y consensuado con los profesionales. Si no es así y se trata de centralizar con carácter puramente administrativo, el modelo fracasará. La utilización de LE centralizadas de ámbito de área o territorial conectadas a una red de unidades de cirugía mayor ambulatoria desde un planteamiento clínico ha sido el enfoque que Castilla-La Mancha inició de forma experimental en los dos últimos años.

C) Priorización de pacientes en tiempos de demora

Como ya señalábamos anteriormente y la experiencia internacional (Hadorn y Colmes, 1997) avala, esta estrategia es de singular valor, no solo para reducir los tiempos de demora, sino para garantizar la equidad de utilización. Consiste en establecer sistemas para organizar las LE (primordialmente quirúrgicas) de manera que se atiendan en

primer lugar los pacientes cuya ganancia total sea mayor, entendiendo esta ganancia por paciente en términos de gravedad de la enfermedad, de beneficio esperado u otros condicionantes sociales y económicos. La hipótesis propuesta es que el paciente que espera más tiempo puede no ser el que más lo necesite o mayor beneficio pueda obtener. La solución es incorporar criterios explícitos clínicos, sociales, económicos y funcionales para el establecimiento de prioridades en la LE.

Evidentemente, determinar qué se considera un tiempo de demora inadecuado depende de cada patología y de las características de los pacientes. No es lo mismo que un paciente que sufre fuertes dolores espere tres meses para una determinada intervención de cirugía electiva, o bien que ese tiempo afecte a un paciente que apenas experimenta dolor o esté perfectamente controlado farmacológicamente. Sin embargo, en la práctica común, dentro del conjunto de pacientes que esperan un determinado servicio no urgente, los tiempos de demora en la atención suelen ser similares, a pesar de que los pacientes tengan niveles diferentes de “necesidad”. Esto se debe a que la única variable utilizada para priorizar pacientes, al menos explícitamente, es el tiempo de espera. La forma habitual y predominante de gestionar la lista de espera es aquella en la que se atiende a quien primero llega, por tanto, el orden en el que los pacientes reciben el servicio está determinado por un único criterio, su orden de entrada en la lista.

Desde diferentes ámbitos han empezado a surgir voces críticas en contra de esta forma de gestionar la lista de espera (Fricker, 1999). El tiempo de espera solo puede ser la única variable relevante cuando “no existe” la lista de espera, es decir, cuando, como decimos en párrafos anteriores, el registro de pacientes existente es exclusivamente el necesario para organizar la agenda del paciente y la del servicio médico correspondiente. En caso contrario, no tener en cuenta aspectos como la intensidad de los síntomas o las limitaciones en las actividades de la vida diaria puede estar vulnerando el principio de equidad vertical, dado que pacientes diferentes son tratados de forma igual.

Este hecho es percibido por los profesionales sanitarios que, en su práctica diaria, incorporan implícitamente este tipo de consideraciones a la hora de establecer prioridades, porque dicen “no sentirse cómodos” con un sistema basado únicamente en el tiempo de espera.

Existen suficientes evidencias que ponen de manifiesto que las esperas para determinadas actuaciones terapéuticas no son banales. En mujeres con cáncer de mama radiadas tras extirpación quirúrgica, se encontraron supervivencias libres de enfermedad del 69% cuando la radioterapia se demoró más de cuatro meses. Sin embargo, en aquellas que recibieron tratamiento sin demora, fue del 85%. La supervivencia libre de enfermedad a los ocho años fue del 48% si había demora en el tratamiento con radioterapia y del 71% si no la había. Otros trabajos señalan que los pacientes con más de tres meses de demora quirúrgica veían reducida la supervivencia a los cinco años en más de un 10%.

Pero también existen estudios apoyados en un análisis de publicaciones que revelan sorprendentemente pocos indicios de degradación significativa del estado de salud o un empeoramiento del pronóstico quirúrgico como resultado de la espera para la cirugía no urgente en países donde la demora se alarga entre tres y seis meses. Probablemente la explicación radica en el tipo de patología y la situación clínica de los pacientes de mejor pronóstico clínico.

En resumen, es probable que las personas incluidas en una lista de espera sufran un riesgo adicional derivado del tiempo que media hasta que obtienen tratamiento. Esta afirmación se convierte en certeza cuando se trata de determinados procesos y actuaciones terapéuticas.

Pero, además, no todas las personas en lista de espera tienen las mismas necesidades sociales, familiares, económicas, etc. La repercusión sobre la calidad de vida del paciente y de su entorno familiar puede ser muy diferente.

Por tanto, es necesario *priorizar* de acuerdo con la necesidad clínica (gravedad, urgencia), según el mejor pronóstico de resultados (coste-efectividad), según las necesidades sociales del paciente (grado de dependencia, etc.) y de acuerdo con las necesidades funcionales (reanudación del trabajo, etc).

Para desarrollar sistemas de priorización y plantear criterios es necesaria la opinión y el consenso de los profesionales, pero también es precisa la opinión del paciente y el análisis de las necesidades sociales.

Un sistema de priorización explícito permite garantizar que hay consistencia y transparencia en la provisión de los servicios de atención. La participación ciudadana en el establecimiento de prioridades puede suponer una mayor aceptabilidad y confianza en el sistema.

La primera cuestión a decidir para establecer un sistema de priorización es el ámbito que hay que priorizar. En primer lugar, se plantea la priorización de aquellos pacientes que esperan un mismo tipo de tratamiento concreto y definido. Consiste en ordenar a un grupo de pacientes que están esperando una determinada atención y cuyas situaciones pueden no ser homogéneas. Este sistema puede ser aplicado a cualquiera de los procesos que componen la lista de espera, desde el túnel carpiano a los trasplantes de órganos.

En segundo lugar, se encuentra el abordaje de la priorización de pacientes de diferentes intervenciones. En este caso, se trata de priorizar la lista de espera en su globalidad. Su complejidad reside en que la priorización se extiende a tratamientos e intervenciones diferentes y a ordenar a los pacientes según el grado de urgencia o repercusión dentro de su condición clínica.

Las variables utilizadas en los diferentes sistemas de priorización de pacientes son diversas, siendo en general el método más aceptado el que maneja una mezcla:

- Variables clínicas.
- Tiempos de espera.
- Variables clínicas y tiempos de espera.
- Variables clínicas y variables sociales.
- Variables clínicas, tiempos de espera y variables sociales.

Por último, los sistemas de priorización requieren el establecimiento de un sistema de ponderación de las variables utilizadas. En general, existen dos tipos de sistemas de valoración:

- Sistemas lexicográficos que priorizan en función de una variable y en los que los empates se resuelven con una segunda variable; los empates respecto a esta segunda variable con una tercera, y así sucesivamente.
- Sistemas de puntos que consisten en asignar una puntuación a cada una de las variables que previamente se han seleccionado como relevantes. La prioridad de los integrantes de la lista vendrá determinada por la puntuación total resultante de sumar las puntuaciones parciales obtenidas en cada una de las variables. La ventaja de los sistemas de puntos es que sistematizan y homogeneizan estas decisiones, contribuyendo a la disminución de la variabilidad en la toma de decisiones clínicas. Pueden a su vez distinguirse tres tipos:
 - **Sistema de puntos lineal**, donde la puntuación que reciben los pacientes en la lista de espera se establece como una combinación lineal de los atributos seleccionados como criterios de priorización.
 - **Sistema de puntos no lineal**, donde la puntuación se obtiene mediante una agregación no lineal de los atributos de priorización.
 - **Sistemas mixtos**, que combinan el criterio lexicográfico con el sistema de puntos.

Existen al respecto experiencias muy concretas (Edwards, 1999) como las mencionadas en la primera parte en países como Canadá (en concreto en Ontario), Nueva Zelanda y el Reino Unido. Revisábamos también la estrategia de participación y consenso profesional en la definición de criterios de Canadá, etc.

En Cataluña, a partir del año 2000, tenemos el ejemplo de la priorización de intervenciones de cataratas y de prótesis total de cadera y rodilla según criterios profesionales y sociales elaborados con amplia participación de profesionales y de ciudadanos (pacientes o no), por la Agencia de Evaluación de Tecnología Médica (Espallargues *et al.*, 2004).

Del análisis del conjunto de estas experiencias podemos extraer algunas conclusiones. Para que la priorización funcione y proporcione los resultados esperados, lo que la evidencia demuestra es que debe cumplir algunos requisitos:

- a) El sistema de priorización debe ser *capaz de discriminar* con un número de variables manejable.
- b) Los criterios de priorización deben estar *elaborados por los clínicos* que los van a utilizar.
- c) Los sistemas de información deben permitir una *clasificación rápida* de los pacientes.
- d) Debe haber una posibilidad de *reevaluar a los pacientes* en lista si las condiciones varían.

En un estudio prospectivo multicéntrico realizado en siete hospitales de Cataluña sobre la intervención de prótesis total de cadera, se observó que los pacientes habían llegado al momento de la intervención en un estado clínico de gran variabilidad, siendo así que, utilizando el instrumento de medida del dolor y la función de la cadera que se extendía de 0 (el peor estado de la cadera) a 85 puntos (el mejor estado), los 350 pacientes estaban dispersos a lo largo de toda la curva de puntuación. Por lo tanto, en el momento de la intervención algunos estaban muy mal, otros regular y otros incluso bien. Incluso un 4,3% de los pacientes se había operado con un estado de cadera que se consideró como buena situación (por encima de 65 puntos), lo que apunta a que la intervención no estaba indicada.

Pinto *et al.* elaboraron en el año 2000 un documento sobre el establecimiento de prioridades en cirugía electiva que expone las bases de una posible actuación.

Cabasés *et al.* han planteado en un trabajo publicado en diciembre de 2006 un diseño de priorización por puntos donde incluyen dentro de los criterios el coste de la intervención.

Como ejemplo de las diferentes variables utilizadas en los sistemas lineales de priorización por puntos, reproducimos la tabla elaborada por Sánchez Martínez en el trabajo mencionado anteriormente (Tabla 17). En ella se incluyen los criterios específicos, su identificación y la fuente de las preferencias. Este modelo es un buen ejemplo para su utilización mediante grupos de consenso.

Tabla 17. Propuestas de sistemas lineales de puntos para el establecimiento de prioridades en listas de espera en España

Procedimiento	Criterios (entre paréntesis se especifica el número de niveles definido dentro de cada criterio)	Identificación y selección de criterios	Origen de las valoraciones (fuentes de las preferencias)
Atroplastia de cadera/rodilla	Gravedad (2) Dolor (3) Probabilidad de recuperación (2) Limitación de actividades cotidianas (3) Limitación para trabajar (2) Tener una persona que cuide al paciente (2) Tener alguna persona a su cargo (2)	Técnicas cualitativas: grupos focales de médicos, especialistas, otros profesionales, pacientes y familiares y población general	Médicos especialistas Otros profesionales sanitarios Pacientes y familiares Población general
Cirugía de cataratas	Gravedad: incapacidad visual (4) Probabilidad de recuperación (3) Limitación de actividades cotidianas (3) Limitación para trabajar (2) Tener una persona que cuide al paciente (2) Tener alguna persona a su cargo (2)	Técnicas cualitativas: grupos focales de médicos, especialistas, otros profesionales, pacientes y familiares y población general	Médicos especialistas Otros profesionales sanitarios Pacientes y familiares Población general
Cirugía de varices	Gravedad clínica (3) Recuperaciones en la vida cotidiana (3) Edad (3) Tiempo en la lista (3) Las dos últimas variedades se transforman en continuas mediante una función de ajuste parabólico	Revisión en la literatura médica y encuesta a la población general	Personal sanitario Enfermos o familiares Población general
Prostactectomía en la hiperplasia benigna de próstata (HBP)	Gravedad (2) Molestias (2) Limitación actividades cotidianas (2) Limitación para trabajar (2) Otras enfermedades que agravan la situación (2)	Técnicas cualitativas: grupos normales de profesionales, pacientes, población general (para seleccionar los criterios) Opinión de expertos y revisión de la literatura médica (para establecer los niveles)	Pacientes Población general
Cirugía electiva, en general	Problemas en el estado de salud (4) Mejora potencial en la salud (4) Coste para el servicio de salud (4) Edad (4) Tiempo de espera en la lista (4)	Revisión de la literatura médica y encuesta	Población general

Fuente: Sánchez Martínez et al., 2008

Desde el abordaje de los instrumentos económicos para la priorización de pacientes en LE, San Miguel *et al.* (2008) publicaron un estudio de singular interés completando así las variables y criterios de utilización en la priorización de tiempos de demora.

4. Perspectivas de un modelo organizativo para el abordaje integral de las listas de espera

Los tiempos de demora para la atención no son un “problema aislado” en los sistemas sanitarios y su abordaje requiere una comprensión del contexto general de la atención sanitaria. Es decir, se debe analizar la organización, las indicaciones, la frecuentación, la capacidad del sistema, las tendencias en materia de práctica clínica y otros factores subyacentes que intervienen en los resultados finales y, por consiguiente, en los tiempos de demora.

El análisis realizado de las LE en los diferentes sistemas sanitarios apunta claramente a que su génesis y, probablemente, su estabilización están íntimamente ligadas a los modelos de gestión adoptados. Por tanto, aquellas medidas que mejoren el funcionamiento del sistema sanitario incidirán favorablemente en la disminución de los tiempos de demora y mejorarán la accesibilidad. No debemos, sin embargo, obviar que estas mejoras en la accesibilidad deben ir acompañadas de un mantenimiento e incremento de la calidad de los cuidados.

Los registros de demora son herramientas para la gestión, como afirmamos anteriormente. Pero señalábamos que cuando las demoras en estos registros alcanzan un grado importante, o cuando no discriminan de manera suficiente aquellos enfermos en los que el beneficio puede ser marginal frente a otros que pueden obtener beneficios considerables, pierde consistencia su razón de ser para convertirse en un auténtico problema.

4.1 Algunas cuestiones específicas de las estrategias de gestión de los tiempos de espera en el Sistema Nacional de Salud

El sistema sanitario español presenta características que le diferencian de otros sistemas de países desarrollados, como el escaso desarrollo de la atención sociosanitaria, el elevado número de consultas per cápita, tanto en atención primaria como en especialidades, la elevada tasa de frecuentación de urgencias o el importante peso del gasto farmacéutico en el total del gasto sanitario. Las reflexiones y propuestas de actuación en estos puntos han sido insuficientes y siempre de naturaleza parcelar. No ha existido una visión clara y una formulación de cuáles eran las bases, objetivos y metas finales del SNS en su conjunto.

Esta realidad ha provocado problemas de accesibilidad, descoordinación en los procesos de atención con una fragmentación del sistema y una falta de actuaciones en prevención, tanto primaria como secundaria.

Estos rasgos han agravado la propia capacidad de los servicios sanitarios para proporcionar una respuesta suficiente a la demanda asistencial. Existen, pues, situaciones de espera excesiva para la atención de pacientes tanto en consulta externa especializada como en pruebas diagnósticas y en procedimientos quirúrgicos.

Las estrategias a corto plazo han dominado el escenario de actuación en España y determinan el tipo de respuesta decidido: autoconcertos, concertos, planes de demora, etc. Evidentemente, el objetivo final es la consecución de unos resultados concretos. Este abordaje no plantea, por tanto, medidas que actúen sobre los factores que afectan a la oferta o a la demanda y que estén sustentadas en necesidades evaluadas, explícitas y transparentes. Por esta razón, la implicación de los profesionales es baja y la participación activa y bidireccional de los ciudadanos inexistente.

La manera de abordar este problema ya en la etapa de INSALUD, como exponía la OCDE, fue el incremento de la financiación, consiguiendo así disminuir los tiempos de demora a través del aumento de la actividad, sin modificar ni revisar las bases de actuación. Es necesario recordar que a partir del año 1987 se extiende la utilización de actividad fuera de la jornada habitual para la resolución de las LE. El nombre con el que se designa coloquialmente entre los médicos esta actividad, “peonadas”, ilustra bien tanto el origen (el desarrollo de un conflicto con los sindicatos médicos) como el reconocimiento que suscita entre los profesionales esta actividad. Existe todavía en este momento la convicción de que la lista de espera no es un problema de los médicos sino de la Administración, y al mismo tiempo se considera poco relevante el problema de las LE desde el punto de vista clínico.

La falta de reformas en los sistemas de trabajo y remuneración que hubieran proporcionado un marco estable con responsabilización de los profesionales de los resultados obtenidos se ha convertido en una losa para el sistema sanitario.

Con la finalización del proceso de transferencias, las CC AA han continuado y reforzado esta línea de trabajo. El incremento de los recursos no se ha acompañado de modificaciones sustanciales en las condiciones y métodos de trabajo de los profesionales sanitarios.

Las fórmulas de financiación destinadas a la disminución de las LE son un elemento clave para entender algunos de los problemas y tensiones que se producen en el ámbito sanitario. La actuación sobre las LE se ha entendido habitualmente como un elemento situado fuera del escenario habitual de prestación de servicios.

Para comprender mejor estas fórmulas, expondremos a continuación agrupadamente su diferente tipología:

- **Financiación a través de los contratos o acuerdos de gestión con hospitales y servicios.** Una vez fijada la actividad y rendimiento, se incluye el resto de la demanda con un volumen fijo de retribución adicional a alcanzar. Esta metodología se aplicó inicialmente en Cataluña y se extendió por algunos hospitales.
- **Financiación directa con los profesionales médicos mediante la fijación de precios por acto médico: autoconcertación.** Se negocian con los profesionales médicos precios por acto médico, teniendo en cuenta el tipo de intervención quirúrgica, el tipo de prueba diagnóstica, etc.
- **Financiación directa a la sanidad privada: concierto.** Procedimientos negociados con diferentes proveedores privados donde para un volumen determinado y definido de procedimientos se establece un volumen total de financiación.

Estas fórmulas se han desarrollado con variantes en algunas autonomías y hospitales. Sus características son diferentes, pues responden a dinámicas internas de presión profesional y sindical en los centros, a estrategias de los gestores, a presiones en los niveles de decisión políticos para la mejora y presentación de resultados favorables, etc. Así, los profesionales médicos de cada centro negocian sus propios precios unitarios por acto médico. Los profesionales no médicos, enfermeras, técnicos, auxiliares e incluso celadores reciben una remuneración porcentual sobre el precio fijado para los médicos.

Las diferencias retributivas entre CC AA son notables, pero dentro de cada comunidad los precios entre hospitales son diferentes en función de la capacidad de presión de los profesionales y las alternativas de los gestores.

Alguna comunidad autónoma, como Aragón, ha intentado regularizar precios por acto médico publicando en el boletín oficial de la comunidad un listado de precios para procedimientos en lista de espera.

El impacto de las “peonadas” en las retribuciones de los profesionales es considerable. Una parte de los profesionales hospitalarios reciben en su salario un porcentaje muy importante por actividad fuera de jornada fijada por volumen de actividad y precio unitario por procedimiento (en algunas especialidades quirúrgicas puede alcanzar hasta un 30% de las retribuciones totales).

Evidentemente, esta situación ha desencadenado de forma paulatina una reivindicación en los profesionales que no tenían esta actividad, así como un desánimo considerable en los profesionales más comprometidos con los resultados. Como señala la

Asociación de Economía de la Salud (AES, 2008) “El pago por acto para reducir la lista de espera quirúrgica incentiva comportamientos oportunistas que tienen como consecuencia el incremento innecesario de los tiempos de espera y el riesgo de intervenir a personas que no lo precisan”. De alguna forma se ha quebrado la ética de los profesionales y gestores hospitalarios, introduciendo el pago por acto médico en un sistema retributivo de carácter salarial. La “paz social” ha tenido un alto coste, tanto económico como profesional. Los diferentes servicios de salud de las CC AA no han podido ni, en algún caso, querido modificar el sistema retributivo introduciendo nuevas dedicaciones horarias o elementos ligados al rendimiento o a los resultados. Esta situación condiciona fuertemente el futuro para un abordaje serio y riguroso de los tiempos de demora.

Consideramos que pese a todas las tensiones y dificultades se debe abordar este problema suprimiendo el actual método de retribución por acto médico.

Otro elemento específico de España es la situación de los sistemas de información y registros de LE. A lo largo de este tiempo se han desarrollado de forma importante y de forma más acentuada en los diez últimos años, pero se mantienen todavía diferencias significativas en algunas comunidades como Madrid, que ha venido incumpliendo los criterios y normas para la elaboración del registro de pacientes en lista de espera quirúrgica (la Comunidad Autónoma de Madrid no proporciona datos al SNS desde el año 2005).

Es necesario que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad asuma un liderazgo en este campo, comprometiéndose al desarrollo de un sistema útil para las propias comunidades donde se recojan las investigaciones sobre los factores que influyen en las LE y el compromiso de las CC AA en su participación, análisis y desarrollo.

Parece, pues, obligado plantearse el establecimiento de nuevos escenarios organizativos y de trabajo en los que sea realidad un enfoque integrado de todo el proceso de “atención sanitaria” (procedimientos administrativos, diagnóstico, tratamiento, gestión de datos clínicos, formación y educación sanitaria, etc.).

Sin duda, en el siglo XXI, las tecnologías de la información y la comunicación han de ser un soporte fundamental en el desarrollo de estos nuevos modelos organizativos.

Finalmente, es necesario poner en práctica trabajos de investigación a nivel del SNS para identificar y cualificar los factores relevantes que determinan las LE y evaluar los resultados de la aplicación de los tiempos de garantía en la LE a corto, medio y largo plazo.

Desde un planteamiento como el hasta aquí desarrollado, el mejor abordaje para la gestión de las LE es no resignarse a la inevitabilidad de su existencia y a las actitudes de incremento periódico de la oferta. Es posible un abordaje integral y multifactorial de los tiempos de demora en los servicios sanitarios públicos. La estrategia debe estar basada

en que “más no es mejor”, “lo mejor es hacer lo justo” y solo cuando la evidencia indica que hay que hacerlo. Como hemos señalado, esto solo puede conseguirse introduciendo los cambios necesarios para que el modelo se oriente exclusivamente a las necesidades del paciente, la variabilidad de la práctica clínica esté controlada y las ineficiencias organizativas y de gestión queden minimizadas.

A) El papel central de los profesionales en la gestión de los tiempos de demora

Son, pues, necesarias medidas de gestión que pongan el acento en la adecuación y control de la demanda, la planificación sanitaria con arreglo a criterios de evidencia científica y las buenas prácticas de los profesionales, que son, en último término, los auténticos determinantes del consumo de recursos.

Una cuestión importante cuando hablamos de LE quirúrgicas es el papel de los profesionales. Los clínicos son los que deciden e intervienen en cada paso del proceso de atención y los que finalmente realizan la inclusión. Por lo tanto, son determinantes en la existencia, magnitud y gestión de las LE. La decisión clínica, diagnóstica o terapéutica ocupa el centro del escenario sanitario. Esta decisión debe estar soportada en criterios de inclusión de evidencia científica en la indicación, donde los resultados esperados de cada paciente (efectividad del procedimiento) y los criterios de eficiencia en la utilización de recursos, coste-beneficio y años ganados con calidad de vida adecuada sean adecuadamente utilizados. En el ámbito de los tiempos de demora la priorización por gravedad, probabilidad de mejora y criterios sociales es una obligación ineludible para mejorar el problema de las LE.

Un sistema sanitario funciona bien si quienes asignan la mayor parte de sus recursos, los clínicos, tienen la autonomía, información y los incentivos requeridos para tomar decisiones sobre el coste-efectividad. Esta es una tarea que todo buen profesional debe asumir, tanto por su aspecto ético, de participación en la distribución y asignación equitativa de recursos (inseparable de cualquier decisión clínica), como para una buena organización de su trabajo y una satisfactoria atención a sus pacientes.

Parece suficientemente demostrado en la literatura médica que una parte de la lista de espera se genera por la dificultad de precisar la indicación quirúrgica o diagnóstica. En el Atlas de variación en la práctica médica (Grupo VPM-IRYS, 2005) que se publica con periodicidad pueden observarse las importantes variaciones regionales en los procesos de enfermedad y en la utilización de recursos. Se comprueban variaciones en la tasa de amigdalectomías entre 0,5 y 5 intervenciones por 10.000 niños, o variaciones en la tasa de cirugía de catarata entre 21 y 162 por 100.000 en mayores de 50 años, etc. Estas variaciones no parecen explicarse por motivos distintos de la incertidumbre y de la disponibilidad de conocimiento clínico de los profesionales sobre la efectividad de los procedimientos indicados.

Un trabajo publicado donde se analizaba el efecto de “pensarse dos veces” la indicación de una histerectomía encontró que el decrecimiento anual de la tasa de histerectomías fue de un 26%, mientras que en el grupo control la tasa creció ligeramente (1%) en el mismo periodo. Estos ejemplos ponen de manifiesto la potencial capacidad de intervenir en la puerta de entrada a la lista de espera, la indicación de inclusión, desde la perspectiva del conocimiento clínico de los profesionales

El origen de las diferencias en la toma de decisiones clínicas individuales se puede encontrar en la incertidumbre ante la falta de evidencia científica o el desconocimiento del médico de la existencia de evidencia adecuada sobre alguna intervención diagnóstica o terapéutica. Esta incertidumbre se ve agravada por las presiones externas o institucionales que recibe el médico, así como los recursos y oferta de servicios disponibles.

De la necesidad de disponer de la información precisa y necesaria para tomar decisiones en situaciones de incertidumbre han surgido las guías de práctica clínica diseñadas para ayudar a la resolución de los problemas clínicos dentro de un marco de conocimiento crítico y científico que reduce el margen de incertidumbre. La utilización de guías de práctica clínica (GPC) en el manejo de los procedimientos incluidos en demora es un elemento de singular importancia.

Esta línea de trabajo exige:

- a) Una planificación explícita de la gestión del conocimiento dentro de la organización.
- b) La participación de los clínicos de forma activa en la protocolización de las indicaciones.
- c) Sistemas de evaluación que permitan medir los cambios.
- d) Desarrollo de un plan de formación alrededor de las herramientas de la gestión clínica.

El reconocimiento del papel de los profesionales en la gestión de la LE es clave y debe ir acompañado de la asunción de responsabilidad en los resultados.

B) La gestión integral de procesos. Longitudinalidad y complementariedad

La medicina primaria y especializada trabajan sobre pacientes y procesos comunes. Por lo tanto, es fundamental definir cuáles son los procesos comunes y definir en cada uno de ellos cuáles son las tareas específicas.

La continuidad de la atención al paciente debe estar asegurada mediante el diseño de procesos y el establecimiento conjunto de pautas de actuación. Este planteamiento se

traduce en la planificación del recorrido asistencial del paciente evitando la repetición de pruebas complementarias, de consultas sucesivas innecesarias, etc., causantes de la prolongación en el tiempo y, por tanto, la aparición de demoras en la resolución.

Sin embargo, en la actualidad nos encontramos con un desequilibrio entre los dos niveles, pues la atención primaria ha delegado, en la mayoría de los casos, su función diagnóstica en el hospital, donde se concentra la tecnología y, por tanto, la mayoría de las pruebas diagnósticas. Esta situación ha propiciado que el hospital asuma cada vez más pacientes que deberían ser atendidos en atención primaria, un exceso de demanda en consultas externas, revisiones continuas de múltiples patologías crónicas, etc. Diferentes estudios señalan un estudio realizado en la evaluación de la efectividad clínica de las consultas de medicina interna, tasas de indicación no adecuadas del 15% al 20%. En consultas monográficas, los porcentajes se sitúan en torno al 30%-35%. Es también conocido en el ámbito de las urgencias cifras importantes, de un 29%-30% de visitas a urgencias inapropiadas. Estos datos sugieren que aproximadamente un tercio de las consultas a los especialistas son innecesarias. Cabe pensar que las estructuras actuales no permiten dar respuesta, en el nivel correcto de atención, a un elevado porcentaje de situaciones y que para mejorar su funcionamiento se precisa una reorganización de las formas de atención que aseguren la continuidad del proceso.

Los datos corroboran que en la actualidad el número de consultas que se realiza en el sistema sanitario público es elevado. En el 2008 arrojaron un total de 224.962.865 consultas de medicina familiar y comunitaria, con una frecuentación registrada en medicina familiar por persona asignada/año de 5,56, y de 79.614.279 en atención especializada, con una frecuentación registrada en consultas externas de atención especializada por 1.000 hab./año de 1.746,18)¹.

Es necesario señalar la relación estrecha que existe, en la mayor parte de especialidades quirúrgicas, entre el número de consultas y las inclusiones en lista de espera quirúrgica. Este dato aparentemente obvio se convierte en sorprendente cuando se observa que la curva es ascendente y que la tasa de indicaciones aumenta a medida que aumentan las consultas.

C) Cambios en la morbilidad atendida y tiempos de demora

Una adecuada planificación sanitaria precisa conocer la morbilidad de la población, usando agrupadores que clasifiquen los pacientes por severidad y nivel de gravedad para elaborar el conjunto mínimo básico de datos poblacional. Este proporciona el conocimiento del perfil epidemiológico de la población de referencia necesario para la

¹ Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), Información estadística de hospitales: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

predicción de la demanda de servicios sanitarios, la mejor aplicación de programas de calidad, el desarrollo de programas de prevención y la gestión clínica integrada.

En los próximos años continuará la transición epidemiológica, aumentando las enfermedades crónicas y las patologías ligadas al envejecimiento. La organización de los hospitales y centros de salud está orientado a la atención de patología aguda, cuando la realidad es que al menos el 60% de lo que se atiende en los hospitales y el 80% de lo atendido en primaria es patología crónica.

Tenemos, por tanto, que adoptar un enfoque diferente adaptado a los cambios, donde además del objetivo de curar, se incorpore el objetivo de cuidar, de mantener y recuperar funciones, de rehabilitar. Aparece la necesidad del cuidado a lo largo de toda la vida y a lo largo de los diferentes procesos de la enfermedad.

Este nuevo enfoque requiere fórmulas organizativas diferentes. Se requieren organizaciones que garanticen una continuidad sanitaria y social donde las necesidades sanitarias y sociales queden bien definidas para cada paciente. En esta nueva organización, la atención primaria, la geriatría, la atención especializada y los servicios sociales forman un *continuum* sanitario y social. La utilización de las tecnologías de la comunicación para el seguimiento y control de los pacientes, el papel de la enfermería y otras profesiones son elementos que deben intervenir de forma planificada.

La garantía de continuidad asistencial es el fin perseguido en una cartera de servicios orientada a procesos asistenciales y centrada en el paciente y sus necesidades, permitiendo, de esta forma, la gestión adecuada de los recursos disponibles.

Para su implantación es necesario trazar una estrategia adecuada, basada en:

- El paciente como eje del sistema.
- Acometer cambios organizativos (horizontalizar la gestión).
- Utilizar las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC).
- Establecer un “modelo de gestión basado en los procesos” (rutas asistenciales).
- Implicación de profesionales y ciudadanos en la gestión.

La gestión clínica se entiende, por tanto, como “el plano en el que convergen las buenas prácticas médicas y asistenciales con las buenas prácticas de gestión”. Bajo este punto de vista, se pretende dar una perspectiva que permita a los médicos entender el *clinical governance* como un elemento clave de las políticas sanitarias, que responde al reto de eficiencia y calidad al que se enfrentan los sistemas sanitarios.

Este tema ha sido estudiado ampliamente por José Jesús Martín en un documento de trabajo publicado por la Fundación Alternativas en el 2003.

Este contexto afecta a la LE, que se convierte en una medida de la calidad de los servicios.

D) Tecnología diagnóstica y terapéutica y tiempos de demora

La tecnología está adquiriendo una importancia considerable en el proceso de atención y tanto los profesionales como los propios ciudadanos consideran la inclusión de nuevas tecnologías como un elemento a utilizar sin restricciones. El papel de la tecnología adquiere una importancia singular, pues modifica los procedimientos organizativos y sistemas de respuesta sin que los servicios sanitarios hayan iniciado una reflexión sobre el alcance de la implantación de una determinada tecnología. Como ejemplo, Williams *et al.* (1996) exponen el impacto de la resonancia en la lista de espera de artroscopia de rodilla.

Es necesario establecer bien las indicaciones en el uso de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas para cada proceso y evaluar y revisar las actuaciones. El uso indiscriminado de la tecnología agrava sensiblemente los tiempos de demora. La solicitud de una ecografía o una resonancia magnética no indicada aumenta los tiempos de demora general y el recorrido del enfermo, con el aumento de la ansiedad que esto significa.

E) Gestión de las listas de espera y participación ciudadana

Es necesario ampliar la institucionalización de la participación ciudadana en la gestión de los servicios de salud mediante un modelo de participación activa basado en la democracia deliberativa (Bleda *et al.*, 2008). Para que la participación sea lo más efectiva posible se requiere un doble aprendizaje: la Administración tiene que ceder poder y los ciudadanos tienen que aceptar la responsabilidad.

Los ciudadanos deben tener una información y comunicación permanente. Han de ser formados adecuadamente en salud y conocimiento de los procesos de enfermedad. A una mayor formación, correspondería una mayor eficacia y eficiencia en la participación, y una mayor corresponsabilidad (este es el sentido de las denominadas escuelas de salud, todavía en fase inicial en nuestro medio).

El aumento de la participación individual en el diseño de los criterios de priorización de LE va asociado a una mejora en las respuestas obtenidas por el ciudadano e indica un aumento de su confianza (Santos *et al.*, 2009a y 2009b). Es fundamental su participación en la definición de los criterios en las diferentes enfermedades y en la valoración de las necesidades sociales.

El objetivo es lograr que la ciudadanía se implique lo más posible en la gestión, en las tomas de decisiones colectivas (priorización, asignación de recursos y diseño de los servicios de salud) y con capacidad de influir realmente en los órganos ejecutivos².

2 Decreto 61/2007, de 15 de mayo de 2007, de ampliación de los órganos de participación del Área de Salud de Puertollano (Diario Oficial de Castilla-La Mancha núm. 104, de 18 de mayo de 2007).

5. Conclusiones y propuestas

- Los tiempos de demora y las LE expresan el resultado de un sistema sanitario y, por tanto, son un buen indicador de su funcionamiento. Su conocimiento exige sistemas de información y registro de los tiempos de espera sólidos, fiables y disponibles. En ese sentido, en nuestro país, el Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad está obligado a consolidar un sistema de información de tiempos de demora común para todos los servicios de salud.
- Este modelo debe ser asumido por el Consejo Interterritorial del SNS y respetado por todas las comunidades y ha de convertirse en un instrumento para la reflexión y el abordaje de la investigación en procesos y formas de actuación en tiempos de demora.
- La incorporación al sistema de información y registro de lista de espera de criterios de priorización donde se incluyan variables clínicas, funcionales y sociales, de carácter unificado para todas las CC AA, debe impulsarse desde el Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad a través de grupos de consenso con profesionales sanitarios, ciudadanos y organismos de investigación e información sanitaria.
- La aplicación de la Ley de garantías debe realizarse en todo el territorio para mantener los mismos niveles de equidad en el acceso y utilización. Debe analizarse tanto la calidad y resultados obtenidos en su aplicación como los costes incurridos.
- Las actuaciones dirigidas al aumento de la oferta mediante incrementos en la financiación deben estar soportadas por un análisis riguroso. Es necesario señalar que las actuaciones parcelares introduciendo fórmulas retributivas fuera de la propia estructura salarial inducen graves trastornos en el marco general. Se considera fuertemente inadecuado el pago por acto médico de la actividad fuera de jornada habitual. Este tipo de medidas deberían ser retiradas de forma inmediata. La actividad debe ser remunerada dentro del marco retributivo.
- Las actuaciones sobre la demanda para la reducción de los tiempos de demora no han sido apenas utilizadas en nuestro medio. Dada su relevancia, se deben fomentar medidas de prevención e información añadiendo, además, una personalización de la atención e información de los pacientes en LE.

- El abordaje estructural de las LE exige un esfuerzo para mejorar la productividad de los recursos propios, mediante la implementación de formas organizativas y de gestión más flexibles, en las que tengan mayor protagonismo los profesionales sanitarios introduciendo la responsabilidad en la gestión clínica (unidades clínicas de gestión).
- Se ha demostrado la eficacia y la eficiencia en la utilización de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) para aumentar el rendimiento de los procesos de atención, pero también para analizar la relación individual de cada médico en la indicación de las entradas y salidas.
- El proceso de prestación de cuidados asistenciales debe ser el adecuado y debe ser modificado para corregir demoras, pero debe, en todo caso, asegurar la mejora y el mantenimiento de la calidad de los cuidados.
- La consolidación y fortalecimiento de fórmulas de atención que disminuyen los tiempos de demora, como las unidades de cirugía sin ingreso y mayor ambulatoria, junto con la implantación y desarrollo de consultas de alta resolución, son estrategias de eficacia constatada.
- La mejora de la información a los enfermos y ciudadanos y el fomento de su participación efectiva en los procesos de decisión, así como en las labores de educación sanitaria con el fin de lograr la corresponsabilidad y la disminución de la ansiedad ante las demoras no explicadas, es una exigencia en el siglo XXI.

A manera de epílogo

Como hemos visto, los tiempos de demora son un elemento que debe permitir evaluar la calidad del sistema sanitario y de los servicios públicos implicados. Al mismo tiempo, es uno de los elementos que legitima socialmente, si su situación es la adecuada, los servicios sanitarios públicos. Conseguir, por tanto, tiempos de demora correctos con criterios consensuados con los profesionales y pacientes es un reto y obligación de todos.

En el contexto actual, sin embargo, se han desatado fuertes procesos de reforma que, amparados en la “necesidad” de recortes presupuestarios, se dirigen a aumentar los tiempos de espera como estrategia para la introducción de los sistemas de aseguramiento y provisión de la sanidad privada. Es sorprendente cómo dentro de la política de recortes de Cataluña, el conseller de Sanitat, Sr. Boi Ruiz, plantea como inexorable el aumento de la LE e inicia una priorización a la carta utilizando a profesionales médicos. El informe Priorización entre procedimientos quirúrgicos electivos con lista de espera del sistema sanitario público en Cataluña ha sido denunciado por alguno de los participantes como apresurado y limitado, según han publicado diversos medios de ámbito nacional. Efectivamente, señalan la rapidez a la que su trabajo ha estado sometido y la falta de especialistas concretos en urología, ginecología, etc., en el diseño de variables y la asignación de puntuación.

El informe diseñado, según alguno de sus firmantes en dos reuniones, ha sido adoptado, sin embargo, como ha señalado el Departamento de Sanidad.

La falta de rigor de esta medida se entiende bien desde la posición que defiende públicamente el Conseller de Sanitat. En su opinión, publicada en diferentes medios, no es suficiente con medidas de gestión dirigidas a aumentar la eficiencia, sino que también hay que derivar parte de las prestaciones al aseguramiento privado. La gravedad de este posicionamiento y las medidas que le acompañan consiste en la ruptura que provoca del modelo actual sobre el que se soporta el SNS.

La probabilidad de aplicación en otras CC AA de medidas similares es alta y las consecuencias de alto riesgo para el mantenimiento de una sanidad basada en los principios que hasta ahora han configurado el SNS en España. Es importante señalar que tales cambios se abordan sin ningún tipo de debate abierto, a golpe de decisiones económicas que se justifican en el marco de la situación de crisis actual.

Por ello, es necesario abordar e incorporar a los profesionales sanitarios y los ciudadanos al análisis del problema de las LE desde su auténtica dimensión. Si no conseguimos, desde el sector público, respuestas fundamentadas en el rigor, al mismo tiempo que se proponen actuaciones en LE eficaces y eficientes, proporcionaremos los “argumentos” para el desmantelamiento progresivo de los servicios sanitarios públicos.

Bibliografía

- Asociación de Economía de la Salud (AES) (2008), Aportaciones al diagnóstico sobre el SNS español: para un pacto de la Sanidad AES Barcelona.
- Baptista H.A. (2009), El principio de la incertidumbre de Heisenberg y la práctica clínica. *Revista de Investigación Médica Sur*, México, vol. 16, núm. 2, abril-junio.
- Bleda García J.M., Santos Gómez A. y Fernández Carretero C. (2008), Diseño de un modelo de participación ciudadana en salud en la Comunidad de Castilla-La Mancha e implementación del mismo en el Área de Salud de Puertollano (2005-2008). *Revista de Administración Sanitaria siglo XXI*.
- Cabasés J.M., Sánchez E. y San Miguel F. (2006), Instrumentos económicos para la priorización de pacientes en lista de espera: los modelos de elección discreta. Doc. de trabajo 2006/11, Universidad Pública de Navarra, diciembre.
- Edwards R.T. (1999), Points for pain: waiting list priority scoring system *BMJ* 318:412-4.
- Espallargues M. y Sampietro-Colom L. (2000), Elaboración de un sistema de priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de catarata, artroplastia de cadera y artroplastia de rodilla. Informe de progreso. *Informatiu AATRM*, octubre, 20: 6-7.
- Espallargues M. Sampietro-Colom L. Castells, X. Pinto J.L. y Rodríguez E. (2004), Elaboración de un sistema de priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de catarata, artroplastia de cadera y artroplastia de rodilla resumen de los resultados principales. *AATRM Breus* nº BR02/2004.
- Espallargues M., Gallo P., Pons J.M.V. y Sampietro-Colom L. (2000), Situación y abordaje de las listas de espera en Europa. Informe técnico IN/O4/2000. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.
- Fricker J. BMA proposes strategy to reformulate waiting list. *Br Med J*, 1999; 318:1698-99.
- FSS-CCOO. Conclusiones de la FSS-CCOO sobre listas de espera. Jornadas de octubre. Consejo Económico y Social, 2004.
- Grupo VPM-IRYS, Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (2005), Variaciones en cirugía ortopédica y traumatología en el Sistema Nacional de Salud. Atlas de variación de la práctica médica en el Sistema Nacional de Salud, 2009, 1: 27-46.
- Hadorn D.C. y Colmes A.C. (1997), The New Zealand priority criteria project Part 1 Overview *BMJ*; 314: 131-4.

- Hanning M. y Lundstrom M., (1998), Assessment of the maximum waiting time guarantee for cataract surgery. The case of a Swedish policy. *Int J Technol Assess Health Care*; 14(1): 180-93.
- Hurst, J. y Siciliani, L. (2003), Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries. *OCDE Health Working Papers*, 6.
- Informe Dunning (1994), Comité Gubernamental, Prioridades en atención sanitaria. Informe para el Gobierno de Holanda. Escuela Nacional de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: SG Editores.
- INSALUD (1998), Guía para la gestión de las listas de espera quirúrgica. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Lamata, F., La reforma sanitaria de Lluç y la contrarreforma (en prensa).
- Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud L. Nº 16/2003 de 28 de mayo.
- Ley de Garantías de tiempos de espera de Castilla La Mancha. Disponible en la página web de la JCCM.
- Martín J.J. (2003), Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias. Documento de trabajo 14/2003. Fundación Alternativas.
- Múgica, E. (2002), Oficina del Defensor del Pueblo. Listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. *Diario de sesiones de las Cortes Generales*, nº 119.
- Nason E. y Robert G. (2009), Maîtriser les files d'attente VI. Amélioration du roulement des patients, informe de investigación de los RCRPP.
- Peiró S. (2000a), Algunos elementos para el análisis de las listas de espera. *Gest Clin San*, 2: 126-31.
- Peiró S. (2000b), Listas de espera: mucho ruido, poca información, políticas oportunistas y mínima gestión. *Gest Clin Sanit*, 2: 115-6.
- Peiró S. y Bernal E. (2005), ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud? Documento de Trabajo, Asociación de Economía de Salud.
- Peiró S., Meneu R., Marqués Espí J.A., Librero J. y Ordiñana Calabuig R. (1998), La variabilidad en la práctica médica: relevancia, estrategias de abordaje y política sanitaria. *Papeles de Economía Española*, 76: 165-75.
- Pinto J.L., Rodríguez E., Castells X., Gracia X. y Sánchez F.I. (2000), Establecimiento de prioridades en la cirugía electiva. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Rodríguez E., Álvarez B. y Abad P. (2007), Modelos alternativos de gestión de las listas de espera en sanidad: aplicación al Servicio Galego de Saúde, Instituto de Estudios Económicos de Galicia Pedro Barrié de la Maza. *Papeles de trabajo*, 71.
- San Miguel F., Sánchez E. y Cabasés J. (2008), Instrumentos económicos para la priorización de pacientes en lista de espera: la aplicación de modelos de elección discreta. *Gaceta Sanitaria*, 22: 90-7.

Sánchez Martínez *et al.* (2008), ¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales, *Gaceta Sanitaria*; 22 (supl 1): 126-36.

Santos Á., Cañizares A. y Sanz J. (2009a), Gerencia de Área de Puertollano, Política de calidad y desarrollo estratégico, *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, vol. 1: Iss. 2, Article 8. Disponible en: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss2/8>.

Santos Á., Cañizares A. y Sanz J. (2009b), Gerencia de área de Puertollano, Resultados y conclusiones. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, vol. 1: Iss. 4, Disponible en: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss4/3>.

Williams R.L., Williams L.A., Watura R. y Fairclough J.A. (1996), Impact of MRI on knee arthroscopy waiting list. *Ann R Coll Surg Engl*, 78: 450.

Índice de Gráficos y Tablas

Gráficos

Gráfico 1. Factores que intervienen en las listas de espera	8
Gráfico 2. Proyecto LAOC (listas de espera en el oeste de Canadá)	22
Gráfico 3. Tiempos máximos de espera quirúrgicos.....	35
Gráfico 4. Tiempos máximos de espera en consulta.....	35
Gráfico 5. Tiempos máximos de espera en procedimientos diagnósticos garantizados	36
Gráfico 6. Estrategias de actuación frente a las listas de espera.....	48

Tablas

Tabla 1. Abordaje de las listas de espera en países europeos.....	15
Tabla 2. Países europeos con referencias a garantías	24
Tabla 3. Demora media en el SNS por especialidades	28
Tabla 4. Demora media en el SNS por procesos quirúrgicos más frecuentes.....	29
Tabla 5. Evolución de la actividad relacionada con lista de espera quirúrgica.....	29
Tabla 6. Demora media en consultas externas.....	30
Tabla 7. Situación de las comunidades autónomas con referencias a los tiempos de garantía, año 2003	33
Tabla 8. Tiempos de demora en garantía en las comunidades autónomas	34
Tabla 9. Normativa de las comunidades autónomas sobre la garantía de tiempos máximos de espera	36

Tabla 10. Información ofrecida sobre listas de espera en las diferentes comunidades autónomas (abril de 2011)	40
Tabla 11. Listas de espera para cirugía.....	41
Tabla 12. Listas de espera para consultas externas hospitalarias	42
Tabla 13. Listas de espera para procedimientos diagnósticos	43
Tabla 14. Tasas sobre listas de espera quirúrgicas por comunidades autónomas	44
Tabla 15. Tasas sobre listas de espera diagnósticas por comunidades autónomas.....	45
Tabla 16. Tasas sobre listas de espera para consultas por comunidades autónomas.....	45
Tabla 17. Propuestas de sistemas lineales de puntos para el establecimiento de prioridades en listas de espera en España	63

Documentos de trabajo publicados

- 1/2003. **Servicios de atención a la infancia en España: estimación de la oferta actual y de las necesidades ante el horizonte 2010.** María José González López.
- 2/2003. **La formación profesional en España. Principales problemas y alternativas de progreso.** Francisco de Asís de Blas Aritio y Antonio Rueda Serón.
- 3/2003. **La Responsabilidad Social Corporativa y políticas públicas.** Alberto Lafuente Félez, Víctor Viñuales Edo, Ramón Pueyo Viñuales y Jesús Llaría Aparicio.
- 4/2003. **V Conferencia Ministerial de la OMC y los países en desarrollo.** Gonzalo Fanjul Suárez.
- 5/2003. **Nuevas orientaciones de política científica y tecnológica.** Alberto Lafuente Félez.
- 6/2003. **Repensando los servicios públicos en España.** Alberto Infante Campos.
- 7/2003. **La televisión pública en la era digital.** Alejandro Perales Albert.
- 8/2003. **El Consejo Audiovisual en España.** Ángel García Castillejo.
- 9/2003. **Una propuesta alternativa para la Coordinación del Sistema Nacional de Salud español.** Javier Rey del Castillo.
- 10/2003. **Regulación para la competencia en el sector eléctrico español.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 11/2003. **El fracaso escolar en España.** Álvaro Marchesi Ullastres.
- 12/2003. **Estructura del sistema de Seguridad Social. Convergencia entre regímenes.** José Luis Tortuero Plaza y José Antonio Panizo Robles.
- 13/2003. **The Spanish Child Gap: Rationales, Diagnoses, and Proposals for Public Intervention.** Fabrizio Bernardi.
- 13*/2003. **El déficit de natalidad en España: análisis y propuestas para la intervención pública.** Fabrizio Bernardi.
- 14/2003. **Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias.** José Jesús Martín Martín.
- 15/2003. **Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores.** Sebastián Sarasa Urdiola.
- 16/2003. **El Ministerio Fiscal. Consideraciones para su reforma.** Olga Fuentes Soriano.
- 17/2003. **Propuestas para una regulación del trabajo autónomo.** Jesús Cruz Villalón.
- 18/2003. **El Consejo General del Poder Judicial. Evaluación y propuestas.** Luis López Guerra.
- 19/2003. **Una propuesta de reforma de las prestaciones por desempleo.** Juan López Gandía.
- 20/2003. **La Transparencia Presupuestaria. Problemas y Soluciones.** Maurici Lucena Betriu.
- 21/2003. **Análisis y evaluación del gasto social en España.** Jorge Calero Martínez y Mercè Costa Cuberta.
- 22/2003. **La pérdida de talentos científicos en España.** Vicente E. Larraga Rodríguez de Vera.
- 23/2003. **La industria española y el Protocolo de Kioto.** Antonio J. Fernández Segura.
- 24/2003. **La modernización de los Presupuestos Generales del Estado.** Enrique Martínez Robles, Federico Montero Hita y Juan José Puerta Pascual.
- 25/2003. **Movilidad y transporte. Opciones políticas para la ciudad.** Carme Miralles-Guasch y Àngel Cebollada i Frontera.
- 26/2003. **La salud laboral en España: propuestas para avanzar.** Fernando G. Benavides.
- 27/2003. **El papel del científico en la sociedad moderna.** Pere Puigdomènech Rosell.
- 28/2003. **Tribunal Constitucional y Poder Judicial.** Pablo Pérez Tremps.
- 29/2003. **La Audiencia Nacional: una visión crítica.** José María Asencio Mellado.
- 30/2003. **El control político de las misiones militares en el exterior.** Javier García Fernández.
- 31/2003. **La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica.** Jesús Ruiz-Huerta Carbonell y Octavio Granado Martínez.

- 32/2003. **De una escuela de mínimos a una de óptimos: la exigencia de esfuerzo igual en la Enseñanza Básica.** Julio Carabaña Morales.
- 33/2003. **La difícil integración de los jóvenes en la edad adulta.** Pau Baizán Muñoz.
- 34/2003. **Políticas de lucha contra la pobreza y la exclusión social en España: una valoración con EspaSim.** Magda Mercader Prats.
- 35/2003. **El sector del automóvil en la España de 2010.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 36/2003. **Publicidad e infancia.** Purificación Llaquet, M^a Adela Moyano, María Guerrero, Cecilia de la Cueva, Ignacio de Diego.
- 37/2003. **Mujer y trabajo.** Carmen Sáez Lara.
- 38/2003. **La inmigración extracomunitaria en la agricultura española.** Emma Martín Díaz.
- 39/2003. **Telecomunicaciones I: Situación del Sector y Propuestas para un modelo estable.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 40/2003. **Telecomunicaciones II: Análisis económico del sector.** José Roberto Ramírez Garrido y Álvaro Escribano Sáez.
- 41/2003. **Telecomunicaciones III: Regulación e Impulso desde las Administraciones Públicas.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 42/2004. **La Renta Básica. Para una reforma del sistema fiscal y de protección social.** Luis Sanzo González y Rafael Pinilla Pallejà.
- 43/2004. **Nuevas formas de gestión. Las fundaciones sanitarias en Galicia.** Marciano Sánchez Bayle y Manuel Martín García.
- 44/2004. **Protección social de la dependencia en España.** Gregorio Rodríguez Cabrero.
- 45/2004. **Inmigración y políticas de integración social.** Miguel Pajares Alonso.
- 46/2004. **TV educativo-cultural en España. Bases para un cambio de modelo.** José Manuel Pérez Tornero.
- 47/2004. **Presente y futuro del sistema público de pensiones: Análisis y propuestas.** José Antonio Griñán Martínez.
- 48/2004. **Contratación temporal y costes de despido en España: lecciones para el futuro desde la perspectiva del pasado.** Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 49/2004. **Propuestas de investigación y desarrollo tecnológico en energías renovables.** Emilio Menéndez Pérez.
- 50/2004. **Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos.** Jaume Puig-Junoy y Josep Llop Talaverón.
- 51/2004. **Los derechos en la globalización y el derecho a la ciudad.** Jordi Borja.
- 52/2004. **Una propuesta para un comité de Bioética de España.** Marco-Antonio Broggi Trias.
- 53/2004. **Eficacia del gasto en algunas políticas activas en el mercado laboral español.** César Alonso-Borrego, Alfonso Arellano, Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 54/2004. **Sistema de defensa de la competencia.** Luis Berenguer Fuster.
- 55/2004. **Regulación y competencia en el sector del gas natural en España. Balance y propuestas de reforma.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 56/2004. **Propuesta de reforma del sistema de control de concentraciones de empresas.** José M^a Jiménez Laiglesia.
- 57/2004. **Análisis y alternativas para el sector farmacéutico español a partir de la experiencia de los EE UU.** Rosa Rodríguez-Monguió y Enrique C. Seoane Vázquez.
- 58/2004. **El recurso de amparo constitucional: una propuesta de reforma.** Germán Fernández Farreres.
- 59/2004. **Políticas de apoyo a la innovación empresarial.** Xavier Torres.
- 60/2004. **La televisión local entre el limbo regulatorio y la esperanza digital.** Emili Prado.
- 61/2004. **La universidad española: soltando amarras.** Andreu Mas-Colell.
- 62/2005. **Los mecanismos de cohesión territorial en España: un análisis y algunas propuestas.** Ángel de la Fuente.
- 63/2005. **El libro y la industria editorial.** Gloria Gómez-Escalonilla.
- 64/2005. **El gobierno de los grupos de sociedades.** José Miguel Embid Irujo, Vicente Salas Fumás.

- 65(I)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. I.** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.
- 65(II)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. II (Anexos).** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.
- 66/2005. **Responsabilidad patrimonial por daño ambiental: propuestas de reforma legal.** Ángel Manuel Moreno Molina.
- 67/2005. **La regeneración de barrios desfavorecidos.** María Bruquetas Callejo, Fco. Javier Moreno Fuentes, Andrés Walliser Martínez.
- 68/2005. **El aborto en la legislación española: una reforma necesaria.** Patricia Laurenzo Copello.
- 69/2005. **El problema de los incendios forestales en España.** Fernando Estirado Gómez, Pedro Molina Vicente.
- 70/2005. **Estatuto de laicidad y Acuerdos con la Santa Sede: dos cuestiones a debate.** José M.^a Contreras Mazario, Óscar Celador Angón.
- 71/2005. **Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada.** Carmen Tomás-Valiente Lanuza.
- 72/2005. **Tiempo de trabajo y flexibilidad laboral.** Gregorio Tudela Cambroner, Yolanda Valdeolivas García.
- 73/2005. **Capital social y gobierno democrático.** Francisco Herreros Vázquez.
- 74/2005. **Situación actual y perspectivas de desarrollo del mundo rural en España.** Carlos Tió Saralegui.
- 75/2005. **Reformas para revitalizar el Parlamento español.** Enrique Guerrero Salom.
- 76/2005. **Rivalidad y competencia en los mercados de energía en España.** Miguel A. Lasheras.
- 77/2005. **Los partidos políticos como instrumentos de democracia.** Henar Criado Olmos.
- 78/2005. **Hacia una deslocalización textil responsable.** Isabel Kreisler.
- 79/2005. **Conciliar las responsabilidades familiares y laborales: políticas y prácticas sociales.** Juan Antonio Fernández Cordón y Constanza Tobío Soler.
- 80/2005. **La inmigración en España: características y efectos sobre la situación laboral de los trabajadores nativos.** Raquel Carrasco y Carolina Ortega.
- 81/2005. **Productividad y nuevas formas de organización del trabajo en la sociedad de la información.** Rocío Sánchez Mangas.
- 82/2006. **La propiedad intelectual en el entorno digital.** Celeste Gay Fuentes.
- 83/2006. **Desigualdad tras la educación obligatoria: nuevas evidencias.** Jorge Calero.
- 84/2006. **I+D+i: selección de experiencias con (relativo) éxito.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 85/2006. **La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión.** Juan Gervas, Ángel Ruiz Téllez y Mercedes Pérez Fernández.
- 86/2006. **La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social.** Francisco Sevilla.
- 87/2006. **El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia.** Pilar Rodríguez Rodríguez.
- 88/2006. **La desalinización de agua de mar mediante el empleo de energías renovables.** Carlos de la Cruz.
- 89/2006. **Bases constitucionales de una posible política sanitaria en el Estado autonómico.** Juan José Solozábal Echavarría.
- 90/2006. **Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España.** Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber Pérez.
- 91/2006. **Agencia de Evaluación: innovación social basada en la evidencia.** Rafael Pinilla Pallejà.
- 92/2006. **La Situación de la industria cinematográfica española.** José María Álvarez Monzoncillo y Javier López Villanueva.
- 93/2006. **Intervención médica y buena muerte.** Marc-Antoni Broggi Trias, Clara Llubia Maristany y Jordi Trelis Navarro.
- 94/2006. **Las prestaciones sociales y la renta familiar.** María Teresa Quílez Félez y José Luis Achurra Aparicio.
- 95/2006. **Plan integral de apoyo a la música y a la industria discográfica.** Juan C. Calvi.

- 96/2006. **Justicia de las víctimas y reconciliación en el País Vasco.** Manuel Reyes Mate.
- 97/2006. **Cuánto saben los ciudadanos de política.** Marta Fraile.
- 98/2006. **Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social.** Albert J. Jovell y María D. Navarro.
- 99/2006. **El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios.** A. Prieto Orzanco, A. Arbelo López de Letona y E. Mengual García.
- 100/2006. **La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver.** Pedro Rey Biel y Javier Rey del Castillo.
- 101/2006. **Responsabilidad social empresarial en España.** Anuario 2006.
- 102/2006. **Problemas emergentes en salud laboral: retos y oportunidades.** Fernando G. Benavides y Jordi Delclòs Clanchet.
- 103/2006. **Sobre el modelo policial español y sus posibles reformas.** Javier Barcelona Llop.
- 104/2006. **Infraestructuras: más iniciativa privada y mejor sector público.** Ginés de Rus Mendoza.
- 105/2007. **El teatro en España: decadencia y criterios para su renovación.** Joaquín Vida Arredondo.
- 106/2007. **Las alternativas al petróleo como combustible para vehículos automóviles.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 107/2007. **Movilidad del factor trabajo en la Unión Europea y coordinación de los sistemas de pensiones.** Jesús Ferreiro Aparicio y Felipe Serrano Pérez.
- 108/2007. **La reforma de la casación penal.** Jacobo López Barja de Quiroga.
- 109/2007. **El gobierno electrónico: servicios públicos y participación ciudadana.** Fernando Tricas Lamana.
- 110/2007. **Sistemas alternativos a la resolución de conflictos (ADR): la mediación en las jurisprudencias civil y penal.** José-Pascual Ortuño Muñoz y Javier Hernández García.
- 111/2007. **El sector de la salud y la atención a la dependencia.** Antonio Jiménez Lara.
- 112/2007. **Las revistas culturales y su futuro digital.** M.^a Trinidad García Leiva.
- 113/2007. **Mercado de vivienda en alquiler en España: más vivienda social y más mercado profesional.** Alejandro Inurrieta Beruete.
- 114/2007. **La gestión de la demanda de energía en los sectores de la edificación y del transporte.** José Ignacio Pérez Arriaga, Xavier García Casals, María Mendiluce Villanueva, Pedro Miras Salamanca y Luis Jesús Sánchez de Tembleque.
- 115/2007. **Aseguramiento de los riesgos profesionales y responsabilidad empresarial.** Manuel Correa Carrasco.
- 116/2007. **La inversión del minoritario: el capital silencioso.** Juan Manuel Barreiro, José Ramón Martínez, Ángeles Pellón y José Luis de la Peña.
- 117/2007. **¿Se puede dinamizar el sector servicios? Un análisis del sector y posibles vías de reforma.** Carlos Maravall Rodríguez.
- 118/2007. **Políticas de creación de empresas y su evaluación.** Roberto Velasco Barroetabeña y María Saiz Santos.
- 119/2007. **La reforma del acceso a la carrera judicial en España: algunas propuestas.** Alejandro Saiz Arnaiz.
- 120/2007. **Renta y privación en España desde una perspectiva dinámica.** Rosa Martínez López.
- 121/2007. **La inversión pública en España: algunas líneas estratégicas.** Rafael Myro Sánchez.
- 122/2007. **La prensa ante el reto en línea. Entre las limitaciones del modelo tradicional y las incógnitas de su estrategia digital.** Xosé López y Xosé Pereira.
- 123/2007. **Genéricos: medidas para el aumento de su prescripción y uso en el Sistema Nacional de Salud.** Antonio Iñesta García.
- 124/2007. **Laicidad, manifestaciones religiosas e instituciones públicas.** José M.^a Contreras Mazarío y Óscar Celador Angón.
- 125/2007. **Las cajas de ahorros: retos de futuro.** Ángel Berges Lobera y Alfonso García Mora.
- 126/2007. **El Informe PISA y los retos de la educación en España.** Olga Salido Cortés.
- 127/2007. **Propuesta de organización corporativa de la profesión médica.** Juan F. Hernández Yáñez.
- 128/2008. **Urbanismo, arquitectura y tecnología en la ciudad digital.** José Carlos Arnal Losilla.

- 129/2008. **La televisión digital terrestre en España. Por un sistema televisivo de futuro acorde con una democracia de calidad.** Enrique Bustamante Ramírez.
- 130/2008. **La distribución y dispensación de medicamentos en España.** Ricard Meneu.
- 131/2008. **Nuevos mecanismos de fraude fiscal. Algunas propuestas para un modelo de investigación.** Juan Manuel Vera Priego.
- 132/2008. **Radio digital en España: incertidumbres tecnológicas y amenazas al pluralismo.** Rosa Franquet Calvet.
- 133/2008. **Dinámica emprendedora en España.** M.^a Jesús Alonso Nuez, Carmen Galve Górriz, Vicente Salas Fumás y J. Javier Sánchez Asín.
- 134(I)/2008. **Negociación colectiva, adaptabilidad empresarial y protección de los derechos de los trabajadores vol. I.** Joaquín García Murcia y María Antonia Castro Argüelles.
- 134(II)/2008. **Negociación colectiva, adaptabilidad empresarial y protección de los derechos de los trabajadores vol. II (Anexos).** Joaquín García Murcia y María Antonia Castro Argüelles.
- 135/2008. **El sindicalismo en España.** Andrew J. Richards.
- 136/2008. **La Genómica de plantas: una oportunidad para España.** Pere Arús y Pere Puigdomènech.
- 137/2008. **Planes y fondos de pensiones: propuestas de reforma.** José Luis Monereo Pérez y Juan Antonio Fernández Bernat.
- 138/2008. **Modelos de desarrollo de centros hospitalarios: tendencias y propuestas.** Óscar Moracho del Río.
- 139/2008. **La frontera de la innovación: la hora de la empresa industrial española.** Emilio Huertas Arribas y Carmen García Olaverri.
- 140/2008. **Propuestas para mejorar la calidad de vida en las ciudades.** María Cifuentes, Rafael Córdoba, Gloria Gómez (coord.), Carlos Hernández Pezzi, Marcos Montes, Raquel Rodríguez, Álvaro Sevilla.
- 141/2008. **La evolución de la productividad en España y el capital humano.** Rafael Doménech.
- 142/2008. **Los sindicatos en España frente a los retos de la globalización y del cambio tecnológico.** Holm-Detlev Köhler.
- 143/2009. **La creación del Sistema Nacional de Dependencia: origen, desarrollo e implicaciones económicas y sociales.** Elisa Díaz, Sara Ladra y Néboa Zozaya.
- 144/2009. **Biotechnología para una química verde, respetuosa con el medio ambiente.** José Luis García López.
- 145/2009. **Reinterpretando la rendición de cuentas o *accountability*: diez propuestas para la mejora de la calidad democrática y la eficacia de las políticas públicas en España.** Eduard Jiménez Hernández.
- 146/2009. **Análisis económico de los efectos de la inmigración en el sistema educativo español.** Javier Salinas Jiménez y Daniel Santín González.
- 147/2009. **Seguridad, transparencia y protección de datos: el futuro de un necesario e incierto equilibrio.** José Luis Piñar Mañas.
- 148/2009. **La protección de la discapacidad en el sistema de seguridad social: propuestas de mejora.** Luis Cayo Pérez Bueno y Miguel Ángel Cabra de Luna.
- 149/2009. **El sistema de relaciones sindicales en España: un balance general del marco jurídico y del funcionamiento de la práctica sindical en el sistema social.** Manuel Carlos Palomeque López.
- 150/2009. **El papel del "Derecho" en la crisis. Algunos aspectos de la regulación financiera y de las grandes empresas en su relación con la Economía.** Andrés Recalde Castells.
- 151/2009. **Formación de los comunicadores en la era digital.** Manuel Santiago de Aguilar Gutiérrez y Pedro Soler Rojas.
- 152/2009. **Rescates y reestructuración bancaria: el caso español.** Santiago Fernández de Lis, Daniel Manzano, Emilio Ontiveros y Francisco J. Valero.
- 153/2010. **Cláusulas sociales, libre competencia y contratación pública.** Daniel Martínez Fons
- 154/2009. **Los efectos de los conciertos sobre la eficiencia y la equidad del sistema educativo español.** María Jesús Mancebón Torrubia y Domingo Pérez Ximénez de Embún.
- 155/2009. **Políticas de vivienda en un contexto de exceso de oferta.** Julio Rodríguez López.
- 156/2010. **El modelo de control interno del gasto público estatal. Propuestas de cambio.** Ximena Lazo Vitoria.
- 157/2010. **La flexiseguridad laboral en España.** Fernando Valdés Dal-Ré y Jesús Lahera Forteza.

- 158/2010. **Cuidado parental en la infancia y desigualdad social: un estudio sobre la Encuesta de Empleo del Tiempo en España.** María José González, Marta Domínguez y Pau Baizán.
- 159/2010. **La atención a la dependencia y el empleo.** Ángel Rodríguez Castedo y Antonio Jiménez Lara.
- 160/2010. **La subcontratación empresarial. Hacia un nuevo modelo de regulación.** José Luis Monereo Pérez y Carolina Serrano Falcón.
- 161/2010. **Cambio demográfico y pensiones de la Seguridad Social.** Fidel Ferreras Alonso.
- 162/2010. **La enfermería frente al espejo: mitos y realidades.** Juan F. Hernández Yáñez.
- 163/2010. **Estado autonómico, Unión Europea y mundialización.** Alberto Pérez Calvo.
- 164/2010. **¿Quiénes son y cómo votan los españoles “de izquierdas”?** Guillermo Cordero García e Irene Martín Cortés.
- 165/2010. **Pobreza y privación material en España en el periodo 2004-2008: del auge económico al inicio de la recesión.** Rosa Martínez López.
- 166/2010. **¿Se organiza mejor la derecha que la izquierda? Un estudio de la organización de los partidos de derechas en las democracias occidentales.** Javier Astudillo.
- 167/2010. **Valores y políticas que distinguen a los ciudadanos de derecha de los de izquierda.** Francisco Herreros Vázquez.
- 168/2011. **El significado y el contenido del centro ideológico en España.** Mariano Torcal Lorient.
- 169/2011. **Los excluidos también pueden votar: abstención y exclusión social en España.** Braulio Gómez Fortes y Manuel Trujillo Carmona.
- 170/2011. **Transparencia y acceso a la información pública en España: análisis y propuestas legislativas.** Emilio Guichot Reina.
- 171/2011. **La evaluación de tecnologías sanitarias en España.** Oriol de Solá Morales.
- 172/2011. **Reflexiones sobre la atención primaria de salud.** Antoni Dedeu, Carolina Lapena, Tino Martí, Josep M.^a Monguet, y Josep M. Picas
- 173/2011. **Una nueva Ley General de Sanidad para sostener el Sistema Nacional de Salud.** Javier Rey del Castillo.

